

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN SALUD MENTAL DEL NIÑO ADOLECENTE Y DE
LA FAMILIA



REPERCUSION DE LA SALUD MENTAL EN LA CALIDAD DE
VIDA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON INSUFICIENCIA
RENALCRÓNICATERMINAL CON TRATAMIENTO AMBULATORIO
DEL HOSPITAL ESSALUD AREQUIPA 2013

Tesis presentado por la Bachiller:
DANNYS MILAGROS MORALES CHURA

Para optar el grado académico de:
MAGISTER EN SALUD MENTAL DEL NIÑO
ADOLECENTE Y DE LA FAMILIA

AREQUIPA –PERU
2013

RESUMEN:

La presente investigación titulada : **SALUD MENTAL Y CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA CON TRATAMIENTO AMBULATORIO EN EL HOSPITAL CARLOS SEGUIN ESCOMEL ESSALUD AREQUIPA 2013** , la muestra son los pacientes diagnosticados de insuficiencia renal crónica en los tres grupos de tratamiento, diálisis hemodiálisis y trasplante renal ; con dicha investigación se busca estudiar como la calidad de vida y la salud mental se ve afectada a raíz de una enfermedad crónica y cuáles son las área más vulnerables en dichos pacientes a su vez comparar la calidad de vida en los tres grupos de pacientes , la muestra estuvo conformada por 250 pacientes de los resultados se concluye que los pacientes presentan ciertas limitaciones como consecuencia de la enfermedad en las dimensiones de salud física y salud mental , siendo más predominante en los grupos con tratamiento de diálisis y hemodiálisis; mejorando su calidad de vida y salud mental los pacientes a raíz de un trasplante renal con cuya investigación se busca fortalecer la atención multidisciplinaria de acorde a los diferentes grupos etarios en dichos pacientes ;coadyuvar a la promoción prevención e intervención en las enfermedades crónicas

ABSTRACT

This research titled **quality of LIFE AND MENTAL HEALTH IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE TREATED IN HOSPITAL OUTPATIENT CARLOS SEGUIN ESCOMEL ESSALUD AREQUIPA 2013**, the shows are patients diagnosed with chronic renal failure in the three treatment groups, dialysis and hemodialysis renal transplantation, with this research is to study the quality of life and mental health is affected as a result of a chronic disease and what are the most venerable area in such patients turn to compare the quality of life in the three groups patients, the sample consisted of 250 patients of the results it is concluded that patients have certain limitations as a result of the disease in the dimensions of physical and mental health, being more predominate in the groups with dialysis and hemodialysis; improving quality of life and mental health patients following renal transplantation with research which seeks to strengthen the multidisciplinary care according to the different age groups in such patients, help to promote prevention and intervention

Epígrafe

*El regalo más grande que puedas dar
a los demás es el ejemplo de tu propia vida
(Lasc Rems)*



Dedicatoria:

A Dios. Por, por darme la vida a través de mis queridos padres quienes con mucho cariño, amor y ejemplo han hecho de mí una persona valiosa, haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado la vida para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor



AGRADECIMIENTOS:

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que les encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía mi vida quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Quiero expresar mi agradecimiento especial a todos los pacientes con insuficiencia renal crónica quienes me permitieron realizar dicha investigación y conocerlos más de cerca.

A todas las personas que directa o indirectamente se involucraron en la investigación



INDICE GENERAL:

REUMEN	
ABTRACT	
INTRODUCCION	
I.- RESULTADOS:.....	1
POBLACION SEGÚN EDAD DEL PACIENTE	2
POBLACION SEGÚN TRATAMIENTO	3
TABLA DE CONTINGENCIA GRADO DE INSTRUCCIÓN Y SEXO DEL PACIENTE	4
PORCENTAJE SEGÚN ESTADO CIVIL?	5
TABLA DE CONTINGENCIA INGRESO ECONÓMICO Y OCUPACIÓN LABORAL	6
PORCENTAJE SEGÚN ENFERMEDADES ASOCIADAS:	7
PORCENTAJE SEGÚN TIPO DE TRATAMIENTO	8
CUESTIONARIO SF-36 -ESCALA DE SALUD:	9
PORCENTAJE SALUD FISICA	12
PORCENTAJE ROL FISICO.....	15
PORCENTAJE FUNCION SOCIAL	17
PORCENTAJE DOLOR CORPORAL	18
PORCENTAJE AREA DE SALUD MENTAL	20
PORCENTAJE SALUD GENERAL	25
CUESTIONARIO SALUD MENTAL	
PORCENTAJE DEL FACTOR SATISFACION PERSONAL :	27
PORCEBTAJE DEL FACTOR ACTITUD PRO SOCIAL	30
PORCENTAJE DEL FACTOR AUTO CONTROL	33

PORCENTAJE DEL FACTOR AUTONOMIA	36
AREA DE SALUD GENERAL	30
POCENTAJE DE FACTOR RESOLUCION DE PROPLEMAS	38
PORCENTAJE DE FACTOR DE RELACIONES INTERPERSONALES	42
CUADROS COMPARATIVOS DE SALUD FISICA Y SALUD MENTAL	46
II.- DISCUSION Y COMENTARIOS:.....	49
CONCLUSIONES:.....	56
SUGERENCIAS:	57
III.- PROPUESTA DE INTERVENCION	58
BIBLIOGRAFIA.....	76
ANEXOS	78
- ANEXO I PROYECTO DE INVESTIGACION	79
- ANEXO II CUESTIONARIO SOCIAL	
- ANEXO III CUESTIONARIO DE SF-36 DE SALUD FISICA	
- CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL	

INTRODUCCION:

La psicología aplicada a la nefrología debe ser entendida con una visión integrada del hombre en su unidad biológica; psicosocial, considerando su medio ambiente y su contexto sociocultural. Aquí se tienen en cuenta educación, creencias, religión, empleo, familia, sexo, edad, profesión, vivienda, alimentación, enfermedad física, tratamiento y sus repercusiones. Estos aspectos permiten una visión más comprensiva del paciente con su medio, así como las relaciones con dichas variables. Por lo tanto, la psicología aplicada a la nefrología es la adecuación de los conocimientos psicológicos para una mejor y más completa comprensión del enfermo renal crónico, específicamente aquel bajo tratamiento de hemodiálisis, diálisis o trasplante renal trae consigo emociones que agravan o causan mayores dificultades en su vida ; la negación la desesperanza y la expresión de emociones negativas pueden aparecer en diferentes formas como la no aceptación de la enfermedad y del tratamiento. Los pacientes pueden presentar alguna mejoría temporal, o desarrollar otras enfermedades, incluso quejas y otros síntomas, que pueden ser de difícil entendimiento si no se concibe al ser humano como un todo integrado poco a casi nada se podrá actuar recuperar al paciente como un ser bio psico social .

En el caso del paciente crónico estamos en presencia de una persona que sufre una enfermedad de larga evolución, difícilmente asintomática, donde la mejoría puede ser lenta, y, en muchos casos sólo pasajera.;la insuficiencia renal crónica no sólo daña la función de los riñones; también tiene repercusiones psicológicas, como depresión y angustia en los pacientes y sus familias, debido a cambios en la vida cotidiana, en la alteración de la autopercepción y, en algunos casos, debido a la pérdida de autonomía. Una de las principales dificultades enfrentadas por quien se enferma es la amenaza a su integridad y la pérdida del control interno y del medio ambiente. Por ser una enfermedad de evolución crónica con repercusiones en todos los aspectos de la vida del paciente; de repercusión directa en los familiares es que es de suma importancia brindar la atención multidisciplinaria y crear programas de soporte emocional acorde a las demandas grupos estarios y tipo de tratamiento



I.- RESULTADOS:

**CUESTIONARIO SOCIAL DE LOS PACIENTES CON IRC:
TABLA 1**

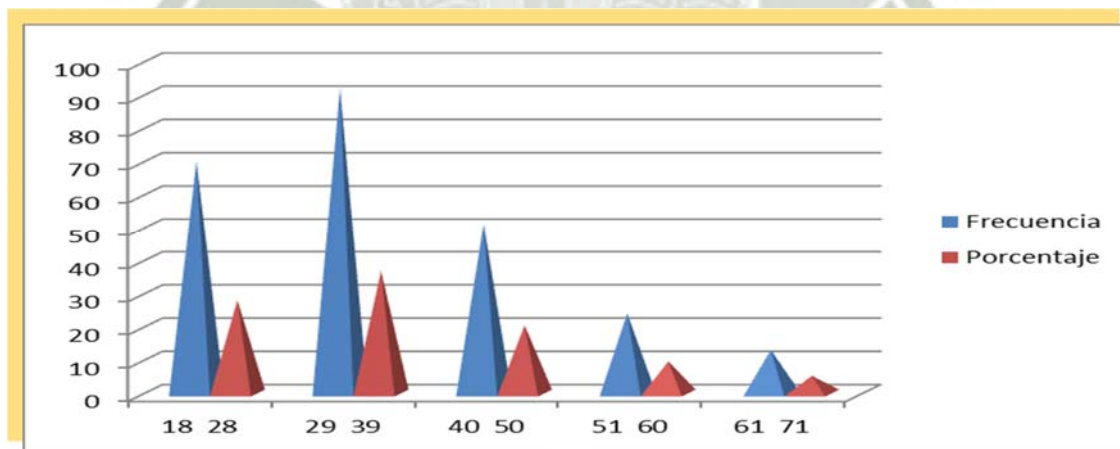
PORCENTAJE SEGÚN EDAD DEL PACIENTE:

1. EDAD DEL PACIENTE		
<i>Edad</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
18 28	70	28.00
29 39	92	36.80
40 50	51	20.40
51 60	24	9.60
61 71	13	5.20
Total	250	100.00

Promedio X = 50.00

En el cuadro de **edades**; los pacientes encuestados en su mayoría oscilan entre 29 a 39 años ;dentro de la poblacion objetivo es la más afectada con un 36.80 %, siendo este el porcentaje más alto, los jovenes que estan entre 18 a 28 años en un 28.0%, como se puede apreciar estos son los dos porcentajes más altos; ahora bien por el lado contrario tenemos como niveles más bajos a pacientes que oscilan entre las edades de 61 a 71 años con un 5.20% ,

Grafico 1:



Fuente : Pruebas psicologicas aplicadas a los pacientes con IRC del Essalud Arequipa -2013

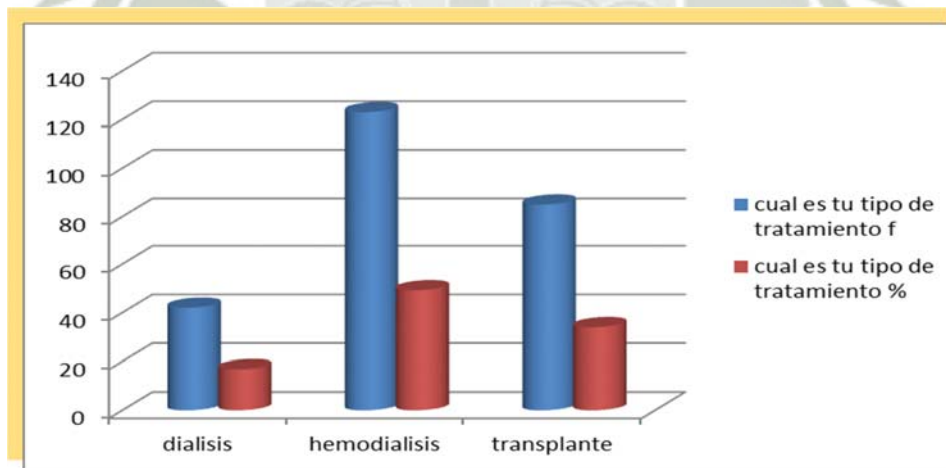
TABLA 2
PORCENTAJE SEGÚN TRATAMIENTO :

2. ¿Cuál es tu tipo de tratamiento?		
<i>Alternativas</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Diálisis	42	16.80
hemodiálisis	123	49.20
trasplante	85	34.00
Total	250	100.00

Promedio X = 83.33

Se observa que la distribución de los tres grupos de estudio ;diálisis **lo conforman** un 16.80%,**hemodiálisis** 49.20% la cual es mayor en comparación al tratamiento ambulatorio de diálisis, trasplante ; solo el 34% de pacientes son **Trasplantados** en el hospital de ES - SALUD Arequipa ; esto nos indica que hay más pacientes que reciben tratamiento de **hemodiálisis**, porque un paciente cuando recién se le detecta insuficiencia renal crónica terminal, a lo primero que se somete a hemodiálisis para luego según decisión propia cambiarse al programa de diálisis que en si se le denomina dipac.

Grafico 1:



Fuente : Pruebas psicologicas aplicadas a los pacientes con IRC del Essalud Arequipa -2013.

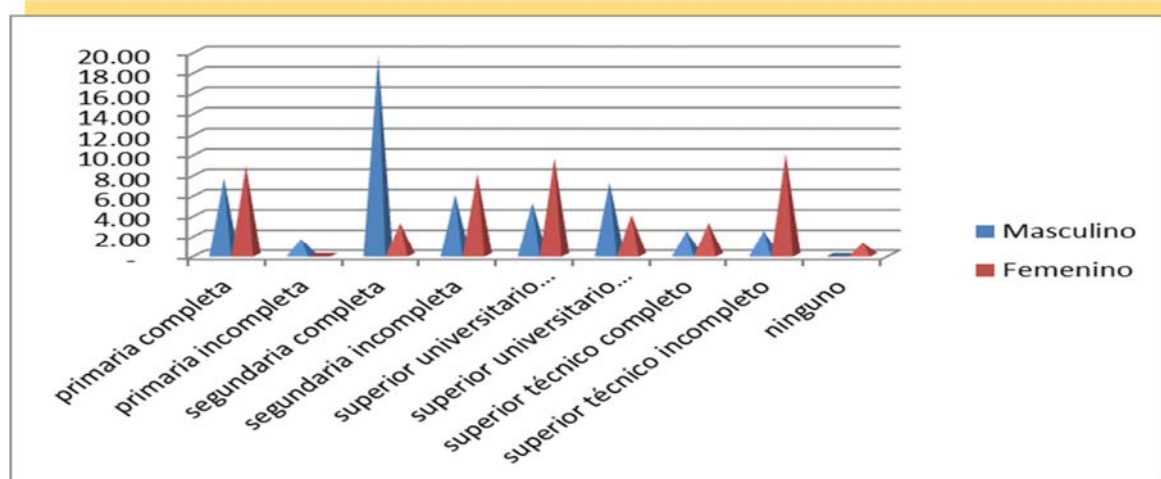
TABLA 3
PORCENTAJE SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN Y SEXO DEL PACIENTE

Tabla De Contingencia Grado De Instrucción Del Paciente * Sexo Del Paciente			
Grado De Instrucción Del Paciente	Sexo Del Paciente		
	Masculino	Femenino	Total
Primaria completa	7.60	8.80	16.40
Primaria incompleta	1.60	0.00	1.60
Secundaria completa	19.60	3.20	22.80
Secundaria incompleta	6.00	8.00	14.00
Superior universitario completo	5.20	9.60	14.80
Superior universitario incompleto	7.20	4.00	11.20
Superior técnico completo	2.40	3.20	5.60
Superior técnico incompleto	2.40	10.00	12.40
Ninguno	0.00	1.20	1.20
Total	52.00	48.00	100.00

Promedio :x = 5.56

Al analizar los porcentajes estadísticos de grado de instrucción y sexo del paciente; observamos que primaria completa en un 8.80% ;tienen secundaria completa que corresponde al sexo femenino en un porcentaje mayor del 19.60% correspondiente al sexo masculino estudios superiores completos , lo tiene el sexo femenino en un 9.60%; estudio tecnico superior incompleto de las pacientes mujeres en un 10% no posee ningún estudio solo el 1.20% en las pacientes mujeres .

Grafico 3:



Fuente : Pruebas psicologicas aplicadas a los pacientes con IRC del Essalud Arequipa -2013

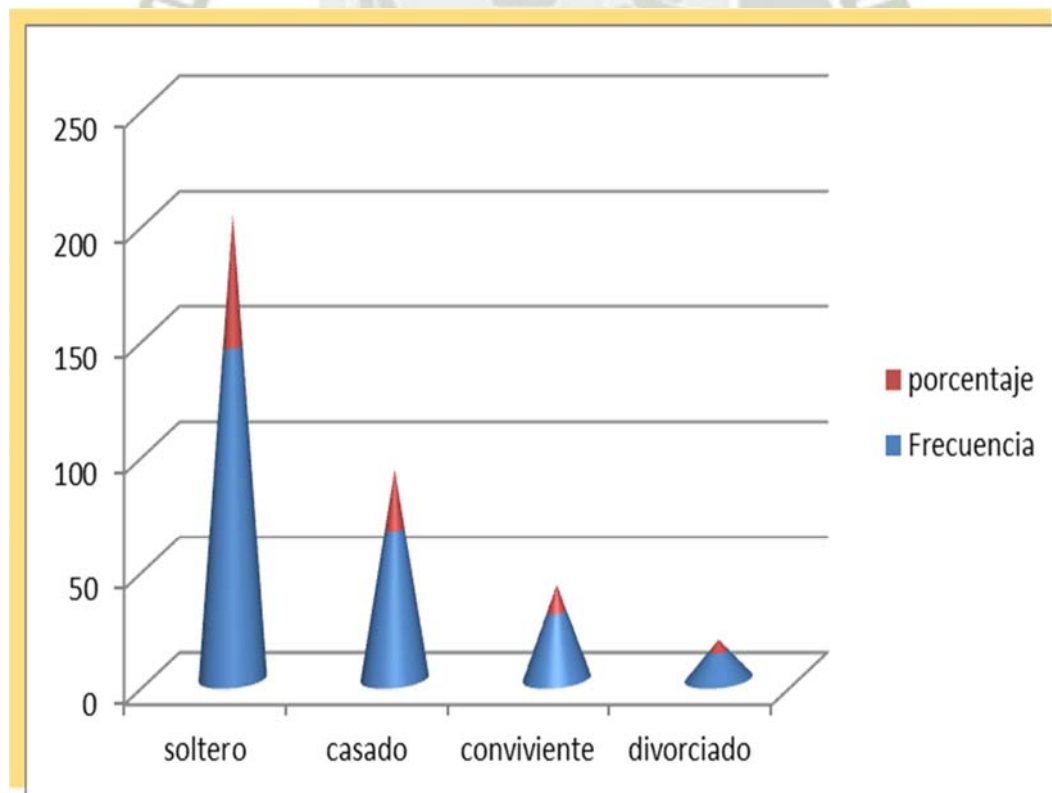
TABLA 4
PORCENTAJE SEGÚN ESTADO CIVIL

4. ¿Cuál es su estado civil?		
ESTADO CIVIL	F	%
Soltero	144	57.60
Casado	65	26.00
Conviviente	29	11.60
Divorciado	12	4.80
Total	250	100.00

Promedio $X = 62.5$

El presente grafica que corresponde al **Estado Civil** nos describe que en un 57.60%son solteros ;en un 11.60 %; son convivientes solo son divorciados en un 4.80% siendo el porcentaje más bajo.

Grafico 4:



Fuente : Pruebas psicologicas aplicadas a los pacientes con IRC del Essalud Arequipa -2013

TABLA 5

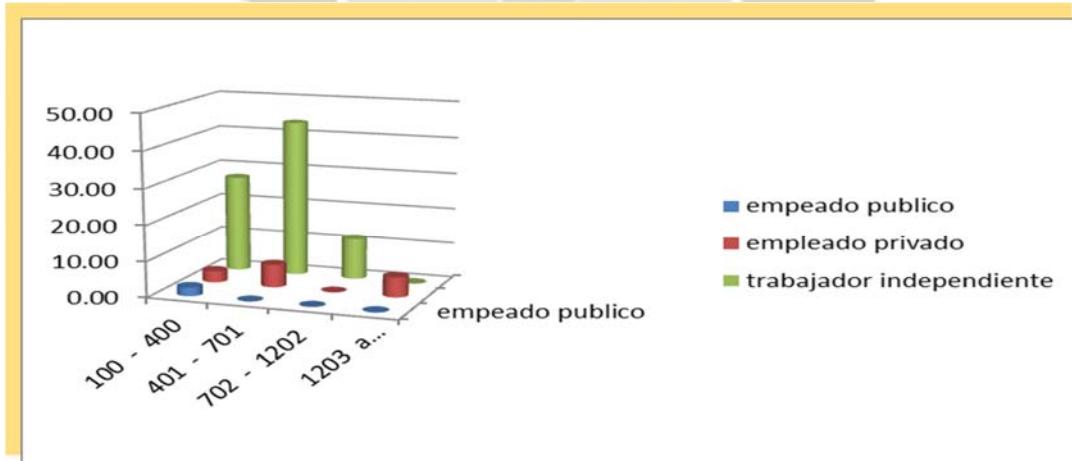
PORCENTAJE SEGÚN INGRESO ECONÓMICO Y OCUPACIÓN LABORAL

TABLA DE CONTINGENCIA INGRESO ECONÓMICO Y OCUPACIÓN LABORAL				
5.- ¿CUÁL ES SU OCUPACIÓN LABORAL?				
Ingreso económico mensuales en soles	Empleado publico	Empleado privado	Trabajador independiente	Total
100 - 400	2.40	3.20	27.20	32.80
401 - 701	0.00	6.40	43.60	50.00
702 - 1202	0.00	0.00	11.60	11.60
1203 a mas	0.00	5.60	0.00	5.60
Total	2.40	15.20	82.40	100.00

Promedio X = 8.33|

La tabla de contingencia de ingreso económico, ocupacion laboral nos muestran que en un porcentaje mayor del 43.60% es trabajador independiente, con un ingreso económico mensual de 401 a 701 ,en un porcentaje menor del 11.60% su Ingreso es de 702 a 1202 como trabajador independiente

Grafico 5:



Fuente : Pruebas psicologicas aplicadas a los pacientes con IRC del Essalud Arequipa -2013

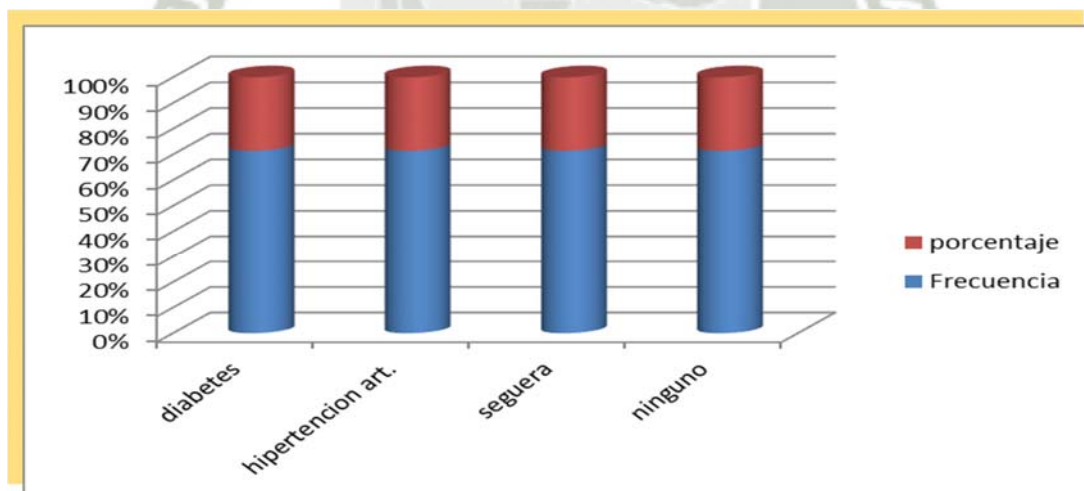
TABLA 6

PORCENTAJE SEGÚN ENFERMEDADES ASOCIADAS :

6. OTRAS ENFERMEDADES :		
<i>Alternativas</i>	F	%
Diabetes	4	1.60
Hipertensión arterial.	220	88.00
ceguera	10	4.00
ninguno	16	6.40
Total	250	100.00
		Promedio X = 62.5

El cuadro estadístico nos ilustra que la enfermedad menos asociada a la IRC es la diabetes con un porcentaje de 1.60%, siendo este el porcentaje más bajo; el porcentaje más alto es 88% que corresponde a la hipertensión arterial como enfermedad asociada a la enfermedad crónica e irreversible de IRC en los tres grupos estudiados en todas las edades y ambos sexos.

Grafico 6:



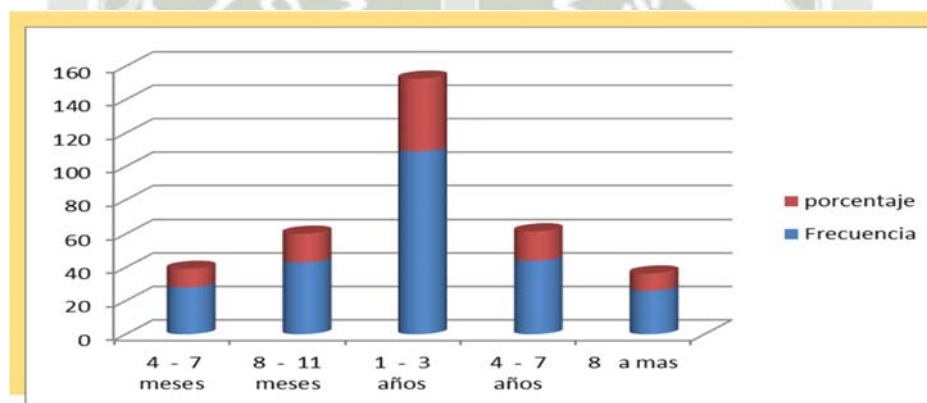
Fuente : Pruebas psicológicas aplicadas a los pacientes con IRC del Essalud Arequipa -2013

TABLA 7
PORCENTAJE SEGÚN TIPO DE TRATAMIENTO:

7.-Tiempo de tratamiento :		
Tiempo de tratamiento	F	%
4 - 7 meses	28	11.20
8 - 11 meses	43	17.20
1 - 3 años	109	43.60
4 - 7 años	44	17.60
8 a mas	26	10.40
Total	250	100.00

Promedio X = 50.00

Grafico 7:



Fuente : Pruebas psicologicas aplicadas a los pacientes con IRC del Essalud Arequipa -2013

El tiempo de tratamiento de uno a tres años es en un porcentaje del 43.60% siendo este el más alto; los que llevan un tratamiento de cuatro a siete años es en un 17.60%; los pacientes que llevan ocho años de tratamiento presenta un porcentaje del 10.40% siendo este el porcentaje más bajo.

CUESTIONARIO SF-36 -ESCALA DE SALUD

TABLA 8
PORCENTAJE SEGÚN SALUD

1.-EN GENERAL DIRÍAS QUE TU SALUD ES						
Alternativas	Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante	
	f	%	f	%	f	%
Buena	3	7.14	0	0.00	49	57.65
Regular	35	83.33	109	88.62	36	42.35
Mala	4	9.52	14	11.38	0	0.00
Total	42	100.00	123	100.00	85	100.00

Promedio X= 27.78

En el siguiente cuadro ilustra que para **Diálisis** en un 7.14% presentan una **buena salud general**; siendo este el porcentaje más bajo; el 83.33% presentan una **regular salud general**; el 9.52% presenta **una mala salud general** en ambos sexos y todas las edades. En el grupo de **Hemodiálisis** nadie tiene una salud buena; y solo para el 88.66 % **su salud es regular**; para un 11.38% afirma que su **salud es mala** tanto en hombres como en mujeres y en todas las edades. Los pacientes con **trasplante renal**; el 57.65 % presenta una **buena salud** y el 42.35% presenta **una salud regular** nadie una mala salud.

TABLA 9:
PORCENTAJE SEGÚN SALUD ACTUAL:

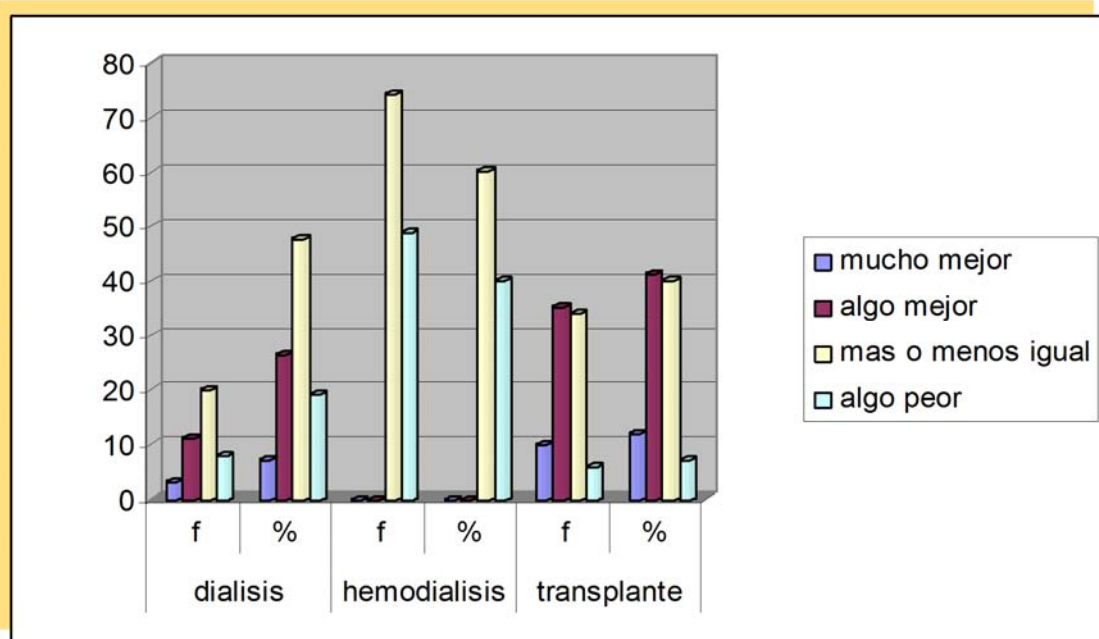
2.- ¿CÓMO SE ENCUENTRA SU SALUD ACTUAL COMPARADA CON LA DE HACE UN AÑO?						
Alternativa	Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante	
	f	%	f	%	f	%
Mucho mejor	3	7.14	0	0.00	10	11.76
Algo mejor	11	26.19	0	0.00	35	41.18
Más o menos igual	20	47.62	74	60.16	34	40.00
Algo peor	8	19.05	49	39.84	6	7.06
Total	42	100.00	123	100.00	85	100.00

Promedio :X = 20.83

En el presente cuadro a la pregunta **cómo se encuentra su salud actual comparada con la de hace un año**; para **Diálisis** el 7.14% su salud actual se encuentra **mucho mejor** siendo este el porcentaje más bajo; en un porcentaje del 47.62%, expresa que **es más o menos igual** siendo este el porcentaje más alto y un 19.05% algo peor.

En el grupo de **Hemodiálisis** se observa que **nadie** siente que su salud está mucho mejor siendo estos porcentajes significativos por ser los más bajos de este área; el 60.16% afirma que su salud actual se encuentra **más o menos igual** comparada con la de hace un año cabe resaltar que es el porcentaje más alto de esta área ; para un 39.84% se encuentra algo peor .Con respecto a los pacientes con **Trasplante Renal** el 11.76% afirma que su salud **está mucho mejor** comparada con la de hace un año el 41.18% de los pacientes expresan que su salud actual está **algo mejor** comparada con la de hace un año; el 40% refiere que su salud **está más o menos igual** que hace un año siendo estas últimas las cifras más altas ; el 7.06% expresa que su salud actual **está algo peor** comparada con la de hace un año

Grafico 8:



Fuente : Pruebas psicologicas aplicadas a los pacientes con IRC del Essalud Arequipa -2013

TABLA 10:
PORCENTAJE SEGÚN SALUD FÍSICA

Preguntas :	MUCHO								POCO								NADA							
	Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		total		Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		Total		Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Puedes realizar actividades intensas correr levantar objetos pesados práctica de deportes	0	0	0	0	4	100	4	100	48	49.48	28	28.87	21	21.65	97	100	21	14.09	75	50.33	53	35.57	149	100
Puede realizar actividades moderadas mover objetos aspiradora mesa montar bicicleta	17	19.77	50	58.14	19	58.14	86	100	22	15.07	60	41.10	64	43.83	146	100	16	88.9	0	0	2	11.1	18	100
Subir varios pisos por la escalera	25	24.51	14	13.73	63	61.76	102	100	14	13.26	47	46.53	40	39.60	101	100	13	27.16	31	65.96	3	6.38	47	100
Realizar movimientos forzados ponerse de rodillas y de cuclillas	15	23.44	0	0	49	76.56	64	100	24	16.44	11	41.78	61	41.78	146	100	24	60	13	32.5	3	7.5	40	100
Realizar caminatas	9	24.32	7	18.92	21	56.76	37	100	19	17.60	60	55.55	29	26.85	108	100	49	46.17	42	40	14	13.07	10.5	100

Fuente : Puebas psicologicas aplicadas a los pacientes con IRC del Essalud Arequipa -2013

Promedio: $X = 37,02$

Observamos que el grupo que puede realizar actividades como **correr, levantar objetos pesados práctica de deportes es el grupo de Trasplante en un 100%**, los grupos que no pueden hacer actividades los del grupo de hemodiálisis sin embargo el grupo que no puede realizar nada de estas actividades es hemodiálisis en un 50.33%; el grupo que puede realizar actividades moderadas; movimientos de objetos pesados montar bicicleta es el grupo **de trasplante en un 58.14% con un mínimo porcentaje del grupo de Diálisis en un 24.51%**. Trasplante es el grupo que puede subir varios pisos por la escalera mucho en un 61.76% el grupo que no realiza nada dicha actividad es hemodiálisis en un 65.96%; los que realizar muchos movimientos forzados es trasplante en un 76.56%; no hacen dicha actividad el grupo de diálisis en un 60%; trasplante es el grupo que realiza muchas caminatas en un 56.76%.



TABLA 11:
PORCENTAJE SEGÚN ROL FÍSICO:

Preguntas :	Si								No							
	Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		Total		Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Disminuyo el tiempo dedicado al trabajo	59	34.71	79	41.18	41	24.11	170	100	12	15	12	15	56	70	80	100
Trabaja menos de lo que quisiera hacer	31	15.5	123	61.5	46	23.10	200	100	11	22.00	0	0.00	39	78.00	50	100
Se ha visto limitado en el tipo de trabajo	31	26.06	74	62.18	14	11.76	119	100	28	21.37	49	37.40	54	41.22	131	100

Fuente : Pruebas psicologicas aplicadas a los pacientes con IRC del Essalud Arequipa -2013

Promedio : \bar{X} =41.67

En el área de **Rol Físico**: A la pregunta: **si ha disminuido el tiempo dedicado al trabajo** para el grupo; grupo de un 41.18%; **No sienten que ha disminuido su tiempo dedicado al trabajo**; **Diálisis**; **Hemodiálisis** ambos en un 15%, trasplante en un 70% los que **trabaja menos de lo que quiere hacer**. el grupo de **Hemodiálisis** en 61.5%; **no sienten que trabajan menos de lo que quieren** **Trasplante** en un 41.22%.

El grupo que se ha visto limitado en el tipo de trabajo; es grupo de **Hemodiálisis**; en un 62.18%.; **no se ven limitados en el tipo de trabajo** es **Diálisis** 21.37%,



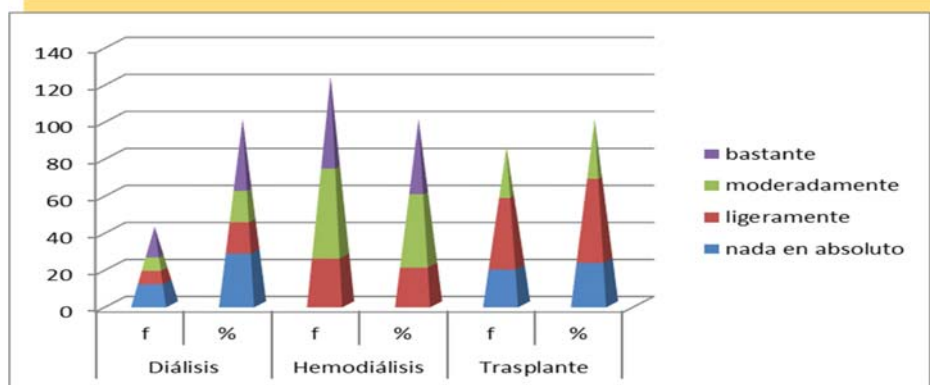
TABLA 12:
PORCENTAJE SEGÚN FUNCIÓN SOCIAL

Su Salud Física O Problema Emocional Ha Dificultado Su Actividad Social						
Pregunta	Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante	
	f	%	f	%	f	%
Nada en absoluto	12	28.57	0	0.00	20	23.53
Ligeramente	7	16.67	26	21.14	38	44.71
Moderadamente	7	16.67	48	39.02	27	31.76
Bastante	16	38.10	49	39.84	0	0.00
Total	42	100.00	123	100.00	85	100.00

Promedio X = 20.83

De la tabla estadística observamos que nada en absoluto ven que su salud física o emocional ha dificultado sus actividades, el grupo de trasplante en un porcentaje de 23.53%; los que ligeramente se ven afectados es el grupo de trasplante en un 44.7%; contrariamente a ello los que se ven mayormente afectados y bastante afectados es hemodiálisis en un 39.02%, diálisis en un 38.10%.

Grafico 12:



Fuente : Pruebas psicológicas aplicadas a los pacientes con IRC del Essalud Arequipa – 2013

TABLA 13:

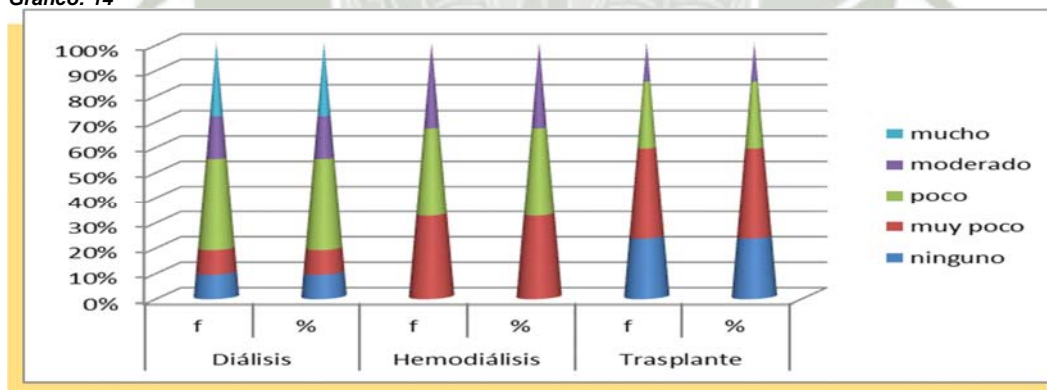
PORCENTAJE SEGÚN DOLOR CORPORAL

Cuánto dolor físico tienes durante las últimas 4 meses						
	Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante	
	f	%	f	%	f	%
Ninguno	4	9.52	0	0.00	20	23.53
Muy poco	4	9.52	40	32.52	30	35.29
Poco	15	35.71	42	34.15	22	25.88
Moderado	7	16.67	41	33.33	13	15.29
Mucho	12	0.00	0	28.57	0	0.00
Total	42	100.00	123	100.00	85	100.00

Promedio X = 16.67

Se observa que el grupo que no muestra ningún dolor físico el trasplante en un 23.53%; el diálisis siente poco dolor físico en estos cuatro meses en un 35.71%, opuestamente a ello los grupos que muestran un dolor moderado y mucho dolor corporal el grupo de hemodiálisis en un 33.33% y 28.57%.

Gráfico: 14



Fuente : Pruebas psicológicas aplicadas a los pacientes con IRC del Essalud Arequipa – 2013

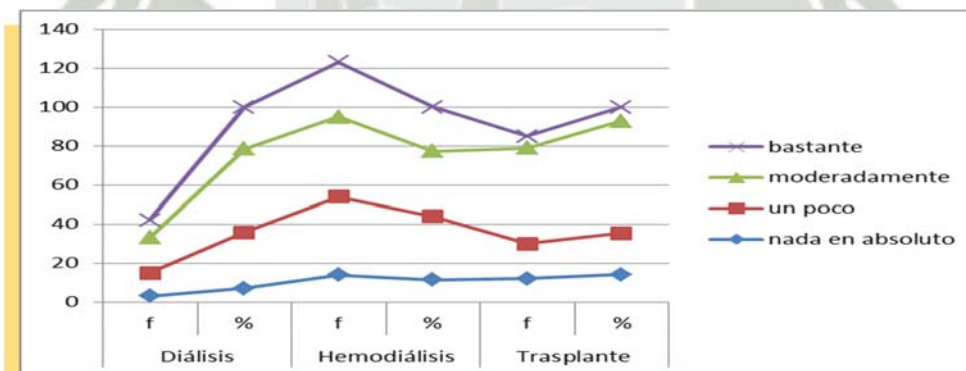
TABLA 14:
PORCENTAJE SEGÚN DOLOR CORPORAL:

Ha dificultado el dolor su trabajo normal estos cuatro meses:						
	Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante	
	F	%	F	%	F	%
Nada en absoluto	3	7.14	14	11.38	12	14.12
Un poco	12	32.52	40	28.57	18	21.18
Moderadamente	18	42.86	41	33.33	49	57.65
Bastante	9	21.43	28	22.76	6	7.06
Total	42	100.00	123	100.00	85	100.00

Promedio X = 20.83

De la tabla estadística se puede apreciar que el grupo que se ha visto afectado por el dolor, su trabajo es trasplante en un 14.12%; el grupo que se ha visto afectado es diálisis en un 32.52%; contrariamente los que moderadamente se vio afectado es trasplante en un 57.65%.

Gráfico: 15



Fuente Pruebas psicológicas aplicadas a los pacientes con IRC del Essalud Arequipa – 2013

TABLA 15:

PORCENTAJE SUGÚN ÁREA DE SALUD MENTAL:

Preguntas :	Siempre								Casi siempre								Muchas veces							
	Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		total		Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		Total		Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Te sientes con vitalidad	0	0	0	0	6	100	6	100	7	17.5	0	0	33	82.5	40	100	12	32.43	8	21.62	17	45.94	37	100
Te has sentido. Muy nervioso	16	26.22	42	68.85	3	4.91	61	100	17	26.56	35	54.69	12	18.75	64	100	26	50.98	12	23.53	13	25.49	51	100
Te sientes intranquila	0	0	12	100	0	0	12	100	10	21.74	13	28.26	23	50	46	100	4	8	28	56	18	36	50	100
Te sientes demasiado triste	42	77.7	9	16.6	3	5.55	54	100	30	52.63	17	29.82	10	17.54	57	100	26	50.98	13	24.49	12	23.53	51	100
Tienes el ánimo tan decaído que nada te puede animar	23	37.7	20	32.79	18	29.51	61	100	20	40.82	17	34.69	12	24.49	49	100	23	50	13	21.74	10	28.26	46	100
Te sientes feliz	7	16.67	10	23.81	25	59.52	42	100	18	21.18	18	21.18	18	57.64	49	100	8	10.7	36	48	31	41.33	75	100

Preguntas	Algunas veces								Casi nunca							
	Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		total		Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		Total	
	f	%	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Te sientes con vitalidad	23	28.05	44	53.66	15	18.29	82	100	20	23.53	45	52.94	20	23.53	85	100
te has sentido Muy nervioso	4	8	7	14	39	78	50	100	0	0	13	54.16	11	45.8	24	100
Te sientes intranquila	10	12.98	34	44.16	33	42.85	77	100	18	27.7	11	16.92	36	55.38	65	100
Te sientes demasiado triste	7	12.96	9	16.67	38	70.37	54	100	7	20.59	7	29.59	20	58.82	34	100
Tienes el ánimo decaído que nada te puede animar	28	56	18	36	4	8	50	100	0	0.0	10	22.73	34	77.27	44	100
Te sientes feliz	26	57.78	13	28.9	6	13.33	45	100	3	100	0	0	0	0	3	100

Fuente :Pruebas psicologicas aplicadas a los pacientes con irc del essalud arequipa – 2013

Promedio \bar{x} =14.5

Los resultados muestran que el grupo que siempre muestra vitalidad es trasplante en un 100%,contariamente al grupo de hemodiálisis en un 52.94%; hemodiálisis siempre se suele sentir nervioso en un porcentaje del 68.85%,el grupo que se siente siempre intranquilo es hemodiálisis en un 100% contrariamente a ello los que casi nunca están asi es el grupo de trasplante 55.38%; el grupo que se siente muy triste es diálisis en un porcentaje mayor del 77.7% , contrariamente a ello trasplante nunca o casi nunca están tristes en un 58.82%; se observa que el grupo de diálisis se siente mayormente triste ,decaido que nada los puede animar ,en un 50.98% los que no se muestrarn tristes es trasplante en un 77.27%; se puede concluir que el grupo que se siente siempre feliz es grupo de un 59.52%.



TABLA 16:

PORCENTAJE SEGÚN AREA DE SALUD GENERAL

Preguntas :	Totalmente cierta o bastante cierta								No se								Falsa O Totalmente Falsa							
	Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		total		Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		Total		Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Me parece que me enfermo más que los demás	58	35.15	79	47.88	28	16.97	165	100	31	41.33	36	48		10.67	75	100	0	0	0	0	10	100	10	100
Estoy tan sano como cualquiera	10	21.74	13	28.26	23	50	46	100	4	7.02	35	61.40	18	31.58	57	100	50	34.01	54	36.74	43	29.25	147	100
Creo que mi salud va a empeorar	47	35.88	55	41.98	29	22.14	131	100	20	28.99	36	52.17	13	18.84	69	100	4	8	7	14	39	78	50	100
Mi salud es excelente	7	17.5	0	0	33	82.5	40	100	12	19.05	49	77.7	2	3.17	63	100	63	42.86	45	30.61	39	26.53	147	100

Fuente : Pruebas psicológicas aplicadas a los pacientes con IRC del Essalud Arequipa – 2013

Promedio X = 27.78

En el área de **Salud General** las tablas estadísticas, nos indican que el grupo que siente que se enferma más que los demás es grupo en un 47.88%, seguido de diálisis ; para trasplante ello es falso en un 100% así mismo el grupo que se considera más sano como cualquiera es grupo en un porcentaje del 50% los que no se sienten grupo en un 36.74% ; el grupo que piensa siente que su salud va ir empeorando es hemodiálisis en un 41.96% contrariamente a ello los que no muestran esos pensamientos son grupo en un 78% dicho grupo siente también que su salud es excelente en un 38.88% lo que no sucede con los grupos hemodiálisis.



CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL

TABLA 17

PORCENTAJE SEGÚN SATISFACION PERSONAL

Preguntas :	<i>Siempre o casi siempre</i>								<i>Con bastante frecuencia</i>								<i>Algunas veces</i>							
	Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		total		Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		Total		Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		Total	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Me gusto como soy	4	76.92	12	62.40	36	69.23	52	100	14	20	55	50	21	30	90	100	9	27.27	0	0	44	72.73	53	100
La vida es aburrida y monótona	24	35.34	32	61.65	4	3.01	116	100	40	32.87	12	57.34	7	9.79	59	100	13	25	22	42.31	10	32.69	45	100
Veó mi futuro con pesimismo	22	61.11	12	33.33	2	5.56	36	100	28	31.11	55	61.11	7	7.78	90	100	13	11.50	48	42.48	52	46.08	113	100
Soy menos importante que el resto de las personas	16	22.96	25	35.71	29	41.43	70	100	8	14.04	28	49.12	21	36.84	57	100	21	23.33	62	68.89	7	7.78	90	100
Me siento insatisfecho con mi es tilo de vida	10	31.25	13	40.62	9	28.13	32	100	15	16.30	54	58.70	23	25	92	100	13	14.77	48	54.55	27	30.18	55	100
Me siento insatisfecho con migo misma	25	59.52	10	23.81	7	16.67	42	100	49	57.64	18	21.18	18	21.18	85	100	29	42.65	45	45.59	8	11.76	68	100

Fuente : Pruebas psicológicas aplicadas a los pacientes con IRC del hospital Es salud - Arequipa 2013

Promedio : $x = 20.90$

<i>Nada o casi nada</i>							
Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		Total	
<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
15	27.27	21	38.19	19	34.54	55	100
11	36.67	7	23.33	12	40	30	100
8	78.73	3	27.27	0	0	11	100
4	12.12	4	36.77	25	75.76	73	100
24	33.80	38	53.52	9	92.68	71	100
11	20	17	30.41	27	49.09	55	100

La tabla estadística indica que el grupo que se gusta como son es trasplante en un 76.92%, lo que no sucede con el grupo de hemodiálisis en un 38.19% ; el mismo grupo siente que su vida siempre es aburrida monótona en un 61.65% seguido del grupo de diálisis , todo lo contrario es para trasplante quienes nunca se sienten así en un 40% ; pero también trasplante es el grupo que se siente menos importante que el resto de las personas en un 41.43%; hemodiálisis es el grupo que se siente insatisfecho con su estilo de vida en un 40.62% seguido del grupo, lo que no sucede con el grupo para nada en un 92.68%; conjuntamente con ello los que siempre se sienten insatisfechos consigo mismos es grupo en un porcentaje del 59.52% lo que no sucede con trasplante en un 49.09%



TABLA 18:
Porcentaje según actitud Pro Social:

	<i>Siempre o casi siempre</i>								<i>bastante frecuencia</i>								<i>Con bastante frecuencia</i>								<i>Algunas veces</i>							
	Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		total		Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		Total		Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		Total									
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>								
Me resulta difícil aceptar a los otros en actividades distintas a las mías	4	10	25	62.5	11	27.5	40	100	36	33.91	55	51.89	15	14.15	106	100	14	28.59	36	52.94	18	26.47	68	100								
Es difícil escuchar los problemas de los demás	6	17.14	25	71.43	4	11.43	35	100	11	10.84	55	54.46	35	34.65	101	100	23	37.5	43	18.56	12	13.69	88	100								
Pienso en las necesidades de los demás	15	34.09	4	9.09	25	56.82	44	100	6	8.22	42	57.53	25	34.25	73	100	42	34.43	56	45.90	24	19.67	122	100								
Me gusta ayudar a los demás	40	36.03	31	27.93	40	36.03	111	100	33	30	37	33.63	40	36.36	110	100	0	0	4	73.78	5	26.32	19	100								
Pienso que soy digna de confianza	3	6.52	14	30.43	29	63.04	46	100	13	21.13	15	24.59	33	54.10	61	100	15	17.05	67	75.14	6	6.82	88	100								
Fuente pruebas psicologicas aplicadas a los pacientes dell hospital ES salud Arequipa 2013																<i>Nada o casi nada</i>								Promedio X =20.83								
Diálisis				Hemodiálisis				Trasplante				Total																				
<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>																			
20	55.56	7	19.44	9	25	36	100																									
15	57.62	11	42.31	0	0	26	100																									
3	0	8	78.73	27.27	0	11	100																									
7	70	3	30	0	0	10	100																									
27	49.09	17	30.91	11	20	55	100																									

De las estadísticas se muestra que les es difícil para hemodialisis en un 62.5%; aceptar a las personas que pretendan actividades a ellas; contrariamente a ello el grupo que nada o casi nada siente ello es diálisis en un 55.56%; según el estudio el grupo que presenta dificultades para escuchar los problemas de los demás es hemodiálisis en un 71.43%; en oposición a ello el grupo de trasplante se muestra apto y lleno de escuchar los problemas de los demás y piensa en las necesidades de los demás en un porcentaje del 56.82% lo que no sucede con hemodiálisis en un porcentaje del 78.73%; según las tablas estadísticas el grupo que se muestra más dispuesto ayudar a los demás es trasplante, diálisis ambos con porcentajes de 36.03%, trasplante es el grupo que se considera siempre persona digna de confianza en un 63.04%, lo que no sucede con el grupo de hemodiálisis en un porcentaje del 30%.

TABLA 19
PORCENTAJE SEGÚN AUTOCONTROL:

Preguntas :	Siempre o casi siempre								Con bastante frecuencia								Algunas veces							
	Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		total		Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		Total		Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Los problemas me bloquean	29	41.43	25	35.71	16	22.96	70	100	14	16.09	62	71.26	11	12.64	87	100	7	12.5	28	50	21	37.5	56	100
Me controlo cuando experimento emociones negativas	12	29.27	0	0	29	70.73	41	100	7	14.58	8	16.67	33	68.75	48	100	12	41.38	0	0	17	58.12	29	100
Me controlo cuando tengo pensamientos negativos	10	22.72	13	38.24	21	61.76	44	100	6	12.77	14	29.78	27	57.45	47	100	17	24.64	19	27.54	33	47.83	69	100
Tengo un buen nivel de auto control	6	17.15	12	34.28	17	48.57	35	100	4	4.71	49	57.65	32	37.65	85	100	25	25.51	55	56.12	23	23.45	98	100
En presiones mantengo mi equilibrio	10	27.78	12	33.33	14	38.89	36	100	11	13.75	28	35	41	51.25	80	100	11	13.92	18	22.78	30	63.29	79	100

Promedio :X = 20.84

Nada o casi nada							
Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		Total	
f	%	F	%	f	%	f	%
8	21.62	8	21.62	21	56.76	37	100
23	17.42	103	78.03	6	4.55	132	100
19	12.12	67	74.44	4	4.44	90	100
7	21.98	18	56.25	7	21.88	32	100
25	45.45	20	36.32	10	18.18	55	100

FUENTE Pruebas psicologicas aplicadas a los pacientes con IRC del hospital Esalud Arequipa 2013

De la investigación se describe que el grupo que se bloquea frente a los problemas es diálisis opuestamente a ello el grupo que muestra un mayor control siempre en un 56.76%; el estudio muestra que el grupo que mayormente se controla cuando experimenta emociones negativas es grupo en un 70.73% ,opuestamente a ello hemodiálisis nunca se suele controlar al sentir emociones negativas ;junto a ello el grupo que refleja un dominio de pensamientos negativos es trasplante ; los que nada o casi nada controlan sus pensamientos es hemodiálisis en un 74.44% , el estudio demuestra que el grupo que muestra un mayor nivel de control siempre es trasplante en un 48,57% presentando dificultades en ello el grupo de hemodiálisis en un 56.26% ; en general al grupo que le cuesta mantener un adecuado autocontrol es hemodiálisis en un porcentaje del 36.32%.



TABLA 20
PORSENTAJE SEGÚN AUTONOMIA

Preguntas :	Siempre o casi siempre								Con bastante frecuencia								Algunas veces															
	Diálisis				Hemodiálisis				Trasplante				Total				Diálisis				Hemodiálisis				Trasplante				Total			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Me preocupa lo que los demás piensen de mi	7	31.82	0	0	15	68.18	22	100	14	13.08	53	49.54	40	37.38	107	100	10	12.5	55	68.6	15	18.75	80	100								
La opinión de los demás influye a la hora de decidir	4	30.77	0	0	9	69.22	13	100	8	7.84	59	52.94	40	39.22	102	100	23	33.22	20	29.42	25	36.76	68	100								
Me preocupa que la gente me critique	8	18.18	28	63.63	8	18.18	49	100	11	12.35	53	59.55	25	28.08	89	100	9	12.96	27	38.57	34	48.57	70	100								
Me resulta difícil tener opiniones personales	5	100	0	0	0	0	5	100	14	15.38	41	45.06	36	39.56	91	100	19	14.73	70	54.27	40	31	129	100								

Fuente Puebas psicológicas aplicadas a los pacientes con IRC del Essalud Arequipa

Promedio :X=20.94

Nada o casi nada							
Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		Total	
f	%	f	%	f	%	f	%
11	26.83	15	36.59	15	36.59	41	100
7	10.45	49	73.13	11	16.42	67	100
14	29.79	15	31.92	18	38.29	47	100
4	11	12	48	9	36	25	100

En el área de Autonomía; el grupo de trasplante se preocupa por lo que los demás piensen de ellos en un porcentaje del 68.18%, al grupo que le es indiferente lo que los demás piensen de ellos, es hemodiálisis en un porcentaje del 36.59% , el grupo que siempre se deja influenciar a la hora de decidir es trasplante en un porcentaje del 69.22%, hemodiálisis nada o casi nada se deja influenciar a la hora de decidir en un 73,13%; de la investigación se concluye que el grupo hemodiálisis es el grupo más susceptible a las críticas , lo que no sucede con trasplante no les afecta las críticas de los demás en un 38.29%,el grupo que es poco abierto a la comunicación costándole emitir opiniones personales es diálisis en un 100% ;lo que no sucede con el grupo quienes se muestran siempre comunicativos.



TABLA 21

TABLA SEGÚN RESOLUCION DE PROBLEMAS

<i>Siempre o casi siempre</i>										<i>Con bastante frecuencia</i>								<i>Algunas veces</i>								
Preguntas :	Diálisis		Hemodiálisis			Trasplante		total		Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		Total		Diálisis		Hemodiálisis			Trasplante		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Tomo mis decisiones por mi	12	41.67	16	31.25	22	44	50	100	9	27.27	17	51.51	7	21.21	33	100	13	10.31	59	46.82	54	42.85	126	100		
Saco lo positivo de lo malo que me pasa	13	6.71	16	50.85	14	42.37	43	100	18	24.58	26	48.31	48	28.12	92	100	31	5.66	26	35.85	19	58.49	48	100		
Intento mejorar como persona	25	17.86	11	28.57	28	53.92	71	100	20	27.45	7	18.62	24	53.92	61	100	6	7.27	19	36.36	86	56.36	93	100		
Solicito información cuando lo requiero	13	25.34	35	32.05	11	42.31	50	100	55	10.53	36	10.62	15	53.92	106	100	17	20	19	40	30	40	69	100		
Desarrollo mis aptitudes	11	20	22	40	22	40	35	100	11	4.71	55	57.65	33	37.65	101	100	14	24.27	41	55.39	30	63.29	75	100		
Soy capaz de decir no	12	27.7	22	33.33	42	38.81	49	100	15	13.75	30	38	41	51.25	94	100	15	13.92	11	22.79	40	63.29	66	100		
Busco solución a los problemas	25	31.84	5	12.85	42	55.21	42	100	16	31.84	2	12.85	35	55.21	53	100	0	0	2	34.78	49	65.22	71	100		

Fuente: Pruebas psicológicas aplicadas a los pacientes con IRC del hospital Es salud Arequipa 2013

Promedio: $x = 20.93$

Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		Total	
f	%	f	%	f	%	f	%
11	27.27	15	45.45	15	27.27	41	100
7	24	0	0	49	78	67	100
11	40	10	40	18	20	39	100
4	11	12	48	9	36	25	100
5	12.82	10	26.64	24	61.54	39	100
14	35	17	42.5	9	22.5	40	100
35	50.24	19	50	0	0	54	100

Según las estadísticas el grupo que toma desiciones por si mismo es diálisis ello en un porcentaje del 41.57% en contraposición a ello los que nunca relizan ello es hemodiálisis en un 45.45% , pero hemodiálisis es el grupo que ve lo positivo de lo malo que le sucede en un porcentje del 50.85% lo que no sucede con trsplante para nada en un porcentaje del 78%, sin embargo trasplante es el grupo que siempre intenta mejorar como persona en un 53.92% , a diálisis , hemodiálisis les cuesta realizar mejoras personales ambos en porcentajes de 40%; trasplante es el grupo más comunicativo por tanto es el que solicita información cuando lo require en un 42.3% todo lo contrario al grupo de diálisis ,hemodiálisis; al grupo de trasplante le cuesta desarrollar sus aptitudes en un 61.54%; de la investigación se concluye que al grupo que no le cuesta para nada decir no es trasplante en un 55.21%, a su vez diálisis es el que siempre busca solución a los problemas en un 50.24%.



TABLA 22
PORCENTAJE SEGÚN RELACIONES INTERPESONALES:

Preguntas :	Siempre o casi siempre								Con bastante frecuencia								Algunas veces							
	Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		total		Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		Total		Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Dificultad para relaciones interpersonales profundas y satisfactorias	39	78	7	14	4	8	50	100	13	39.39	22	66.67	11	33.33	33	100	54	42.86	59	46.83	13	10.32	126	100
Creo que soy una persona sociable	13	30.23	16	37.21	14	32.56	43	100	18	19.57	26	28.26	48	52.17	92	100	31	33.3	26	54.17	19	39.58	48	100
Dificultad para relacionarme con mi entorno familiar	27	57.44	14	29.79	6	12.77	47	100	17	24.64	33	47.82	19	27.54	69	100	8	33.33	54	58.06	31	8.61	93	100
Me resulta difícil entender los sentimientos de los demás	4	8	35	70	11	22	50	100	55	51.89	36	33.96	15	14.15	106	100	17	24.64	19	27.54	33	47.82	69	100
Capacidad para ponerme en el lugar de otro	4	11.14	6	17.14	25	71.43	35	100	11	10.89	35	34.65	55	54.45	101	100	14	18.67	41	54.67	20	26.67	75	100
Me considero una buena madre.	12	24.49	7	14.29	30	61.22	49	100	48	51.06	26	27.66	20	21.28	94	100	15	22.72	11	16.68	40	60.60	66	100

Nada o casi nada							
Diálisis		Hemodiálisis		Trasplante		Total	
f	%	f	%	f	%	f	%
11	26.83	15	36.59	15	36.59	41	100
7	10.45	11	16.42	49	73.13	67	100
14	29.79	15	31.92	18	38.29	47	100
4	11.,	12	48	9	36	25	100
5	12.82	10	26.64	24	61.54	39	100
14	35	17	42.5	9	22.5	40	100

Fuente Prueba psicológicas aplicadas a los pacientes con IRC del hospital Es salud Arequipa -2013

Promedio: $x = 20.93$

De la investigación se observa que el grupo es quien en mayor porcentaje presenta problemas para establecer relaciones profundas y satisfactorias en un 78% ; los grupos que no muestran dificultades para relacionarse son el grupo , trasplante ambos con porcentajes de 36.59%, hemodiálisis es el grupo que más sociablemente se muestra en un 37.2%, contrariamente a ello trasplante muestra dificultad para relacionarse con sus pares en un 73.13 % ; la investigación muestra que diálisis siempre presenta dificultades para relacionarse con su entorno familiar en un 57.44% en contraposición a ello , el grupo presenta buenas relaciones familiares en un 38.29%.



TABLAS COMPARATIVAS DE SALUD FISICA SF -36 Y SALUD MENTAL POSITIVA:

TABLA 23

AREA DE SALUD FISICA

Preguntas	MUCHO		NADA	
	Trasplante	Hemodiálisis	Hemodiálisis	diálisis
Realizo actividades intensas como práctica de deportes	100%		50.33%	
Realizo actividades moderadas como mover objetos pesados	58.14%			88.9%
Puedo subir varios pisos por las escaleras	61.76%			
Realizar movimientos forzados ponerse de cuclillas	76.56%		65.96%	60%
Me puedo auto cuidar		63.16%	47.16%	
Puedo realizar caminatas	56.76%			46.17%

Fuente Prueba psicológicas aplicadas a los pacientes con IRC del hospital Es salud Arequipa -2013

TABLA 24

AREA DE AUTOCONTROL:

Preguntas	MUCHO		NADA	
	Trasplante	Diálisis	Trasplante	Diálisis
Los problemas me bloquean		41.43%	56.76%	
Controlo emociones negativas	70.73%			78.03%
Buen nivel de auto control	48.57%			74.44%
En presión mantengo el equilibrio	38.89%			45.45%

Fuente: Pruebas psicológicas aplicadas a los pacientes con IRC del hospital Es salud Arequipa – 2013

En el área de salud física los que mayor desempeño presentan es el grupo de trasplante realizan actividades intensas , movimientos forzados, suben varios pisos por la escalera con ciertas limitaciones pero mucho mejor que el grupo de diálisis , hemodiálisis; en el área de salud mental el grupo que mantiene mayor control de sus emociones es el grupo de trasplante ,ello quiere decir que presentan un buen autocontrol de sus emociones ,en presiones mantienen el equilibrio, lo que no sucede con el grupo .

COMPARATIVO ÁREA AUTONOMÍA Y DOLOR CORPORAL

**TABLA 24
ÁREA AUTONOMIA**

Preguntas	MUCHO			NADA	
	Trasplante	Hemodiálisis	Diálisis	Trasplante	Hemodiálisis
Me preocupa lo que los demás piensen de mi	68.18%			36.59%	36.59%
La opinión de los demás influye a la hora de decidir	69.22%				73.13%
Me preocupa que me critiquen		63.63%		38.29%	

Fuente prueba psicológicas aplicadas a los pacientes con IRC del hospital Es salud Arequipa -2013


**TABLA 26.
AREA DE DOLOR CORPORAL**

Pregunta	Mucho		Nada
	Diálisis	Hemodiálisis	Trasplante
Dolor físico en estos 4 meses	%	%	%
Ninguno	23.53		9.52
Muy poco		32.52	9.52
Poco	35.71		25.88
Moderado		33.33	15.29
Mucho	28.57		0.00

Fuente prueba psicológicas aplicadas a los pacientes con IRC del hospital Es salud Arequipa -2013

De la tabla se concluye que el grupo de trasplante, hemodiálisis es más susceptible a las críticas de los demás; la opinión de los demás influye a la hora de decidir en general son susceptibles a lo que los demás piensen de ello; a su vez los grupos de diálisis, hemodiálisis son los que sienten más dolor físico en comparación a trasplante.





II. DISCUSION Y COMENTARIOS.

DISCUSION Y COMENTARIOS

Considero que los factores psicológicos o emocionales influyen y modulan todos los procesos vitales, tanto en estados de salud como de enfermedad. Esto es aún más relevante cuando las personas están siendo afectadas por enfermedades crónicas o potencialmente graves. Los pacientes con enfermedades crónicas como la insuficiencia renal; en la que la persona se enfrenta a un tratamiento como la hemodiálisis pasa por un proceso de adaptación, en el cual uno de los elementos más importantes son las emociones, su actitud para enfrentar esta enfermedad. Analizando el cuestionario socio económico se puede apreciar que en un mayor porcentaje encontramos pacientes que reciben tratamientos de hemodiálisis en un 49.20% siendo este el tipo de tratamiento más utilizado; los pacientes que han sido trasplantados solo llegan a un 34% de pacientes que son trasplantados; en su mayoría los pacientes que han sido encuestados asilan en un rango de edades de 18 a 28 , 29 a 39 ,40 a 50 51 a 60 y de 61 a 71 años ; el rango de edad con mayor frecuencia oscilan entre 29 y 39 años con un porcentaje de 36.80% tanto en hombres como para las mujeres ,el porcentaje más bajo está en las edades que oscilan en 61 a 71 años en ambos sexos ,cabe resaltar que la mayoría de pacientes que han sido encuestados son jóvenes ; lo cual no quiere decir que dicha enfermedad se presenta en un rango de edad específico sexo o condición socio económica ,en el transcurso de la enfermedad se puso de manifiesto que los pacientes de 61 años a 71 atribuyen dicha enfermedad a los deterioros de la edad y se muestran menos predispuestos a compartir sus experiencias .

En cuanto al grado de instrucción de los pacientes con IRC se observa que los pacientes del sexo masculino cuenta con secundaria completa en un 19.60% en comparación a las pacientes que poseen en un 10% estudios de superior técnico completo , el porcentaje más bajos en los varones es que el 1.60% presenta primaria completa , en las mujeres el 3.20% presentan estudios de superior técnico completo .

Analizando la gráfica de estado civil se observa que en un porcentaje de 57.60% en ambos sexos manifiestan ser solteros y para un 4.80 % expresan ser divorciados ; a sus vez la mayoría de pacientes son trabajadores independientes cuyos ingresos económicos oscilan entre 401 a 701 soles ello en un porcentaje de 43.60% y en un 27.20% perciben ingresos que oscilan entre 100 a 400 soles

mensuales .Con respecto a la enfermedad asociada es la hipertensión arterial en un porcentaje de 88% ; es la causa número dos de enfermedad renal.; El 43.60% lleva de tratamiento de 3 años en cualquiera de los tres tipos de tratamientos cabe resaltar que el mayor porcentaje de pacientes se encuentra en los pacientes de hemodiálisis, trasplante renal en un porcentaje del 17.60 % lleva una duración en el tratamiento de 4 a 7 años; y en un 17.20 % lleva un tiempo de tratamiento de 8 a 11 meses. De las dimensiones evaluadas en el presente estudio mediante el **Calidad De Vida**. La dimensión que presenta mayor limitación es la función física que evalúa grado en el cual la salud física les limita en actividades , el auto cuidado ,subir escaleras ,caminar inclinarse ,coger o llevar pesos ; realizar esfuerzos moderados o intenso analizando la presente investigación se aprecia que en los tres grupos de pacientes como son diálisis, hemodiálisis , trasplante renal presentan grandes limitaciones a la hora de realizar actividades que requieran algún esfuerzo, físico es así que los pacientes de diálisis , hemodiálisis , trasplante renal se sienten muy limitados a la hora de realizar actividades que requieran esfuerzo físico , los pacientes de trasplante se sienten menos limitados y en comparación de los a diálisis y hemodiálisis

En el área de **Rol Físico**: A la pregunta: ha disminuido el tiempo dedicado al trabajo para el grupo de **Diálisis** siente que ello es así en un porcentaje del 34.71% seguido de **Hemodiálisis** en un 41.18% , trasplante con un 23.10% siendo este el grupo con el porcentaje que ha sentido que el tiempo dedicado al trabajo ha disminuido ; a su vez los que no sienten que ha disminuido su tiempo dedicado al trabajo ; para el grupo de **Diálisis** ello es en un 15% lo mismo para **Hemodiálisis** en un 15% y trasplante renal en un 70% los cual quiere decir que dicho grupo no se siente afectado en la disminución del tiempo dedicado al trabajo ; se puede decir que los pacientes con IRC se observa que sienten que su salud física interfiere en su trabajo u otras actividades diarias, incluyendo un rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas u dificultad en la realización de actividades a raíz de la enfermedad los que sienten que trabajan menos de lo que quieren son los grupos **Diálisis** 15.5% , **Hemodiálisis** un 61.5%y trasplante renal: 23.10% ; los que sienten que han disminuido el tiempo dedicado al trabajo es el grupo de hemodiálisis con un 41.18%; Los que ha visto limitado en el tipo de trabajo el grupo de **Diálisis** responde que si en un 26.06% para hemodiálisis siente que es así en un 62.18%. Paciente de trasplante

renal son los menos afectados en dicha dimensión lo que nos indica está dimensión es que una enfermedad crónica trae consigo. Limitaciones en la actividad laboral agravándose esta situación con su entrada en Diálisis hemodiálisis, trasplante renal ; en la mayoría de los casos pérdida de su puesto de trabajo debido las ausencias laborales tanto de forma esporádica como periódica; la dificultad de la adaptación del puesto de trabajo unido a las presiones laborales incide en la solicitud de su pensión de invalidez produciéndose una desvinculación laboral con pérdida de empleo, produciendo estas dos consecuencias inmediatas: disminución de ingresos económicos y sentimiento de no ser útil a sí mismo ni a su familia.

Al estudiar la dimensión de función social que evalúa el grado en que los problemas de salud física interfieren en la vida social que tres grupos de pacientes se puede decir que una enfermedad crónica trae consigo limitaciones en la vida social del paciente tales como dificultad de permanecía por largo tiempo en reuniones sociales, la limitación en el consumo de bebidas alcohólicas entre otras. En el área de **Dolor Corporal**; nadie manifiesta que está excepto de presentar algún dolor corporal desencadenado por la IRC pudiendo influenciar el mismo tratamiento o enfermedades asociadas; en el grupo de trasplante renal en un 35.29% siente que el dolor corporal es muy poco y el 25.88 % manifiesta tener poco dolor corporal estos últimos 4 meses como se puede apreciar los que reflejan menos dolor físico son los pacientes con trasplante renal y hemodiálisis.

En el área de salud mental que evalúa, ansiedad, depresión control de la conducta y bienestar general en el aspecto emocional ,comparando los tres grupos de pacientes estudiados y los tipos de respuestas (siempre o casi siempre, muchas veces, algunas veces ,nunca) se observa que el grupo de hemodiálisis en comparación al grupo de diálisis, hemodiálisis obtienen los mayores porcentajes de vitalidad en siempre , casi siempre, los pacientes que se sienten **muy nervioso** : Diálisis 26.22% hemodiálisis 68.85% ,trasplante 4.91% ; **Los que mayormente se sienten intranquila** , hemodiálisis el 100%. Los que nos indicaría que los pacientes de IRC en mi opinión son susceptibles emocionalmente están más propensos a desencadenar problemas mentales por la misma enfermedad los que se **sienten demaciado Triste** siempre Diálisis 77.7% ; pero como sabemos considero que uno de los muchos factores de riesgo asociados con las enfermedades crónicas es el impacto emocional en los

enfermos y sus familias. Muchas enfermedades crónicas pueden tener un efecto profundo en el estado mental y emocional de la persona y, a su vez, los trastornos mentales no diagnosticados pueden afectar a la capacidad de la persona para sobrellevar una enfermedad y participar en el proceso de tratamiento y recuperación. A. Kathryn Powers, M.Ed., Directora del Centro de Servicios para la Salud Mental de la Administración de Servicios de Salud Mental en Abuso de Sustancias (SAMHSA por sus siglas en inglés) de EE.UU., declara sabemos que muchas personas con dolencias clínicas crónicas tienen también enfermedades mentales o trastornos de abuso de sustancias no tratados, y ello puede complicar su recuperación de ambas dolencias.

En el área de salud general los que piensan que se enferman más que las demás personas: sienten que ello es Totalmente Cierto para Diátesis en porcentaje del 35.15% Hemodiálisis en un porcentaje del 47.88% y trasplante en un porcentaje del 16.97%; y los **que piensan que están tan sano como cualquiera** ello **,es totalmente cierto;** ello para diálisis 21.74%, hemodiálisis 28.26% , trasplante 50% ;**creo que mi salud va a empeorar** :los que piensan que **siempre** es así en un 35.88% , Hemodiálisis 41.98% y Trasplante renal 22.14% pero como sabemos a la mayoría de las personas resulta estresante aprender a sobrellevar y vivir con una dolencia de larga duración. A mi parecer es común que los pacientes y sus familiares padezcan períodos prolongados de ansiedad por el efecto que tendrá la enfermedad en sus vidas. Así vez a preocupación por quién va a cuidarle y de qué manera irá Lo que siente y piensa la persona, y la forma en que trata con dichas emociones pueden afectar de muchas maneras a su capacidad de sobrellevar la enfermedad que de por sí trae desamplos, demandas económicas .

En el cuestionario de salud mental ellos sienten que **se gustan como son siempre** en; Diálisis 69.29% Hemodiálisis 62.40% y trasplante 76.92; **la vida es aburrida y monótona;** los que **siempre** sienten ello, Diálisis 35.34% Hemodiálisis 61.65% trasplante 3.01%; **ven su futuro con pesimismo siempre;** Diálisis 61.11%, Hemodiálisis 33.33% , trasplante renal 5.56% ; **sienten que son menos importante que el resto de las personas** Diálisis 22.96% , Hemodiálisis 35.71%, Trasplante **insatisfecho con mi estilo de vida** los que **siempre** Diálisis 59.52% , hemodiálisis en un 23.81% y trasplante renal 16.67% Una enfermedad crónica suele, sobre todo al principio, afectar a nuestra autoestima. Con la

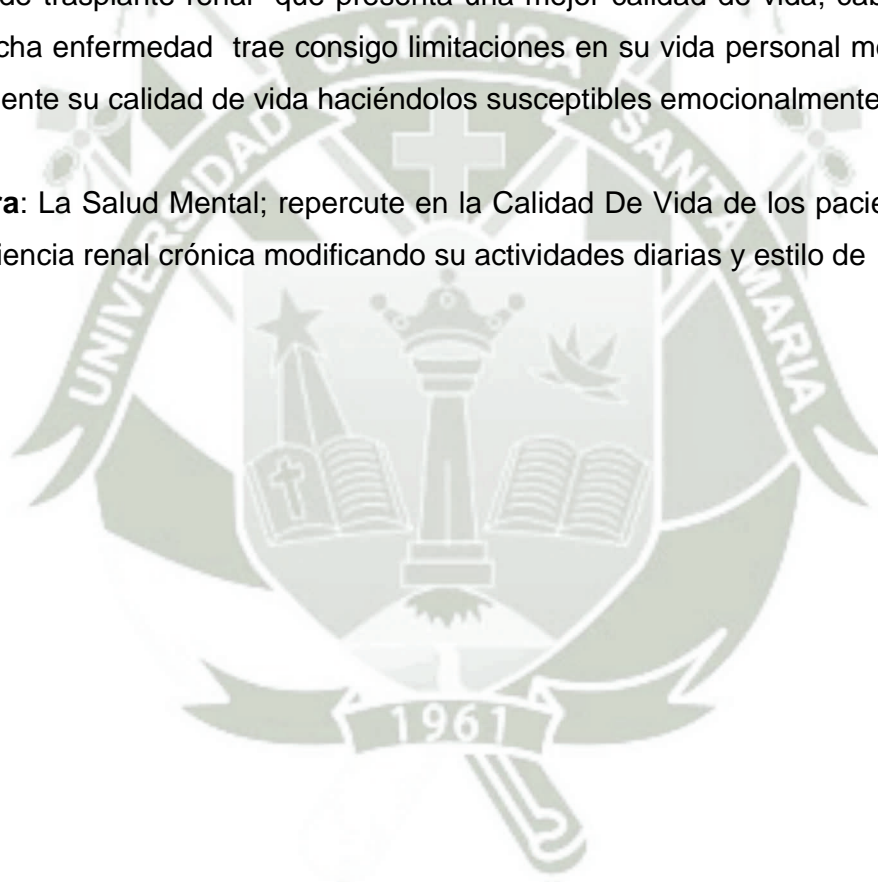
enfermedad puede verse afectada nuestra imagen y nuestro aspecto físico, puede aumentar nuestra dependencia y se puede ver reducida nuestra sensación de control y seguridad. Todo esto provoca que aumente nuestro sentimiento de incapacidad y de inseguridad. En el área de **actitud por social** les **resulta difícil aceptar a las personas que tienen actividades distintas a las suyas siempre**; Diálisis 10%, Hemodiálisis 62.5%, Trasplante en del 27.5% , **les es difícil escuchar los problemas de los demás siempre**; Diálisis 17.14%, Hemodiálisis, 71.43%, trasplante 11.43% **las necesidades de los demás siempre**; se **controlan cuando experimentan emociones negativas**; ello es así **siempre** para Diálisis en un porcentaje del 29.27%, hemodiálisis del 0% trasplante del 70.73%; **tienen capacidad para ponerme en el lugar del otro siempre**; en Diálisis en porcentaje del 11.42%, Hemodiálisis 17.19%, trasplante en 71.43% ; Cuando estamos enfermos nuestro pensamiento se vuelve negativo y pesimista. Tendemos a exagerar, interpretar equivocadamente y a negar aquello que puede aumentar nuestros sufrimientos; esto nos lleva a una actitud rígida, que nos perjudica física y emocionalmente. **En el área de relaciones interpersonales tienen dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas siempre**; el 78% Diálisis presentan dificultades siempre, hemodiálisis 14%, trasplante 8% **se consideran una persona sociable siempre**; Diálisis; 30.23%, 32.56%, Trasplante.56% Los que tienen **dificultad para relacionarse con el entorno familiar siempre**; Diálisis 57.44%, Hemodiálisis 29.79% trasplante 12.77% **me resulta difícil entender los sentimientos de los demás siempre** ; Diálisis 8%, Hemodiálisis 70% ; trasplante 22% ;Se **consideran una buena madre siempre**; para Diálisis 24.49% Hemodiálisis 14.29% , Trasplante 61.22% ; lo que nos indica que los pacientes de trasplante se consideran buenos padres considero que La IRC ,provoca reacciones diferentes en los distintos miembros de la misma. Pueden surgir sentimientos de protección, compasión y necesidad de ayudar al enfermo .O enojo y resentimiento contra la vida, Dios, la suerte o el enfermo mismo. Además, según el tipo de enfermedad y relación, la tensión y el cansancio pueden ser constantes en los familiares cercanos y cuidadores. Esto genera problemas con el enfermo, aumentando el malestar emocional y físico de este último a la enfermedad crónica está casi siempre presente en quien la vive afecta sus sentimientos, pensamientos y conductas., por lo tanto repercute en sus relaciones.

CONCLUSIONES

Primera: La salud Mental de los pacientes con IRC con tratamiento ambulatorio del hospital Es salud – Arequipa es mala; en los pacientes de Diálisis; Hemodiálisis y mucho mejor en los pacientes que han sido sometidos a un trasplante.

Segunda: Los resultados muestran que la calidad de vida de los pacientes con IRC; de Diálisis, hemodiálisis, tiende a ser regular y mala en comparación al grupo de trasplante renal que presenta una mejor calidad de vida; cabe resaltar que dicha enfermedad trae consigo limitaciones en su vida personal modificando seriamente su calidad de vida haciéndolos susceptibles emocionalmente

Tercera: La Salud Mental; repercute en la Calidad De Vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica modificando su actividades diarias y estilo de vida.



SUGERENCIAS

Primera: Se sugiere al Director del Hospital Es salud Arequipa Dr. Miguel Farfán Delgado que conjuntamente con el área de nefrología que se encuentra dirigido por el Dr. Cesar Agosto Trillo Rodríguez la atención multidisciplinaria acorde a los diferentes grupos etarios y tipo de tratamiento ya que las características de la calidad de vida de los pacientes que padecen IRC ocasionan problemas de salud mental:

Se recomienda

- La implementación de la atención psicológica de la mano con el control médico de rutina que se realiza cada dos meses para el seguimiento según el caso.
- La creación de talleres terapéuticos multidisciplinarios que acompañen al paciente; familiares en todo el proceso de la enfermedad

Segunda: preparar un marco legal para programas sociales donde se establezcan beneficios tales como económicos mayor cobertura en salud educación, una pensión adecuada, centros de atención medica psicológica a bajo costo. Con dichos beneficios los pacientes con enfermedades crónicas terminales como la IRC se sentirán que son apoyados y entendidos en su lucha por continuar con su estilo de vida a raíz de la enfermedad brindándoles una mayor calidad de vida.

Tercera: La promoción de la salud está ligada íntimamente a la salud e involucra sustancialmente a la vida cotidiana, esto es: la vida personal, familiar, laboral y comunitaria de la gente.



PROPUESTA DE INTERVENCIÓN:

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN“FORTALECIENDO LA AUTOESTIMA PARA MEJORAR LA SALUD MENTAL EN LOS PACIENTES CON IRC CON TRATAMIENTO AMBULATORIO DEL HOSPITAL ESSALUD AREQUIPA“

I. INTRODUCCION:

Es de vital importancia la atención psicológica en pacientes con alguna enfermedad crónica que modifica su estilo de vida repercutiendo en la calidad de vida no solo del paciente sino también del entorno familiar deteriorado su salud mental del que la padece y de su entorno familiar siendo esta última quien busca la manera de afrontar las diversas necesidades que surgen a partir del diagnóstico que recibe el paciente, durante y después de que llegue el final del enfermo. Luego entonces, resulta necesario para la planeación de las intervenciones multidisciplinaria acorde a las necesidades del paciente ;es de vital importancia la atención psicológica en el proceso de la enfermedad ;conocer cuáles son las necesidades que el paciente presenta lo que ;la familia requiere en ese momento a partir de ese momento los que se propician a partir de que hay una alteración en la vida cotidiana a la que se está acostumbrado a llevar, éstos pueden ir desde la economía familiar hasta generar algunos trastornos psicológicos o frustraciones en los pacientes como en sus familiares.

Lo que se pretende es intervenir en el paciente y fortalecer la dinámica familiar para que ésta maximice y/o conserve una salud integral, de tal manera que beneficie tanto al paciente como a todos los miembros de ésta y estén preparados para afrontar el curso o en su caso el final que desencadene esta enfermedad.

II. OBJETIVOS GENERALES:

- Brindar una atención integral al paciente portador de este problema médico y su familia, para garantizar una adecuada atención multidisciplinaria
- Atender a la posible sintomatología de la esfera psíquica: procesos cognitivos y reacciones emocionales presentes en estos pacientes

III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Orientar a la familia en el manejo más adecuado y apoyo emocional del paciente crónico.
- Orientar al paciente y a la familia en que va a consistir el proceso de tratamiento desde el diagnóstico; diálisis hasta el trasplante del paciente
- Evaluar la presencia de estilos de afrontamiento que obstruyan o faciliten la adaptación y ajuste a la enfermedad.
- Ayudar a la aceptación de la enfermedad
- Enseñar al paciente a vivir con su enfermedad y a mejorar su calidad de vida, contribuir a la educación de pacientes en el automanejo de su enfermedad.
- Enseñar al paciente crónico a manejar su responsabilidad en el control de la enfermedad, promover cambios en el estilo de vida, hábitos tóxicos
- Desarrollar un proyecto de vida a partir de la enfermedad diagnosticada
- Desarrollar su autoestima personal de los pacientes
- Fortalecimiento de las relaciones familiares

IV. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

a. Entrevista inicial exploratoria

Se exploran aspectos esenciales, motivo de consulta, demandas específicas del paciente en relación a su enfermedad actual o a síntomas de la esfera psíquica derivados de esta

- Identificar síntomas afectivos, en cuanto a presencia e intensidad.
- Evaluar recursos para su afrontamiento.
- Esfera conativa
- Evaluar cooperación con la entrevista, vestuario, hábitos de higiene personal y trastornos del sueño y de los hábitos.
- Evaluación de la personalidad pre mórbida: (rasgos de personalidad, nivel general de susceptibilidad, reacción emocional ante la ausencia de salud.

- Evaluación de la descompensación actual de la personalidad: (nivel general de susceptibilidad, reacción emocional ante la ausencia de salud, nivel de funcionamiento psíquico)
- Revisión psicosocial de sus problemas actuales: (familiares, amorosas, laborales, económicas, matrimoniales de vivienda, sentimentales, etc.) y grado en que se siente afectado el paciente.
- Conocimiento y percepción de la enfermedad: (característica de la enfermedad si es aguda, crónica, el tipo de tratamiento, percepción de la enfermedad (si es adecuada, de sobreestimación, de subestimación), y pronóstico de la enfermedad)
- Emitir al final de la entrevista, la primera impresión diagnóstica, así como los planes diagnósticos y terapéuticos, con sus principales objetivos, señalar los instrumentos de evaluación psicológica necesarios.

Explorar las diferentes áreas: (profundizar de forma particular según lo requiera cada caso).

- **Familiar:** núcleo familiar convivencia actual, personas que la comparte y relaciones entre ellos, figuras de apoyo, atmósfera afectiva del hogar.
- **Laboral:** trabajo actual, estabilidad laboral, perspectivas futuras, relaciones con sus compañeros
- **Social:** relaciones sociales, creencias religiosas, Intereses culturales y recreativos, empleo del tiempo libre, etc.
- **Relaciones sexuales y de pareja:** características de la relación actual de pareja, estabilidad amorosa.

V. ACCIONES TERAPÉUTICAS:

Seleccionar los procedimientos terapéuticos a emplear en cada caso de forma personalizada e individual según sus necesidades.

Las posibles técnicas a utilizar son:

- Orientación psicológica individual, grupal y/o familiar
- Psicoterapia individual, grupal y/o familiar: (psicoterapia de apoyo,
- Psicoterapia racional o persuasiva, psicoterapia sugestiva)
- Seguimiento de caso
- Coordinación multidisciplinaria según el caso lo requiera

VI.- TÉCNICAS A UTILIZAR

- **TERAPIA RACIONAL EMOTIVA :**

El modelo básico de encuadre psicopatológico y clínico se sirve del modelo A-B-C. Tras un acontecimiento activador, suceso o situación (llamado momento A), se da lugar al desarrollo de un sistema de creencias (B, por "Beliefs", creencias en Inglés), a partir de las cuales el sujeto desarrolla emociones, pensamientos y acciones consecuencia. Las perturbaciones emocionales pueden ser causadas por creencias, valoraciones y demandas inflexibles (exigencias absolutistas) llamadas *creencias irracionales* que derivaran en emociones y conductas disfuncionales o desadaptativas.

□

- **Técnica De sensibilización Sistemática**

Con la de sensibilización sistemática una persona puede aprender a enfrentarse a objetos y a situaciones que le son particularmente amenazadoras, exponiéndose de forma real o imaginaria a los estímulos que producen una respuesta ansiógena. Se trata de aprender a relajarse mientras se imaginan escenas que, progresivamente, van provocando mayor ansiedad. "La repetida presentación del estímulo hace que éste pierda progresivamente su capacidad de evocar ansiedad y en consecuencia malestar físico, emocional o cognitivo" La técnica es muy efectiva para combatir fobias clásicas, miedos crónicos, algunas reacciones de ansiedad interpersonal

- **Otras Técnicas**

- a. **Técnicas De Relajación**

La relajación no sólo es una de las técnicas más utilizadas en intervención psicológica, sino que incluso podemos aseverar que forma parte del acervo cultural propio de la Historia de la Humanidad. Y es que, de alguna manera, el hombre ha utilizado estrategias naturales de afrontamiento a las situaciones estresantes.

b. Abrazo Terapia

Abrazo: Acción y efecto de abrazar o abrazarse, ceñir o estrechar entre los brazos (definición del diccionario de la real academia) Se emplea para aliviar el dolor, la depresión y la ansiedad, **Acrecienta** la voluntad de vivir en enfermos terminales

c. Risa terapia

Los talleres de Riso terapia son participativos. Mediante procedimientos de cohesión grupal, juegos, música y baile se trata de sacar la risa de tu niño interior, convertirnos en niños por un rato y dejar aflorar la risa más genuina

d. Toma De Decisiones

ES el proceso mediante el cual se realiza una elección entre las opciones o formas para resolver diferentes situaciones de la vida en diferentes contextos: a nivel laboral, familiar, sentimental, empresarial La toma de decisiones .

e. Charlas Educativas :

Se realizara charlas educativas con la finalidad de informar más a los pacientes acerca de la enfermedad y sus modos de afrontamiento procesos y alternativas de tratamiento .a su vez se fortalecerá la importancia del autoconocimiento de la enfermedad y la práctica de estilos de vida saludable.

VII. TALLERES A DESARROLLAR :

a.- TALLER DE AUTOESTIMA:

a) OBJETIVO GENERAL

Fortalecer la autoestima en los pacientes con IRC con tratamiento ambulatorio del hospital Es salud Arequipa 2013

Taller 1 Tema: Conocimiento de uno mismo: "Mis características"

1. Presentación de los talleres

- Presentación de la psicóloga y los participantes (la dinámica de presentación)
- Introducción acerca de las implicancias del conocerse uno mismo a partir de una dolencia física emocional o enfermedad crónica
- Dinámica de grupo: El espejo :
- Materiales:
- Una caja pequeña
- Un espejo dentro de la caja
- Actividades imaginar el contenido de la caja.

Escuchar: En esta caja que tengo en mis manos, tengo algo muy hermoso, es algo único en el mundo, lleno de cualidades, como bueno, simpático y muchas otras cosas que serían interminables si las quisiera enumerar. Volver a imaginar el contenido de la caja. Cada persona mira el contenido de la caja en forma silenciosa.

Reflexionar sobre las siguientes preguntas: ¿Alguno adivinó o imaginó que podía encontrarse con su rostro? ¿Qué sintieron cuando vieron su cara en el interior de la caja?

- REFLEXIÓN FINAL: El demostrarle al niño lo valioso que es, contribuye en el mejoramiento de su auto concepto. Esta técnica se constituye en un medio significativo de demostrarle su condición de ser único e irremplazable, para que pueda valorarse tal como es, en su integridad de persona

2. Trabajo individual y grupal

Se distribuyen tarjetas que tienen escritas preguntas relacionadas con los cambios que viven los adolescentes. Preguntas sugeridas: ¿Cómo describiría mi forma de actuar?, ¿qué cosas valoro de mí?, ¿qué cosas les gustan a los otros de mí?, ¿en qué creo que debería cambiar?, ¿qué

tendría que cambiar según lo que me dicen mis compañeros que debería cambiar?

3. Puesta en común

- Cada grupo presenta sus dibujos y los explica en función de sus características.
- Se realiza una reflexión general rescatando los elementos comunes, las problemáticas y aspectos positivos que aparecen. En cuanto a las sugerencias de cambio es importante ser contenedor y aportar alternativas.
- Se dispone de un espacio para preguntas.

4. Cierre y conclusiones

- Se realiza una ronda de opiniones para evaluar la jornada y se propone una actividad para realizar antes del próximo taller, que pueda ser incorporada al mismo y funcionar como nexo temático.

TALLER 2: TEMA:

LA AUTOESTIMA. ASPECTOS ACEPTADOS Y RECHAZADOS DE "LA PERSONALIDAD"

1. Presentación

- Presentación de las características del taller y la temática a desarrollar.
- Dinámica: Aceptando nuestras debilidades
Materiales:
Hojas de papel y lápiz para cada participante
Duración: 35 Minutos
Participantes: grupo y clase, a partir de 14 años.
Desarrollo:
 - El instructor expondrá al grupo lo siguiente: " Todos tenemos debilidades y limitaciones. Si el yo ideal está muy lejos del yo real, esta distancia provocará una autoestima baja, frustración y desilusión.
 - Si la persona pudiera darse cuenta que el ser humano es imperfecto, y aceptará sus debilidades, sabiendo que se está

haciendo lo mejor que se puede por ahora, su autoestima mejoraría notablemente.

- Este ejercicio está diseñado para ayudarle a ver algunos de sus fallos, que no lo hacen menos valioso sino que gracias a ellos es como buscará cómo superarlos. Por ello la frase: "En tu debilidad está tu fuerza".
- El instructor pedirá que cada participante escriba tres o cuatro cosas que más le molestan de sí mismo, sus más grandes fallas o debilidades, lo que no le gusta de sí mismo, pero que sin embargo admite como cierto.
- Cada participante escogerá un compañero y hablará sobre lo que escribió, tratando de no tener una actitud defensiva.
- Sentados en el suelo en círculo cada participante dirá su debilidad más importante, empezando con "yo soy " Ejemplo: "yo soy muy agresivo", "yo soy floja.
- Que cada persona diga cómo puede transformar esa debilidad en logro, ya que si la menciona es que le afecta.
- El instructor sugerirá que se atrevan a llevarlo a cabo, ya que sólo así se irán dando cuenta de la fuerza de su yo profundo.
- El instructor guía un proceso para que el grupo analice, cómo se puede aplicar lo aprendido en su vida.

2. Trabajo individual y grupal

- Se propone un momento de reflexión individual -que se volcará por escrito- sobre qué aspectos le agradan a cada uno de sí mismo y cuáles les gustaría modificar. Entregar guía orientadora. Estas reflexiones pueden ser compartidas con un compañero que haga un feedback de lo que cada uno ha estado pensando.

3. Puesta en común

- Presentación de los aspectos comunes que surgieron en los diferentes grupos.

- A partir de lo dialogado, el coordinador realizará una síntesis. Antes de la finalización de la actividad, el coordinador realizará preguntas en torno al clima de trabajo en los grupos, el proceso de reflexión personal y la apertura para compartir las conclusiones con sus compañeros.
- Si surgieran dificultades en los grupos, trabajarlas.

4. Consigna para el próximo taller

- Se realiza una ronda de opiniones para evaluar la jornada y se propone una actividad para realizar antes del próximo taller.

TALLER 4 CONSEJOS PARA MEJORAR TU AUTOESTIMA

1. Presentación

- Presentación de las características del taller y la temática a desarrollar.

2. Trabajo individual y grupal

Se propone un momento de reflexión individual que se volcará en los que se pasara videos de personas que han salido a adelante pese a las circunstancias adversas (video Tony Meléndez)

1. Decide qué quieres cambiar, y acepta que puedes hacerlo. El cambio comienza en el momento que tú decides. Los cambios pueden no llegar tan rápido como quieres, pero con paciencia y persistencia, llegarán
2. Escribe un diario. Escribe cada vez que alguien te felicita o halaga por algo que hayas hecho y que te hace sentir orgulloso. Cuando te sientas triste o inútil, lee tu diario y te ayudará a recordar que hay muchas cosas que puedes hacer bien.
3. Decide qué partes de tu personalidad son positivas y cuáles necesitan mejorar. Trabaja para mejorarlas, pero no olvides ejercitar las que ya están desarrolladas.
4. Haz un balance de tu vida y nota tus logros. Escribe todo lo que recuerdas, los logros grandes y los pequeños. Verás que hay más de los que pensabas.

5. Presta atención a tu voz interior. Todos tenemos una voz interior. Escucha a ver si la tuya dice que eres un éxito o un fracaso. Escribe algo positivo acerca de ti mismo. Cada vez que tu voz interior dice que eres un fracaso, lee lo que escribiste. De a poco esa voz interior irá cambiando.
6. Muchas veces las personas con baja autoestima no creen que merecen cuidados. Comienza a cuidarte mejor. Aun cuando estés solo, cocina una buena comida, malcríate, haz lo que te gusta. Cuanto mejor te cuides, más creerás que mereces ser cuidado.
7. Premia tus logros. Siente orgullo por lo que haces y permite cuando haces algo bien.
8. Aprende de tu pasado. Nota lo que has aprendido de tus errores. Aprende una lección de cada uno de ellos.
9. Olvida la palabra "fracaso", remplázala por "contratiempo".
10. Aprende a perdonarte. Perdona todos tus errores pasados y comienza una nueva vida en ese momento.
11. Pide a tus amigos y familiares que digan una cosa que les gusta de ti. Sólo una cosa. Anota lo que dicen. Esto te ayudará a verte a ti mismo a través de los ojos de los demás.

TALLER DE RESILIENCIA

1. Objetivo específico

- Coadyuvar al desarrollo de la resiliencia en los pacientes con IRC con tratamiento ambulatorio del hospital Es salud Arequipa 2013

2. OBJETIVO GENERAL

- Vivan una experiencia de buenos tratos, a nivel individual y colectivo.
- Participen en una dinámica de apoyo mutuo y de sostén afectivo.
- Dinámica :

3. Unidades a tratar:

- 1.- Sentimientos
- 2.- Identidad
- 3.- Autoestima

- 4.- Destrezas comunicativas
- 5.- Trabajo en grupo

4. DESCRIPCIÓN DE LAS UNIDADES

UNIDAD 1: SENTIMIENTOS

Cuando un paciente vive una situación difícil en su vida, y sobre todo si éstas no son pasajeras, a menudo presentan dificultades para expresar y modular sus sentimientos. La idea es poder ayudar a usar palabras para expresar sentimientos y emociones. Para ello, deben antes entenderlas, reconocerlas y detectarlas en ellos y en los demás.

Se comienza a trabajar con las emociones básicas: tristeza, rabia, felicidad y miedo. Luego se progresa a otros registros emocionales más complejos tales como frustración, nervios, desagrado, soledad y vergüenza. Los pacientes son ayudados para reconocer sus propios sentimientos chequeando sus cuerpos, sus caras, sus expresiones y sensaciones en otras partes del cuerpo (nudo en la garganta, mariposas en el estómago) en ellos mismos.

Una vez reconocidas e identificadas las emociones usando las palabras para definir las, se pasa a asociarlas a experiencias presentes y pasadas.

La tarea siguiente es ayudarles a desarrollar destrezas de “detectives” para buscar pistas en las expresiones, conductas, tono de voz, etc., de las diversas emociones en otras personas. El hecho de aprender a reconocer emociones en ellos mismos y en los demás van aprendiendo a desarrollar la empatía, la toma de perspectiva y la regulación emocional.

Posteriormente, los pacientes deberán aprender estrategias para cambiar sentimientos negativos (como estar enfadado, frustrado y triste) en sentimientos más positivos. Calme y les lleve otra vez a un estado de reposo y tranquilidad. Esta respuesta o control externo es lo que permite desarrollar paso a paso un control interno, una modulación de los impulsos y deseos y una regulación de sus emociones. Por tanto, uno de los objetivos de esta unidad es que los pacientes puedan aprender a diferenciar entre sentir y actuar sus emociones, así como a discernir modos adecuados e inadecuados de expresar la rabia.}

UNIDAD 2: IDENTIDAD

Este tema lleva a que los pacientes se reconozcan como únicos, semejantes con sus pares en algunas cosas y muy diferentes en otras. La diferencia muchas veces tiene connotación negativa, sobre todo cuando los niños se perciben diferentes que la mayoría de sus pares, como causa del padecimiento de una enfermedad crónica y por muchos problemas socialmente visibles. El auto-conocimiento permite fortalecernos y aprender también de nuestras debilidades.

UNIDAD 3: AUTOESTIMA

Los pacientes con experiencias positivas, buenos tiempos familiares y quienes graban en sus memorias emocionales estos buenos recuerdos, van conformando su representación sobre sí mismos como seres queribles y no sólo queridos, con capacidades y habilidades, inteligentes, listos, guapos, etc. porque la autoestima se construye en el día a día en la interacción con ese entorno familiar cargado de una sana afectividad. Esta unidad está durante todo el taller trabajándose indirectamente, puesto que ofrecer una experiencia grupal donde cada paciente es escuchado, apreciado y respetado tiene un valor potencial enorme. Sin embargo, se contempla trabajar más directamente sobre ello a través de varias actividades que fortalecerán la autoestima de los pacientes.

UNIDAD 4: DESTREZAS COMUNICATIVAS

La importancia de trabajar en esta unidad se justifica por hecho de que los pacientes que han sufrido directa o indirectamente las consecuencias de una enfermedad crónica presentan grandes dificultades de compartir su mundo interior, sus pensamientos y sentimientos. La respuesta conseguida frente a su demanda o expresión de sus emociones seguramente no siempre fue asertiva, sensata y con sensibilidad.

UNIDAD 5: TRABAJANDO EN GRUPO

Una actividad en grupo puede cubrir una variedad de aspectos y conducir a varios objetivos diferentes al mismo tiempo. Puede desarrollar destrezas

sociales, cohesión de grupo, confianza, sentido de pertenencia y aceptación de cada persona, todos aspectos interesantes de la residencia.

5. Técnicas y herramientas terapéuticas:

- Utilización de videos o películas*
- Material artístico: plastilina, colores, pintura digital, material desechable, papel de colores y de revistas para hacer collage, globos, etc.
- Rol playing*
- Imaginería visual
- Diversos juegos terapéuticos estructurados
- Conversación
- Ejercicios escritos

Todo este tratamiento estará sujeto a la evaluación del paciente y evolución del mismo. Decidido por el equipo multidisciplinario, se aplicaran intervenciones psicológicas más específicas.

6. PASOS A SEGUIR :

- Terapia individual
 - Terapia familiar
 - Inserción a un grupo de ayuda
- a) Modalidad grupal**
- Diseñar intervenciones breves de orientación y educación utilizando técnicas grupales como: ronda de los miedos, técnicas de roll playing y técnicas participativas.
- b) Atención a la familia**
- Orientar manejo del paciente, enfatizar en la responsabilidad de estos con su autocontrol.
 - Enseñar a manejar estados emocionales y otras manipulaciones afectivas y demandas del paciente crónico.
 - Satisfacer las necesidades del familiar e información sobre su caso

7. RECURSOS :

MATERIALES

- 01 Consultorio
- 01 Un salón amplio para talleres
- Sillas
- Escritorio
- 01 Camilla
- 01 Radio
- Materiales de escritorio

RECURSOS HUMANOS

- 04 psicólogos
- Médicos
- Enfermeras
- Nutricionistas

VIII. EVALUACIÓN:

Seguimiento a los pacientes hospitalizados y consultas externas a los pacientes que reciben tratamientos ambulatorios la coordinación con el equipo multidisciplinario para la realización del taller campañas preventivas promocionales para proveer la incidencia de la evaluación se dará abiertamente en cada taller.

IX. CRONOGRAMA DE TRABAJO:

Actividades	Diciembre 2012	Enero 2013	Febrero 2013	Marzo 2013	Abril 2013	Mayo 2013
Elaboración del proyecto	x					
Desarrollo del proyecto		x				
Recolección de datos			x	x	x	x
• Sistematización						
• Evaluación de los resultados					x	x
• Sugerencias						x
• Elaboración del informe						x



X.-BIBLIOGRAFÍA:

- ❖ FERERA Valentín; PAREDES Rosman **Medicina interna 1ra Ed** Mosby Doyma 1995
- ❖ BRAKER BURTON zieve **Principios de la medicina ambulatoria familiar** 1995
- ❖ AVENDAÑO Luis **Nefrología clínica** 1ra Ed Barcelona 1997
- ❖ LLUNCH mariano **Revista de salud mental evaluación de un modo conceptual** 2002.
- ❖ NANDA andersen **Revista intervención en crisis en pacientes con insuficiencia renal crónica** 1998.
- ❖ KASISKE BL. 2001.
- ❖ SINGER, gritsch. **The transplant operation and its surgical complications., editor. Handbook of kidney transplantation.** 2005
- ❖ MARTÍN DE FRANCISCO **Insuficiencia alternativas terapéuticas** 2005
- ❖ En: Arias Campisto; Morales José **Manual de trasplante renal** 1ra Ed 2005.
- ❖ SCHWEINEBERG García; D'ACHIARDI. Delgado **Insuficiencia renal intervención en crisis** 1ra Ed. Bogotá 2000
- ❖ D'ACHIARDI Enroso. **Guías de práctica clínica: nefrología.** Primera edición. Bogotá 2000
- ❖ THADHANI , Pascual **Evaluación psicológica a pacientes con enfermedades terminales** (1996)
- ❖ KJELLSTRAND madrenas; SOLEZ Katy. **Pronóstico y tratamiento de la insuficiencia renal agudaneфроlogía.** 1992.
- ❖ PÁEZ Jofré; AZPIROZ Bortoli **Ansiedad y Depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis** 2005.

PAGINAS DE INTERNET

- <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/INsuficienciaRenal.pdf>
- <http://masvida.cl/portada/doc/ges/1.pdf>
- <http://essalud.gob.pe/downloads/empresarial/salud/boltecnol20.pdf>
- http://www.segg.es/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2062_III.pdf
- http://med.unne.edu.ar/catedras/farmacologia/temas_farma/volumen5/11_ri.ni
- <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v14n1/v14n1e.pdf>
- <http://www.hespanol.com.ar/upload/RESUMEN-FUNCION-RENAL.pdf>
- <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=50780304>
- <http://diariododialisis.files.wordpress.com/2009/05/calidad-de-vida-en-pacientes-en-hemodialisis-resumen-1.pdf>
- <http://www.dialisisguayaquil.com/espanol/articulos/calidad-vida-paciente-hemodialisis.htm>
- <Http://Bibliotecavirtual.Dgb.Umich.Mx:8083/Jspui/Bitstream/123456789/3016/1/Calidaddevidaenpacientesconinsuficienciarenalcronicasecundariaadiabetesmellitus>

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN SALUD MENTAL DEL NIÑO ADOLECENTE Y DE LA FAMILIA



REPERCUSION DE LA SALUD MENTAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL CON TRATAMIENTO AMBULATORIO DEL HOSPITAL ESSALUD AREQUIPA 2013

Tesis presentado por la Bachiller:

DANNYS MILAGROS MORALES CHURA

Para optar el grado académico de:

**MAGISTER EN SALUD MENTAL DEL NIÑO
ADOLECENTE Y DE LA FAMILIA**

AREQUIPA -PERU

2013

I. PREÁMBULO:

El análisis y la evaluación siempre nos aportan elementos para revisar ajustar y modificar reestructurar todo tipo de actividad pero especialmente promover la promoción y prevención de la salud Mental

Es por ello que el presente estudio adquiere importancia y su ejecución nos llena de emoción por la idea de contribuir en algo a identificar dificultades y fortalezas que permitan mejorar la Salud Mental y elevar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal con tratamiento ambulatorio de los diversos hospitales del país

Las familias que tiene un familiar con insuficiencia renal crónica afrontan una crisis emocional; económica y social desde el primer momento de la sospecha y posterior a la confirmación del diagnóstico

Las familias y los pacientes que tienen un hijo o familiar cercano con IRC constituyen una población en riesgo; lo que no necesariamente significa que presentaran trastornos psíquicos sino que existe la probabilidad de que estos puedan aparecer.

La experiencia nos muestra que las familias que pese a tener in miembro con insuficiencia renal crónica terminal son más vulnerables; y deben de encontrar las capacidades estrategias recursos propios o de sus medios frente a las exigencias que demanda la situación

Los pacientes con insuficiencia renal crónica necesitan de una adecuada atención multidisciplinaria pero sobre todo necesitan mayor acompañamiento psicológico que ayude a afrontar la enfermedad desde su inicio y a partir de ella elaborar un proyecto de vida que mejore su salud mental y calidad de vida .

Lo que se pretende es que a partir de este trabajo es demostrar como la salud mental repercute en la calidad de vida de los pacientes con alguna enfermedad crónica terminal y a partir de ello; concientizar la creación de programas de intervención psicológica destinadas a mejorar la Salud Mental de dichos pacientes y por ende su calidad de vida .

1. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1.1.PROBLEMA:

REPERCUSIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL CON TRATAMIENTO AMBULATORIO DEL HOSPITAL ESSALUD AREQUIPA 2013.

1.2 Descripción Del Problema:

1.2.1 campo área y línea de acción:

- Campo : Clínica.
- Área : Salud mental.
- Línea : Salud Mental.

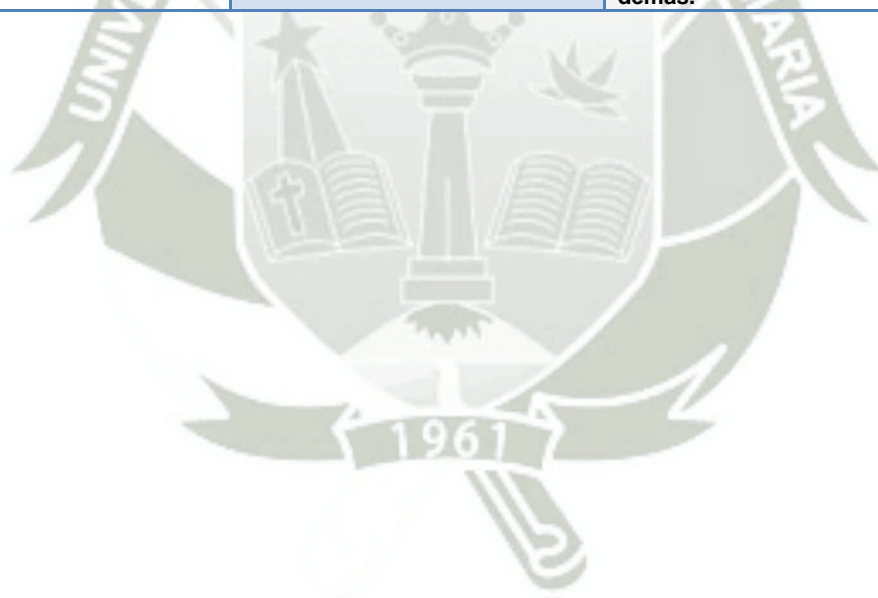
1.2.2 Análisis De La Variable

El estudio consta de dos variables:

a) *Variable Independiente:*

VARIABLE	INDICADORES	SUB INDICADORES
SALUD MENTAL: la OMS: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades		
	Factor 1: Satisfacción Personal :	Puntaje: alto: indica que la persona se sentirse satisfecho con la vida y buen nivel de optimismo. Puntaje bajo insatisfacción con la vida y poco Optimismo
	Factor 2 : Actitud Pro Social	Puntaje alto Es la predisposición de ayudar a los demás y aceptar la ayuda a pesar de las diferencias Puntaje bajo : dificultad para prestar ayuda a los demás

	Factor 3 : Autocontrol	<p>Puntaje Alto capacidad de afrontar el estrés y las situaciones conflictivas guardando un equilibrio sobre sus emociones lo cual le permite afrontar mejor los conflictos</p> <p>Puntaje bajo :dificultad para afrontar el estrés y situaciones conflictivas</p>
	Factor 4 : Autonomía	<p>Puntaje alto : capacidad de tener juicios personales enfatizando en la interdependencia y control de conducta y confianza de la capacidad personal</p>
	Factor 5: Resolución De Problemas Y Auto actualización	<p>Puntaje Alto : capacidad de análisis ante situaciones difíciles que se presentan en la autorrealización de la vida abarcando la destreza para tomar decisiones y aceptar las situaciones de cambio</p> <p>Puntaje bajo :dificultad para analizar situaciones difíciles y adaptarse al cambio</p>
	Factor 6 : Habilidades De Relación Interpersonal Con Siete Ítems	<p>Puntaje Alto :Implica la habilidad para entender los sentimientos de los demás</p> <p>Puntaje Bajo dificultad para entender los sentimientos de los demás.</p>



VARIABLE	INDICADORES	SUB INDICADORES
<p>CALIDAD DE VIDA : Según la OMS, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.</p>		
	<p>Función física:</p>	<p>Puntaje bajo :10 como puntaje bajo Puntaje Alto: 30 como máximo puntaje. Evalúa el grado en que la salud limitas actividades físicas</p>
	<p>Rol físico</p>	<p>Puntaje Bajo; Con un rango de 4 puntos como puntaje más bajo. Puntaje Alto 8 puntos como puntaje máximo Evalúa como la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, generando un rendimiento menor que el desead</p>
	<p>Dolor corporal</p>	<p>Puntaje bajo :Con un rango de 2 puntos como puntaje mínimo Puntaje Alto :10 como máximo Evalúa El grado de intensidad del dolor y su efecto</p>
	<p>Salud general:</p>	<p>Puntaje bajo: Con un rango de 5 puntos. Puntaje Alto : 25 como máximo Evalúa Es una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar</p>

	Función Social:	Puntaje bajo 2 puntos. Puntaje Alto 10 puntos Evalúa el grado en que los problemas de salud interfieren en la vida social
	Rol Emocional:	Puntaje bajo: 3 puntajes. Puntaje Alto 6 puntos Evalúa el grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades.
	Salud Mental:	Puntaje Bajo : 5 puntos Puntaje Alto 25. Incluye depresión, ansiedad, control de la conducta



1.2.3 Interrogantes Básicas:

1. ¿Cómo es la salud mental los pacientes con diagnóstico de IRC con tratamiento ambulatorio del hospital ESSALUD Arequipa 2013?
2. ¿Cómo es la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de IRC con tratamiento ambulatorio del hospital ESSALUD Arequipa 2013?
3. ¿cómo repercute la salud mental en la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de IRC con tratamiento ambulatorio del hospital ESSALUD Arequipa 2013?

1.3 JUSTIFICACIÓN:

El presente estudio está dirigido a establecer como la salud mental de los pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica con tratamiento ambulatorio del hospital ES SALUD Arequipa afecta su calidad de vida.

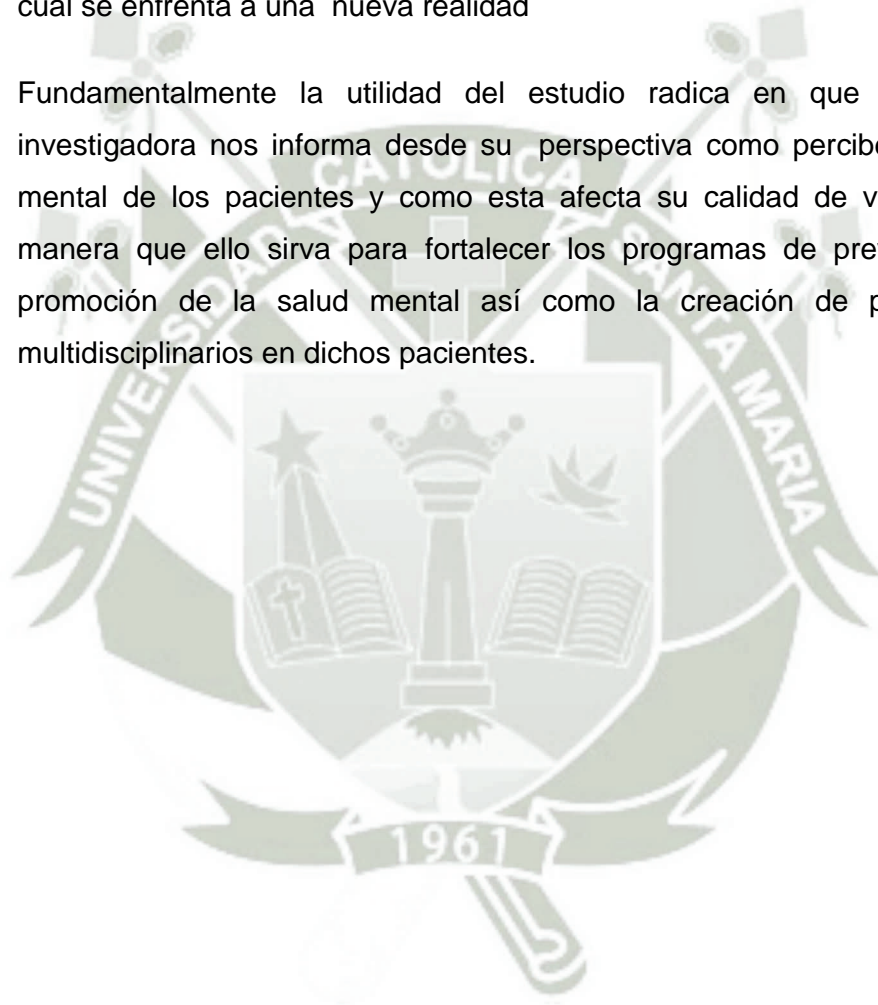
No se ha encontrado estudios similares en nuestra localidad lo que hace de nuestro trabajo original

Posee relevancia práctica y social ya que contribuirá a la creación de programas de intervención psicológica por cada grupo etario contribuyendo a mejorar la salud mental de los pacientes con IRC que con frecuencia se encuentran discriminados por la sociedad En nuestro país, si consideramos que solo el 22 % de la población peruana está adscrita a la seguridad social

Es salud antes IPSS, es decir aproximadamente 6 millones de peruanos tienen la cobertura de una eventual terapia de diálisis en el caso de padecer de Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) , las tasas verdaderas de insuficiencia renal crónica terminal estarían sub valoradas. El número de pacientes en diálisis actualmente es de aproximadamente 2,793 pacientes (1998) primordialmente dependientes de Es salud y el 1 % aproximadamente es cubierto por la sanidad y privados, determina la alta mortalidad en este grupo; la realidad es que la cifra restante 9,000 pacientes han fallecido producto de las complicaciones de la enfermedad.

Considero que el poder evaluar la salud mental del paciente con IRC es permite: conocer el impacto de la enfermedad y/o del tratamiento; conocer mejor al enfermo, su evolución y su adaptación a la enfermedad; conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos; ampliar los conocimientos sobre el desarrollo de la enfermedad; es por ello que los pacientes con IRC necesitan la intervención multidisciplinaria para poder afrontar dicho proceso; ya que una enfermedad crónica es irreversible y modifica los estilos de vida cambiando la calidad de vida del paciente el cual se enfrenta a una nueva realidad

Fundamentalmente la utilidad del estudio radica en que la propia investigadora nos informa desde su perspectiva como percibe la salud mental de los pacientes y como esta afecta su calidad de vida de tal manera que ello sirva para fortalecer los programas de prevención y promoción de la salud mental así como la creación de programas multidisciplinarios en dichos pacientes.



2. MARCO TEÓRICO

2.1 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

1. CALIDAD DE VIDA:

Según la OMS, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

2. Salud Mental:

La OMS: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades

3. Paciente Con Insuficiencia Renal Crónica Terminal:

Es aquella persona que ha perdido el 85% del funcionamiento renal, lo que en términos clínicos equivale a decir que los niveles de aclaramiento de la creatinina están por debajo de los 30 ml/mm (Durán y Sellarés, 2000)

4. Insuficiencia Renal

Se entiende por Insuficiencia Renal Crónica a la pérdida progresiva irreversible de la función renal. Se inicia con el deterioro progresivo del volumen de filtrado glomerular por el reclutamiento de nefronas dañadas, al que se agregan los trastornos tubulares de homeostasis y finalmente la falla de las funciones hormonales del órgano.

5. Diálisis:

La diálisis es un proceso por medio del cual se produce un filtrado artificial de la sangre; en éste, se retiran los elementos tóxicos del torrente sanguíneo cuando los riñones han perdido su capacidad.

6. Hemodiálisis:

La hemodiálisis es un procedimiento de sustitución renal extracorpóreo, consiste en extraer la sangre del organismo y pasarla a un dializador de doble compartimiento, uno por el cual pasa la sangre y otro el líquido de diálisis, separados por una membrana semipermeable; método por el cual se elimina de la sangre residuos como potasio y urea, así como agua en exceso cuando los riñones son incapaces

7. TRASPLANTE RENAL ,

El trasplante consiste en la sustitución de un órgano o tejido deteriorado por otro que funciona correctamente. Es un tratamiento que sirve para mejorar las condiciones y la calidad de vida de determinados enfermos y, para otro, constituye la única esperanza para curar su enfermedad y, por lo tanto, para conservar la vida con un nivel de calidad aceptable. (Agrupación de insuficiencia renal crónica A.I.R.C

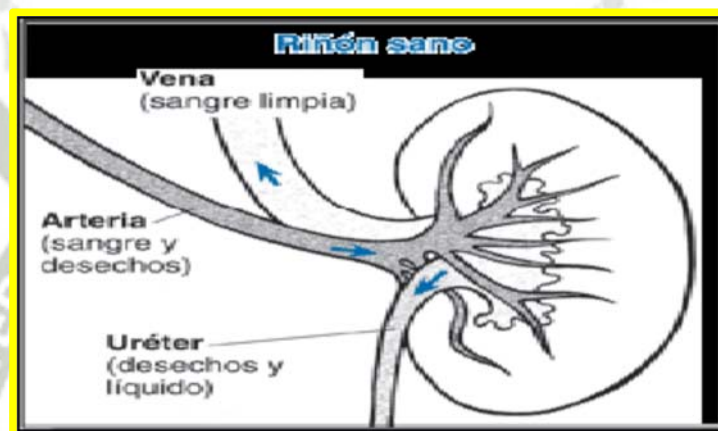
2.2 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:

Los riñones son aquellos órganos que se ubican uno a cada lado de la espina dorsal, a la altura de la tercera vértebra lumbar, pesando aproximadamente 150 g. cada uno y midiendo 11 a 12 cm. de largo, 5 a 7.5 cm. de ancho y 2.5 cm. de grosor. Por otra parte, los riñones se hayan compuestos por unidades funcionales llamadas nefronas, las que a su vez están constituidas por pequeños vasos sanguíneos o capilares denominados glomérulos y por un pequeño tubo colector de orina llamado túbulo. Dicha constitución le permite al riñón cumplir con dos funciones vitales e importantes para el organismo, a saber la regulación del balance químico de la sangre, conservándose el ambiente interno celular; y la eliminación de los productos de desecho metabólico, previniéndose la acumulación de niveles tóxicos. No obstante, los riñones también cumplen otras funciones no menos importantes como son regular la presión sanguínea y la producción de glóbulos rojos así como secretar las hormonas eritropoyetina, renina y la forma activa de la vitamina D. Por lo expuesto se deduce que cualquier

La insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) se deriva de la falla renal crónica que ocurre cuando la función de los riñones disminuye debido a la reducción, y consecuente pérdida, del número de nefronas funcionales. Dada la disminución irreversible y progresiva de las nefronas, los riñones pierden su capacidad de excretar los productos de desecho en la orina y de mantener el balance químico en la sangre, funciones vitales e indispensables para el organismo, por lo que es necesario que la persona diagnosticada con IRCT se suscriba a tratamientos de reemplazo del funcionamiento renal tan pronto se detecte dicha pérdida, ya que de ese modo se prolonga la vida y se evita la muerte (Peterson, 1995; Sarnak y Levey, 2000).

De acuerdo a Durán y Sellarés (1998) y Peterson (1995) las enfermedades del riñón de mayor incidencia que provocan la pérdida irreversible de las nefronas son nefropatía diabética, glomérulo nefritis, poliquistosis intersticiales, nefropatías vasculares y las enfermedades del riñón hereditarias. Por lo general, la falla renal crónica se presenta lenta y

paulatinamente, con signos y síntomas sutiles tales como dolores de cabeza frecuentes, aletargamiento generalizado, debilidad excesiva y picazón de todo el cuerpo (Peterson, 1995). Sin embargo, a medida que la falla del riñón se intensifica, es decir cuando su funcionamiento normal ha caído por debajo del 30%, es posible el desarrollo del síndrome urémico, el cual se caracteriza por encefalopatía urémica, neuropatía urémica, demencia, necrosis del tejido suave, pruritos, disturbios inmunológicos, anemia, hemorragias, miocardiopatía, miopatía y disfunción sexual, para finalmente llegar al coma urémico (Massry, 2000)



2.3 CALIDAD DE VIDA Y MEDICINA

En Medicina, el interés por la calidad de vida es relativamente reciente. Este interés fue estimulado por el desarrollo del éxito en la prolongación de la vida humana y por la creciente comprensión de que ello puede representar un arma de doble filo, ya que los pacientes quieren vivir, no sobrevivir. La calidad de la supervivencia de las personas es a veces cuestionable, por lo que los debates como la eutanasia, el mantenimiento artificial de la vida y la propia definición de la muerte, están adquiriendo cada vez mayor importancia. Lo que importa en el siglo XXI es como se siente el paciente, en lugar de como creen los médicos que debería sentirse en función de las medidas clínicas. Las respuestas sintomáticas o las tasas de supervivencia ya no son suficientes para determinar la calidad de vida de los pacientes, en particular, cuando éstos son tratados por condiciones crónicas. La terapia debe ser evaluada en términos de sí

es más o menos probable conseguir una vida digna de ser vivida, tanto en términos sociales y psicológicos como en términos físicos. Los avances en el campo de la investigación médica y terapéutica a partir de la Primera Guerra Mundial, permitieron, junto con otros factores, un cambio profundo en realidad de enfermar. Las enfermedades infecciosas dejaron de ser una amenaza para la vida humana, siendo las enfermedades crónicas las que comenzaron a ocupar un lugar considerable en los procesos patológicos del ser humano. Aún hoy, estas enfermedades no pueden ser eliminadas ni curadas, por lo que el tratamiento se dirige a lograr la mejoría funcional de los pacientes, mediante la reducción de los síntomas y/o el enlentecimiento de la progresión de la enfermedad.

Todo ello ocasionó un giro en la política sanitaria mundial, que manifestó un mayor interés por la salud que por la enfermedad, lo que culminó con la celebración de la Conferencia Internacional de Salud de Nueva York, en Julio de 1946, en la que se constituyó la OMS. En dicha conferencia se determinaron una serie de principios básicos para la felicidad, las relaciones armónicas y la seguridad de todos los individuos. El primero de ellos fue la definición de salud, entendida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad.

La preocupación por valorar las repercusiones que la enfermedad y su terapéutica producían en la vida de los pacientes, dio lugar en 1949 a la Escala de Incapacidad de Karnofsky, que evaluaba el impacto de la quimioterapia sobre la vida de los pacientes. Desde la oncología, la medida de la calidad de vida se extendió a otros campos como la cardiología, reumatología y más recientemente a la nefrología.

Baca, establece una cronología en cuanto al desarrollo de la calidad de vida y diferencia entre áreas clásicas y áreas en desarrollo:

- Áreas clásicas: oncología, enfermedades respiratorias crónicas, hematológicas, cirugía cardíaca y digestiva, hipertensión, nefropatías y patologías cerebro vasculares.
- Áreas en desarrollo: rehabilitación, dolor crónico, geriatría, demencia, depresión, insomnio y SIDA.

- Señala los grandes retos de la medida de la calidad de vida: pacientes agudos sin conciencia de enfermedad, la esquizofrenia y las manías.

Esta nueva corriente de calidad de vida fue apoyada y reforzada por la OMS, patrocinando una serie de estudios en los que se consideraban los siguientes aspectos:

- 1.- La calidad de vida puede expresarse en términos de disparidad entre la posición de un paciente y sus objetivos.
- 2.- El paciente debe definir, con o sin ayuda, sus objetivos, para permitir una estimación de la distancia a la que se encuentra de dichos objetivos.
- 3.- La relación entre enfermedad y calidad de vida no es lineal (no depende únicamente del estadio de la enfermedad).
- 4.- La medida de la calidad de vida está sujeta a las dificultades inherentes a medir emociones.

Una vez que se logró el reconocimiento y aceptación de la importancia de la calidad de vida, la comunidad científica se enfrentaba a un doble reto, por una parte, no existía una definición universal del concepto y por otra, no había consenso sobre la metodología y el instrumento adecuado para medirla.

El problema de la ausencia de una definición universalmente aceptada, aparece reflejado en los artículos de la década de los 80 y principios de los 90. Spitzer en 1987 aceptaba que no existía una definición de calidad de vida y que el término era indefinible de forma operativa.

El carácter multidimensional es el que más problemas conlleva: ¿Cuáles son los parámetros o áreas que participan en la vida de un sujeto? ¿Cuál es el peso de cada una de esas áreas en el producto final de la calidad de vida? Todavía no existe una respuesta clara para estas dos preguntas. En la Conferencia de Consenso sobre los componentes de calidad de vida en estudios clínicos, diversos autores desarrollaron un esquema conceptual en el que tenían en cuenta las siguientes dimensiones: física, cognitiva, afectiva, social y económica (modelo PCASE de calidad de vida, acrónimo en inglés). Posteriormente en 1992 Coons y Kaplan, señalan que las

dimensiones básicas son el estado y funcionamiento físico, el estado psicológico/emocional, el funcionamiento social y la sintomatología relacionada con la enfermedad y su tratamiento. El modelo PCASE fue revisado y ampliado por Bech, que incluyó una nueva dimensión, las funciones del ego, dando lugar al modelo PCASEE.

La OMS, desde 1994, intenta conseguir un consenso internacional tanto del concepto como de sus dimensiones y su evaluación. Define la calidad de vida como “la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.” Se trata de un concepto extenso que incorpora dimensiones relacionadas entre sí de forma compleja, como son la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y las creencias religiosas. Además, expresa que la calidad de vida no es equivalente a “estado de salud”, “estilo de vida”, “satisfacción con la vida”, “estado mental” o “bienestar”, sino que es un concepto multidimensional que incorpora la percepción del individuo sobre esos y otros aspectos de la vida.

2.3.1 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Cuando el concepto de calidad de vida, dentro de su multidimensionalidad, se toma desde el punto de vista de la salud, puede hablarse de dos factores:

- 1.- Él directamente relacionado con la salud, que constituye lo que se denomina "Calidad de vida relacionada con la Salud".
- 2.- Él no directamente relacionado con ella o factor no médico, constituido por la familia, la amistad, las creencias religiosas, el trabajo, los ingresos y otras circunstancias de la vida.

Estos dos factores se hallan relacionados, como determinan Orley y Kuyken, ya que la enfermedad y el deterioro no sólo afectan el área física, sino que también repercuten sobre el estado psicológico del individuo, su nivel de independencia y sus relaciones sociales. Los aspectos no médicos también pueden influir sobre la salud, como un entorno inadecuado, aunque esos factores se encuentren fuera del

objeto de la salud o la medicina. Igual que ocurre con el concepto de calidad de vida no existe aún, una definición operativa y universal de calidad de vida relacionada con la salud, por lo que a menudo, se utilizan términos como “salud”, “estado funcional” y “calidad de vida relacionada con la salud” como sinónimos y aunque son conceptos interrelacionados, no son sinónimos ni intercambiables.

La calidad de vida relacionada con la salud se refiere, a cómo el paciente percibe y reacciona frente a su estado de salud, a los aspectos de la vida que pueden ser atribuidos a la enfermedad y a su terapéutica, por tanto, a todos los aspectos de la vida de un individuo que están influidos por su salud. Es decir, puede ser definida como el efecto funcional de una enfermedad y su tratamiento en un paciente, tal y como es percibido por él mismo. El estado funcional sería la consecuencia objetiva del estado de salud, mientras que la calidad de vida relacionada con la salud sería su consecuencia subjetiva.

La salud comprende muchas dimensiones, que van desde los aspectos valorados más positivos, como la felicidad o el máximo bienestar. El concepto de calidad de vida relacionada con la salud incluye todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente de ella, aunque puedan interactuar.

En su concepción más amplia, la calidad de vida recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad.

La práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y tratamiento de las enfermedades. En este sentido, las personas con enfermedad crónica requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida. (Velarde, Ávila, 2002)

Una enfermedad crónica puede afectar potencialmente la calidad de vida de una persona ya que incluye términos como salud y bienestar, los que se ven seriamente afectados cuando aparece una enfermedad, en la que el paciente puede experimentar el empobrecimiento de las actividades diarias y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades y afecta asimismo el auto concepto y sentido de la vida y provoca estados depresivos.

Schwartzmann (2003) definió la calidad de vida como un complejo compuesto por diversos dominios y dimensiones. La calidad de vida se ha definido como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal, pero también este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con indicadores objetivos biológicos, psicológicos, comporta mentales y sociales. Por lo tanto, la calidad de vida puede traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, por un lado, y, por otro, en términos de indicadores objetivos. El primer aspecto recoge lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo; el segundo alude a la noción de “estado de bienestar”.

2.3.2. ASPECTOS CLINICOS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA:

La insuficiencia renal crónica podría dividirse claramente en algunas etapas de acuerdo a su relación entre las manifestaciones clínicas, los trastornos metabólicos que ocurren y la función renal

Etapa I: Se caracteriza por la pérdida silente de la filtración glomerular hasta en un 50% aproximadamente. En esta etapa no hay manifestaciones clínicas específicas de la insuficiencia renal ni manifestaciones bioquímicas significativas detectables en el laboratorio rutinario. Metabólicamente sin embargo, una incapacidad temprana en la capacidad de absorber del calcio intestinal y una temprana pérdida de la capacidad de excreción tubular de fósforo, manifiestan uno de los problemas más serios de la insuficiencia renal: las anomalías en el

manejo del ion divalente (calcio, fósforo y magnesio) y el desarrollo temprano del hipoparatiroidismo asociado a la enfermedad ósea de la insuficiencia renal crónica.

Etapa II: En esta etapa, hay una pérdida entre el 50 y el 20% de la filtración glomerular. Probablemente se aprecie un discreto y sostenido incremento de los valores de la urea y la creatinina séricas, una incapacidad de concentrar la orina, una leve anemia normo citica y normo crómica, una leve y sostenida pérdida de peso inexplicable y muy probablemente, una sutil anorexia.

Etapa III: En esta etapa el paciente desarrolla manifestaciones claras de la enfermedad porque su función renal remanente está entre el 5 y el 20% de lo normal. Generalmente hay una notable pérdida de peso, una anemia importante objetiva en una palidez notoria; la anorexia suele estar casi siempre presente; también puede haber una serie de manifestaciones gastrointestinales como estreñimiento severo o a veces diarreas, un sabor metálico en la boca que incrementa la anorexia suele ser la manifestación de la incapacidad para concentrar la orina. Los cambios del carácter y del humor del enfermo, suelen ser también manifestaciones importantes de la enfermedad en el área neurológica. El paciente tiene una abulia permanente o a veces un estado anímico muy irritable.

En el laboratorio la creatinina y la urea sérica suelen estar definitiva y sostenidamente altos, usualmente con una tendencia a ir en aumento en el tiempo. Sin embargo, cuando el paciente ha perdido gran cantidad de peso y la anorexia es muy severa, no debe extrañar el hecho de que los valores de urea y creatinina no se encuentren muy elevados. Se debe recordar que la creatinina es un producto metabólico de la degradación de proteínas musculares y si estas han sido consumidas en forma significativa, el valor sérico de la creatinina se encontrará relativamente bajo. La urea es también el resultado del consumo proteico exógeno entre su componente más importante, si el paciente está en una anorexia importante, la urea no se elevará. Se debe recordar que hay una relación urea/creatinina séricas de 20/1 en una situación estable. Si la anorexia es lo predominante, esta relación

disminuirá. Por el contrario, ante una situación imprevista de una enfermedad intercurrente, esta relación aumentará como por ejemplo ante un sangrado digestivo (a veces oligosintomático) o un estado híper catabólico, generalmente secundario a un proceso infeccioso. En estas situaciones, es fundamental evaluar la función renal mediante la depuración de la creatinina para definir la real función renal residual.

2.3.3 Síntomas de la insuficiencia renal crónica:

Muchas de las personas que sufren insuficiencia renal crónica no lo saben porque los primeros síntomas suelen ser imperceptibles. Se puede tardar varios años en pasar de insuficiencia renal crónica (IRC) a enfermedad renal. Algunas personas que sufren IRC llegan al final de su vida sin haber desarrollado la enfermedad renal.

- **Primer síntoma: cambios de micción:**

Los riñones producen orina y cuando fallan la orina cambia. A lo mejor tiene que levantarse durante la noche a orinar. La orina puede ser espumosa o con burbujas. Tiene que orinar con más frecuencia, o con mayor cantidad de lo normal, con orina pálida.. Orina con menos frecuencia, en cantidades menores de lo normal con orina oscura.

Lo que los pacientes dicen:

"Cuando vas al servicio no puedes orinar completamente. Sientes estrechez en la parte inferior, con mucha presión."

"Empecé a darme cuenta de mi orina. Empecé a ir frecuentemente al servicio y cuando llegaba, no ocurría nada. Piensas, tengo que ir al servicio y cuando estás ahí: dos, tres gotas. "Salía sangre en mi orina. Era tan oscura que parecía zumo de uva. Y cuando llegué al hospital pensaban que estaba mintiendo sobre el color de mi orina.

- **Segundo síntoma: hinchazón:**

Los riñones con insuficiencia no pueden deshacerse del fluido extra, que va acumulándose en el cuerpo ocasionando hinchazón de piernas, tobillos, pies, cara y manos.

Lo que los pacientes dicen:

"Me encontraba continuamente cansado y no tenía ni energía ni nada.; Solía dormir mucho; Solía llegar a casa de trabajar y me iba derecho a la cama. Como cuando estás continuamente cansado. Me sentía agotado, debilitado, sin hacer nada, totalmente exhausto

- **Tercer síntoma: fatiga:**

Los riñones sanos producen una hormona llamada eritropoyetina, responsable de que el cuerpo produzca los glóbulos rojos encargados de transportar el oxígeno a la sangre. La producción de eritropoyetina disminuye a medida que van fallando los riñones. Sus músculos y mente se cansan rápidamente cuando disminuyen los glóbulos rojos, encargados de transportar el oxígeno. A dicha condición se la conoce con el nombre de *anemia* pero, se puede tratar.

Lo que los pacientes dicen:

"Me encontraba continuamente cansado y no tenía ni energía ni nada."
"Solía dormir mucho. Solía llegar a casa de trabajar y me iba derecho a la cama." Como cuando estás continuamente cansado. Me sentía agotado, debilitado, sin hacer nada, totalmente exhausto

- **Cuarto síntoma: erupción cutánea/picor:**

Los riñones eliminan los desechos de la sangre. Cuando los riñones fallan, los desechos van acumulándose en la sangre y pueden ocasionar fuerte picor.

Lo que los pacientes dicen:

"No se trata de un picor en la piel o similar, llega hasta el mismo hueso. Tengo que utilizar un cepillo para aliviarme. Hasta tenía sangre en la espalda de tanto rascarme. Mi piel se había abierto del picor y de tanto rascarme.

- **Quinto síntoma: sabor metálico en la boca/aliento a amoníaco:**

La acumulación de desechos en la sangre (denominada *uremia*) puede cambiar el sabor de los alimentos y ocasionar mal aliento. También puede notar que deja de gustarle la carne o que está perdiendo peso porque no le apetece comer.

Lo que los pacientes dicen:

"Sabor asqueroso en la boca. Como si estuviera bebiendo hierro."
Ya no tiene el apetito que solía tener."

- **Sexto síntoma: náuseas y vómitos:**

Una fuerte acumulación de desechos en la sangre (*uremia*) también puede ocasionar náuseas y vómitos. La pérdida de apetito suele conllevar pérdida de peso.

Lo que los pacientes dicen:

"Me picaba todo, tenía náuseas, vomitaba continuamente. Mi estómago no podía retener nada." "Cuando tenía náuseas no podía comer y me resultaba difícil tomar la medicación para la tensión arterial."

- **Séptimo síntoma: falta de aliento:**

La dificultad en recuperar el aliento puede estar relacionada con los riñones de dos maneras. Primero, el fluido extra del cuerpo puede acumularse en los pulmones. Y segundo, la anemia (falta de glóbulos rojos transportadores de oxígeno) puede dejar su cuerpo necesitado de oxígeno y con falta de aliento.

Lo que los pacientes dicen:

"Me resulta alarmante experimentar falta de aliento, me da miedo. Creo que me voy a caer o similar y lo que suelo hacer es sentarme un rato." No podía dormir por la noche. No podía recuperar el aliento, como si me estuviera ahogando o similar. Y la hinchazón, no podía respirar, no podía ir andando a ningún sitio. Me sentía mal." "Subes unos cuantos peldaños y te quedas sin aliento, o trabajas y te cansas y tienes que parar."

- **Octavo síntoma: sentir frío:**

La anemia puede hacer que continuamente sientas frío, incluso en una habitación caliente. **Lo que los pacientes dicen:** "Me he dado cuenta de que a veces tengo tanto frío que siento escalofríos." "A veces tengo mucho, mucho frío. Puede que haga calor y yo sigo teniendo frío."

- **Noveno síntoma: mareos y problemas de concentración:**

Padecer anemia relacionada con insuficiencia renal significa que su mente no recibe suficiente oxígeno. Lo que puede conllevar fallos de memoria, problemas de concentración y mareos. *Lo que los pacientes dicen:*

"Lo sé y le comenté a mi mujer lo de la memoria, no puedo ni recordar lo que hice la semana pasada o quizás lo que hice hace dos días. No podía concentrarme, me gusta mucho hacer crucigramas y leer." "Siempre estaba cansado y mareado." "Llegó un momento en el que estaba en el trabajo y, de repente, comenzaba a sentirme mareado. Así que pensé que se debía a la tensión arterial o a la diabetes, que iba mal. Eso era lo que pasaba por mi mente."

- **Decimo síntoma: dolor en el costado/la pierna**

Algunas personas con problemas renales pueden sufrir dolor en la espalda o en el costado, relacionados con el riñón afectado. Poliquistosis renal, causante de quistes llenos de líquido en los riñones y a veces en el hígado, puede causar dolor

Los pacientes adelgazan progresivamente y es frecuente la falta de apetito y el cansancio. El color de la piel es pálido-amarillento y suele existir sequedad y picor generalizado de la misma. Se desarrolla hipertensión y la sobrecarga crónica del sistema circulatorio puede desembocar en insuficiencia cardíaca. Los huesos pierden el correcto equilibrio metabólico por la falta de vitamina D y no son infrecuentes las fracturas ante traumatismos leves. El déficit de eritropoyetina hace que disminuya la formación

de glóbulos rojos en la médula ósea, desarrollándose anemia. Y así progresivamente hasta que llega a producirse fallo de casi todos los órganos del cuerpo, desde el sistema nervioso hasta el sistema inmunitario.

2.3.4. ALTERACIONES FÍSICAS QUE PADECEN A CAUSA DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:

A. Alteraciones electrolíticas:

Se producen anomalías en los niveles de diferentes electrolitos como el potasio y el bicarbonato. Estas alteraciones ocurren en fases avanzadas de la insuficiencia renal. Otras anomalías como la hipocalcemia y la hiper fosforemia pueden aparecer cuando la insuficiencia renal es moderada.

B. Manifestaciones cardiovasculares:

Hipertensión arterial, que se encuentra hasta en el 80 por ciento de los pacientes con insuficiencia renal crónica Terminal. La causa fundamental es la retención hidrosalina, aunque también está implicada una situación de hiperreninemia.

En fases terminales de la insuficiencia renal pueden aparecer episodios de insuficiencia cardiaca congestiva por sobrecarga hidrosalina y de pericarditis urémica.

C. Alteraciones gastrointestinales:

Anorexia, náuseas y vómitos. Un signo característico es el fétor urémico, olor amoniacal producido por los metabolitos nitrogenados en la saliva. Es muy característica también la presencia de sabor metálico. En ocasiones se producen erosiones gástricas que pueden provocar hemorragias.

D. Alteraciones hematológicas:

Un signo precoz en la evolución de una insuficiencia renal crónica es la anemia, causada en gran parte por déficit de eritropoyetina (hormona sintetizada en el riñón y que promueve la generación de glóbulos rojos), aunque también influyen otros factores como

pérdidas gástricas, disminución de la vida media de los glóbulos rojos por la misma uremia, desnutrición o déficit de hierro. En los leucocitos se produce una alteración en su función, provocando un cierto grado de inmunodeficiencia. En cuanto a la coagulación, existe una alteración en la función plaquetar que se manifiesta con una mayor facilidad para el sangrado, sobre todo en piel.

E. Anemia

Es una de las manifestaciones más características de la insuficiencia renal crónica. Su origen es multifactorial, destacando la pérdida de la función renal, que reduce la vida media de los hematíes, y la disminución de la capacidad de la médula ósea para fabricarlos por la disminución de la producción renal de eritropoyetina.

Cuando un enfermo recibe un trasplante renal, su hematocrito se normaliza en un período de 40-60 días. La eritropoyetina producida por el riñón sano aumenta significativamente y produce un incremento progresivo de la formación de hematíes por parte de la médula ósea; el hematocrito va aumentando y, cuando alcanza un 32-33%, la producción de eritropoyetina desciende hasta cifras normales que son suficientes para que el hematocrito continúe elevándose hasta alcanzar su valor normal.

F. Alteraciones neurológicas:

Es típica la aparición de la encefalopatía urémica, que se manifiesta como una alteración cognitiva que va desde una dificultad para concentrarse hasta el coma profundo. También puede aparecer una poli neuropatía que al principio es sensitiva pero que, si avanza, se hace también motora. El síndrome de piernas inquietas (necesidad imperiosa de mover las piernas en reposo y que se acentúa por la noche) es una manifestación sensitiva, así como la pérdida de sensibilidad o el propio dolor en extremidades.

G. Alteraciones osteomusculares (osteodistrofia renal):

Se manifiesta por dolores óseos, deformidades (reabsorción de falanges distales en dedos), fracturas y retraso del crecimiento en niños. Su origen se encuentra en la excesiva producción de hormona paratiroidea (hormona implicada en el metabolismo óseo), que provoca un aumento de la reabsorción o destrucción ósea. Este aumento de la hormona paratiroidea está condicionado por la falta de producción de vitamina D por el riñón, por la hipocalcemia y por la hiper fosforemia.

H. Alteraciones dermatológicas:

El signo característico es el color pajizo de la piel, producido por la anemia y por el acumulo de uro cromos. El prurito (picor) es también muy frecuente y muy molesto, pudiendo llegar a provocar lesiones de rascado; está originado por la sequedad de la piel y la hiper fosforemia.

I. Alteraciones hormonales:

En el hombre provoca fundamentalmente impotencia y oligospermia (disminución en la producción de espermatozoides). En la mujer provoca alteraciones en ciclo menstrual y frecuentemente amenorrea (falta de menstruaciones). Son raros los embarazos y, en caso de producirse, la mayoría no son viables.

2.3.5 CAUSAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:

Se presentan durante un tiempo muy prolongado y provocan daño a ambos riñones. Incluso si se puede interrumpir mayor deterioro, el daño ya hecho normalmente es permanente.

Las causas que conducen a la insuficiencia renal son

- Diabetes mellitus
- Presión arterial alta (hipertensión)
- Glomerulonefritis
- Enfermedad renal poliquística (ERPQ)

- Enfermedad renovascular
- Piel nefritis crónica
- Cálculos renales
- Infecciones en las vías urinarias

A. La Enfermedad Renal en la Diabetes Mellitus

El deterioro que caracteriza la enfermedad renal en los pacientes diabéticos tiene lugar en los glomérulos y alrededor de los mismos. Los glomérulos son las unidades filtradoras de sangre de los riñones. Al comienzo de la enfermedad, la eficiencia de la filtración disminuye y se pierden proteínas importantes de la sangre por la orina. Los profesionales médicos juzgan la presencia y extensión de la enfermedad renal incipiente midiendo el contenido de proteínas de la orina. Más adelante, en el curso de la enfermedad, los riñones pierden la capacidad de retirar de la sangre los productos de desecho, como la creatinina y la urea. Mediante la determinación de estos productos en la sangre se sabe qué tanto ha avanzado la enfermedad renal.

Los síntomas relacionados con la insuficiencia renal por lo general sólo ocurren en las últimas etapas de la enfermedad, cuando la función renal ha disminuido a menos del 10 al 25 por ciento de la capacidad normal. Durante muchos años antes de que se llegue a ese punto, la enfermedad renal en la diabetes es un proceso silencioso.

LOS CINCO ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD:

Los científicos han descrito cinco estadios de la evolución de la insuficiencia renal en personas diabéticas.

Estadio I: Aumenta el flujo de sangre a través de los riñones, y por lo tanto, de los glomérulos. Esto se llama hiperfiltración. Los riñones son más grandes de lo normal. Algunas personas se quedan indefinidamente en el estadio I; otras pasan al estadio II después de muchos años.

Estadio II: La tasa de filtración permanece elevada o a niveles casi normales y los glomérulos comienzan a mostrar daños. Aparecen en la orina pequeñas cantidades de una proteína sanguínea llamada albúmina. Esto se conoce como micro albuminuria. En estos estadios incipientes es posible que no se detecte el micro albuminuria en cada examen. Sin embargo, a medida que aumenta la tasa de pérdida de albúmina de 20 a 200 microgramos por minuto, el hallazgo de micro albuminuria se hace más constante. (Las pérdidas normales de albúmina son de menos de 5 microgramos por minuto.)

Para detectar el micro albuminuria se requiere una prueba especial. Las personas que tienen diabetes tipo 1 y 2 pueden permanecer en el estadio II durante muchos años, especialmente si se controlan bien la tensión arterial y las concentraciones de glucosa en la sangre.

Estadio III: La pérdida de albúmina y de otras proteínas en la orina pasa de 200 microgramos por minuto y puede detectarse en los análisis corrientes de orina. Estos análisis se realizan generalmente sumergiendo tiras indicadoras en la orina. Al estadio III se le llama a veces "albuminuria clínica" o "nefropatía diabética franca". Algunos pacientes presentan hipertensión arterial. Los glomérulos sufren daños mayores. Los riñones pierden paulatinamente la capacidad de filtrar los desechos y aumentan las concentraciones sanguíneas de creatinina y nitrógeno ureico. Las personas que tienen diabetes tipo 1 y 2 pueden permanecer en el estadio III durante muchos años.

Estadio IV: Se conoce como "nefropatía clínica avanzada". La tasa de filtración glomerular disminuye a menos de 75 mililitros por minuto, se excretan grandes cantidades de proteínas en la orina y casi siempre se presenta hipertensión arterial. Las concentraciones de creatinina y de nitrógeno ureico en la sangre se elevan aún más.

Estadio V: El estadio final es la insuficiencia renal. La tasa de filtración glomerular desciende a menos de 10 mililitros por minuto y se manifiestan los síntomas de insuficiencia renal.

B. La Enfermedad Renal Por Causa De La Presión Arterial Alta

La presión arterial es una medida de la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias. Si su presión arterial suele ser mayor que 140/90, usted tiene presión arterial alta hipertensión .La presión arterial alta es una de las principales causas de enfermedad renal (del riñón) crónica .La enfermedad renal crónica también puede causar presión arterial alta. Sin importar cuál ocurrió primero la presión arterial alta o la enfermedad renal tener presión arterial alta daña gradualmente los diminutos vasos sanguíneos de los riñones. Si tiene presión arterial alta, es muy importante bajarla

La presión arterial demasiado alta daña los vasos sanguíneos en todo su cuerpo. Esto puede ocasionar que llegue menos sangre a los riñones. La presión arterial alta también daña los diminutos filtros en los riñones. Después de eso, los riñones no pueden filtrar adecuadamente la sangre. Su organismo comenzará a retener líquidos, y las sustancias de desecho se acumularán en la sangre. A medida que el exceso de líquido se acumula en la sangre, la presión arterial puede elevarse aún más. Los riñones ayudan a mantener la presión arterial en un rango normal. Pero cuando están dañados, es posible que no puedan hacer esta función. Esta es la razón por la cual usted puede tener presión arterial alta con la enfermedad renal crónica, incluso si no tenía anteriormente la presión arterial alta. La presión arterial alta se conoce como "el asesino silencioso". Si tiene presión arterial alta, es posible que se siga sintiendo bien. Pero aunque la presión arterial no esté causando síntomas, está causando daños graves. Por eso es tan importante bajar la presión arterial

C. Glomerulonefritis Como Causa De La Insuficiencia Renal

Es una enfermedad renal caracterizada por la inflamación de los glomérulos, o los pequeños vasos sanguíneos en los riñones. Se puede presentar con hematuria aislada y / o proteinuria como un síndrome nefrótico, un síndrome nefrítico, insuficiencia renal aguda o insuficiencia renal crónica. Se clasifican en varios diferentes patrones

patológicos, que son agruparse en tipos no proliferativa o proliferativa. Diagnóstico de los patrones de GN es importante porque el resultado y el tratamiento son diferentes en los tipos. Las causas principales son las que son intrínsecas a los riñones, mientras que las causas secundarias están asociadas con ciertas infecciones (bacterias patógenas, virus o parásitos), las drogas, enfermedades sistémicas (lupus eritematoso sistémico, vasculitis) o diabetes.

D. La Enfermedad Renal Poli quística Como Causa De La Insuficiencia Renal Crónica

Se caracteriza por la presencia de múltiples quistes (de ahí, “poli quístico”) típicamente en ambos riñones, sin embargo 17% de los casos inicialmente presentes con enfermedad observable en un riñón, con la mayoría de los casos progresa a enfermedad bilateral en la edad adulta. Los quistes son numerosos y están llenos de líquidos, dando lugar a la ampliación masiva de los riñones. La enfermedad también puede dañar el hígado, el páncreas y, en algunos casos raros, el corazón y el cerebro. Las dos formas principales de enfermedad poli quística del riñón se distinguen por sus patrones de la enfermedad renal inheritance. Polycystic es una enfermedad renal hereditaria. Los principales problemas son síntomas de la ERP, la rotura de los quistes, las complicaciones de la enfermedad renal poli quística, incluyendo insuficiencia renal, presión arterial alta.

E. Hipertensión Reno vascular Como Causa De La Insuficiencia Renal Crónica

La prevalencia de hipertensión reno vascular, se estima entre un 2% y un 20%. Algunos estudios clínicos sobre hipertensión arterial han estimado tasas mayores al 20%, sin embargo, la prevalencia en la población hipertensiva probablemente no sea mayor al 2% 3%. Parece ser más frecuente en ciertos subgrupos de la población hipertensiva, por ejemplo pacientes con retinopatía grado III o IV, en los cuales la prevalencia de hipertensión Reno vascular fue de 43% en pacientes de raza blanca y de 7% en pacientes de raza negra (n=123).

Generalmente se asume que es menos frecuente en los pacientes de raza negra los cuales usualmente presentan hipertensión esencial, sin embargo esta afirmación puede ser errónea y puede estar reflejando el ahínco con el cual se investiga la hipertensión en esta población específica. La estenosis de arteria renal con o sin hipertensión, es un hallazgo muy frecuente en las autopsias.

La enfermedad aterosclerótica es la causa más común de hipertensión reno vascular. Estas lesiones más a menudo se presentan en los primeros 1-2 cm de la arteria renal y pueden comprender una gran extensión. Es importante reconocer que esta lesión forma parte de una enfermedad sistémica. Es asociada con enfermedad de otros lechos vasculares, incluyendo arterias coronarias, arterias cerebrales, arterias periféricas y sitios aórticos. La prevalencia de ésta forma de hipertensión reno vascular se ha ido incrementando.

F. La enfermedad fibromuscular es la causa más común en mujeres jóvenes. El diagnóstico debe ser considerado en alguien con establecimiento temprano, hipertensión severa, aunque ocasionalmente es un hallazgo. Es importante reconocerla, ya que responde bien al tratamiento quirúrgico. Estas lesiones a menudo surgen más allá de los primeros centímetros de la arteria renal

G. Piel nefritis Como Causa De La Insuficiencia Renal Crónica

Es una inflamación bacteriana del riñón con destrucción del tejido renal y compromiso de la vía urinaria. En enfermos inmuno deprimidos puede ser causada por otros agentes inflamatorios. La piel nefritis generalmente es focal, a veces está circunscrita a una pequeña zona de un riñón, pero puede extenderse a todo un riñón o a ambos, en ocasiones en forma de una piel nefritis flegmonosa o apóstematosa, con múltiples focos supurados. Se distinguen formas agudas y crónicas.

a) Piel nefritis Aguda:

Se destacan micro focos purulentos o supurados, corticales o medulares o en ambas localizaciones, que pueden extenderse al tejido de la celda renal y desarrollar abscesos peri renal. En la médula los focos son alargados o radiados, dirigidos a los vértices de las papilas renales. En autopsias la piel nefritis aguda se observa asociada a obstrucción de la vía urinaria

b) Piel nefritis Crónica

Es una inflamación predominantemente intersticial con destrucción del tejido renal y signos de organización, con fibrosis, retracción, deformación piel calicular y depresiones corticales irregulares. En un comienzo existe infiltración celular linfoplasmocitaria, luego se producen glomeruloesclerosis, atrofia de túbulo con material coloidal (cilindros hialinos) y esclerosis vascular. Se encuentra en apropiadamente 1% de las autopsias

H. Lupus Sistémico Eritematoso

Es una enfermedad de etiología desconocida en la que anticuerpos e inmune complejos patogénicos ocasionan la destrucción de células y tejidos. La etiología del lupus sistémico eritematoso es desconocida. Aunque esta enfermedad puede ocurrir a todas las edades, es más frecuente entre las mujeres jóvenes. Se estima la prevalencia de esta enfermedad en 20 a 80 casos por cada 100.000 habitantes/año.

Algunos autores proponen un modelo de patogénesis del lupus sistémico eritematoso en cuatro fases:

- La primera fase sería la fase de susceptibilidad en la que se encontrarían implicados algunos genes que producirían una predisposición a la enfermedad: en efecto, la predisposición al lupus es 10 veces mayor entre gemelos homocigóticos que entre gemelos heterocigóticos, lo que indicaría la intervención de al menos 4

genes, entre ellos el que regula la producción de los complejos mayores de histocompatibilidad

- La segunda fase o fase de inducción implica la aparición de células T auto reactivas que muestran una pérdida de auto tolerancia. Durante esta fase, en la que intervienen diferentes mecanismos (fallo del timo, expresión aberrante del antígeno HLA-DR, aparición de péptidos crípticos durante la apoptosis), juegan una gran importancia la radiación UV y otros factores ambientales.
- En la tercera fase o fase de expansión, se observa un aumento progresivo de la respuesta autoinmune, siendo detectables serológicamente una serie de anticuerpos producidos por los linfocitos B hiperactivos, anticuerpos que se dirigen preferencialmente contra el nucleosoma (anticuerpos anti-DNA y anti-histona), el espliceosoma (anticuerpos anti-Sm y anti-RMP) y las moléculas Ro y La (anticuerpos anti-Ro y anti-La)
- La última fase, la más importante desde el punto de vista clínico, es la debida los efectos patogénicos de los complejos de los anticuerpos con sus antígenos, que se acumulan en los tejidos ocasionando lesiones debidas a la muerte de algunas células, la activación y el bloqueo de funciones de las células diana.

2.3.6. PREVALENCIA DE LA POBLACIÓN EN DIÁLISIS:

Se estima que en el Perú entre 200 mil y 300 mil personas son portadoras de Enfermedad Renal Crónica (ERC) y más de dos millones 500 personas se encuentran en riesgo de contraer la enfermedad. “La diabetes y la presión alta son factores de alto riesgo y pueden contribuir a elevar más estas tasas de frecuencia de ERC en el futuro cercano”, advierte la presidenta de la Sociedad Peruana de Nefrología, Elizabeth Escudero.

El mal no diagnosticado y no tratado a tiempo puede llevar a serios problemas de salud incluido la insuficiencia renal (estadio terminal de enfermedad renal). Sin embargo, detectado a tiempo se puede manejar o detener la enfermedad. Además El número de pacientes en

diálisis en Perú para el año 2003 fue de 168 pacientes por millón de población y se encuentra dentro de las más bajas en Latinoamérica. Casi la totalidad de pacientes en programas de TRR es atendida por la Seguridad Social y presentan las siguientes características: edad promedio 56.7 ± 18 años, sexo masculino 57%, el 86% se encontraban en hemodiálisis con un costo mensual de 594 USD por paciente; el 14% restante se encontraba en diálisis peritoneal ambulatoria crónica con un costo mensual es de 727 USD por paciente a causa de la enfermedad que determinó el ingreso a diálisis fue desconocida en 40.3% de los pacientes, la glomérulo nefritis ocupó el segundo lugar con un 19.9% y fue más frecuente en menores de 50 años, siguió la nefropatía diabética con 15.6% y la nefro esclerosis con 11.1%, estas dos últimas predominaron en mayores de 60 años (Entre los años 2001 a 2003, se observó un crecimiento anual de los pacientes de causa no conocida, diabetes y nefro esclerosis y una disminución de los pacientes con glomérulo nefritis,

2.3.7 .LA ENFERMEDAD RENAL EN PERÚ: UN RETO

Conociendo la limitación económica y la falta de cobertura para TRR que tienen un importante número de pacientes con ERCT en Perú, una alternativa sería aumentar la cobertura de la seguridad social al 100% esta propuesta sin embargo es poco probable que pueda implementarse al corto plazo. Además tendría que enfrentar el problema de cómo financiar un elevado presupuesto que implica esta ampliación, así por ejemplo el gasto anual en Salud en Perú es de 601 millones de dólares y el gasto en TRR representa el 6% del presupuesto, si se quisiera alcanzar una cobertura similar al promedio de Latinoamérica (380 pacientes por millón de población), el gasto se incrementaría al 12.8%, lo que hace que esta propuesta no sea sostenible, además). La visión actual para enfrentar el problema de la salud renal es focalizar la atención a la prevención de la ERC en grupos de riesgo, como hipertensos y diabéticos, de modo que se

pueda disminuir el número de pacientes que desarrollen daño renal y disminuir la progresión de la enfermedad

2.2.7.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN EN RIESGO DE DESARROLLAR ERC EN PERÚ

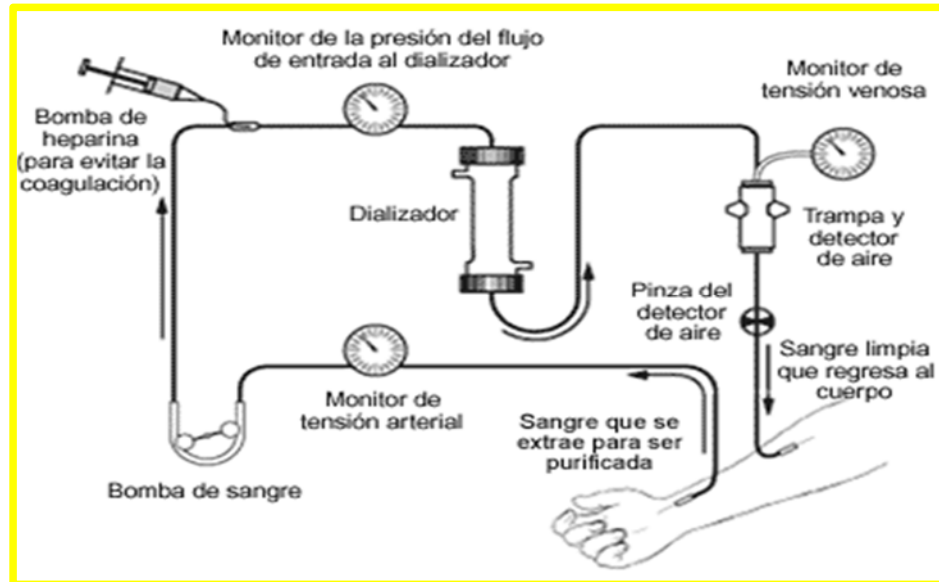
En el Perú existe información sobre las patologías que tienen riesgo para el desarrollo de la ERC como: a) La hipertensión arterial que tienen una prevalencia 23.7%, información que proviene de un estudio sobre 14,256 personas mayores de 18 años, hecho en 26 ciudades, el 55% de los hipertensos desconocían que tenían la enfermedad y solo el 14.7% tenía controlada la hipertensión (14). b) La diabetes mellitus tipo 2 tiene una prevalencia de 7.6%, siendo menor en áreas rurales y en ciudades de altura (15), c) la obesidad se ha observado en 22.8% d) Las glomérulo nefritis crónicas constituyen la segunda causa de ingreso a programas de TRR, siendo las más frecuentes en adultos la glomérulo esclerosis focal segmentaria y la glomérulo nefritis membrano proliferativa), la prevalencia de glomérulo nefritis primarias por biopsia renal es de 14.5 pacientes por millón de población (17). e) Los niños con un peso menor de 2500 gramos al nacer, tienen mayor riesgo de desarrollar en la etapa adulta de su vida enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión y enfermedad renal (La frecuencia de niños con bajo peso al nacer es del 11% (19). Costo- Beneficio de un Programa de Prevención de Enfermedad.

2.3.8. TIPOS DE TRATAMIENTO:

a.- Hemodiálisis

La hemodiálisis depura y filtra la sangre usando una máquina para eliminar temporalmente los desechos peligrosos del cuerpo, y el exceso de sal y de agua. La hemodiálisis ayuda a controlar la presión arterial y ayuda a que el cuerpo mantenga el equilibrio adecuado de sustancias químicas importantes, tales como el potasio, el sodio, el calcio y el bicarbonato.

La diálisis puede reemplazar parte de las funciones de los riñones. También son necesarios los medicamentos, las dietas especiales y la restricción en el consumo de líquidos. Lo que puede comer y beber, y la cantidad de medicamentos que necesitará dependerán del tratamiento que elija.



b.- Cómo Funciona La Hemodiálisis

La hemodiálisis utiliza un filtro especial llamado dializador que funciona como un riñón artificial para filtrar la sangre. El dializador es un cilindro conectado a la máquina de hemodiálisis. Durante el tratamiento, su sangre llega a través de unos tubos hasta el dializador, el cual filtra los desechos y elimina el exceso de sal y agua. Luego, la sangre limpia fluye a través de otro conjunto de tubos y vuelve a entrar en su cuerpo. La máquina de hemodiálisis vigila el flujo de sangre y elimina los desechos del dializador.

La hemodiálisis por lo general se realiza tres veces a la semana. Cada tratamiento dura de 3 a 5 horas o más. Durante el tratamiento, usted puede leer, escribir, dormir, conversar o mirar televisión.

c.- Cómo Prepararse

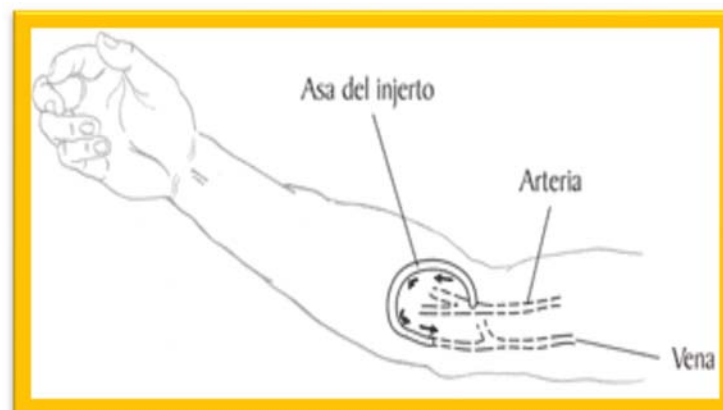
Será necesario crear un acceso a su torrente sanguíneo varios meses antes de su primer tratamiento de hemodiálisis. Podría tener que permanecer una noche en el hospital, pero a muchos pacientes se les

realiza el acceso sin hospitalización. Este acceso proporciona una manera eficaz para que la sangre se transporte desde su cuerpo hasta el dializador y de vuelta al cuerpo sin causar molestias. Los dos tipos principales de acceso son una fístula y un injerto.



d.- Que es la Fístula arteriovenosa.

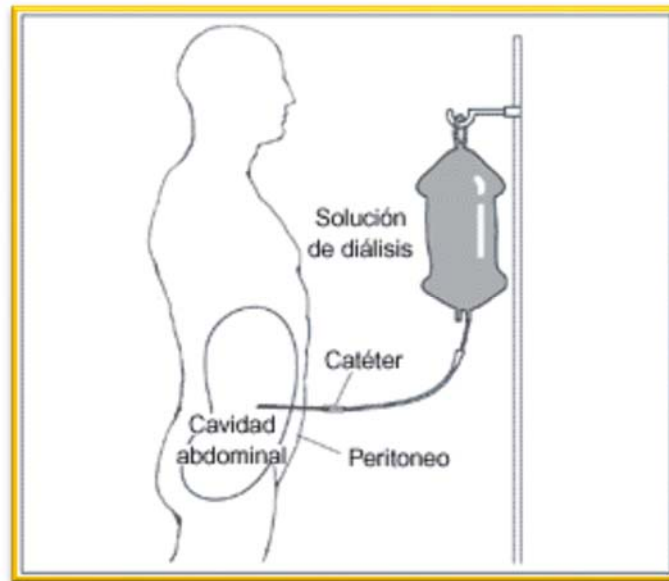
Fístula arteriovenosa: Un cirujano hace una fístula usando los vasos sanguíneos del paciente; se conecta una arteria directamente a una vena, por lo general en el antebrazo. El aumento en el flujo sanguíneo hace que la vena aumente de tamaño y se fortalezca de manera que se pueda usar para inserciones repetidas de aguja. Este tipo de acceso es el preferido. Podría demorar varias semanas en estar listo para usarse.



e.- Diálisis:**LA DIÁLISIS PERITONEAL (DP)**

Es una de las opciones de tratamiento disponible para retirar los productos de desecho y el exceso de líquido de la sangre cuando los riñones ya no funcionan adecuadamente. Existen varias formas de diálisis disponibles para los pacientes. La DP usa su propio peritoneo una membrana natural que cubre los órganos del abdomen y reviste las paredes abdominales. Esta membrana actúa como un filtro. El peritoneo es una membrana porosa que permite que se filtren de la sangre las toxinas y el líquido

Para llevar a cabo este tratamiento, se debe crear un acceso permanente de DP a la cavidad peritoneal. En general, esto requerirá un procedimiento quirúrgico para insertar un tubo blando y pequeño llamado catéter. Usualmente, este es un procedimiento ambulatorio que incluye anestesia local y un sedante intravenoso. Se colocará un apósito estéril que deberá permanecer durante cinco o siete días. Su enfermera DP cambiará el apósito durante todo su programa de capacitación DP. El proceso de curación tomará de dos a tres semanas aproximadamente. Durante el procedimiento se inserta un catéter a través de la pared abdominal al interior de la cavidad peritoneal. El área donde se extiende el catéter desde el abdomen se llama orificio de salida. Una parte del catéter permanece fuera del abdomen y bajo su vestimenta, proporcionando un medio para sujetar las bolsas de líquido de diálisis. Su enfermera DP le enseñará una rutina sencilla para la limpieza y cuidado del orificio de salida del Catéter. Al recibir el tratamiento DP, el fluye dentro de la cavidad peritoneal a través del catéter. La solución permanecerá en la cavidad por varias horas. Durante este tiempo, los productos de desecho y el exceso de líquido pasan de la sangre hacia la cavidad peritoneal. Luego de completar el tiempo de permanencia (periodo en que la solución de diálisis permanece en su abdomen), se drena la solución de la cavidad. Entonces usted llena la cavidad con una nueva solución y el proceso empieza nuevamente. Este proceso se llama intercambio



➤ **Cómo prepararse**

Antes de su primer tratamiento, un cirujano le coloca un catéter en el abdomen o el pecho. El catéter tiende a funcionar mejor si tiene el tiempo adecuado (generalmente de 10 días a 2 o 3 semanas) para que el sitio de inserción sane. La planificación de su acceso de diálisis puede mejorar el éxito del tratamiento. Este catéter se queda ahí permanentemente para ayudar a transportar la solución de diálisis desde y hacia su abdomen.

Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (Dpac)

La DPAC no requiere una máquina. Se puede realizar en cualquier lugar limpio y bien iluminado. El único equipo que usted necesita es una bolsa llena de líquido de diálisis y el tubo plástico que viene el riesgo de infección. Tal como la palabra ambulatoria sugiere, usted puede caminar con la solución de diálisis en su abdomen por todas partes. La DPAC se lleva a cabo manualmente y casi en cualquier lugar.

Con la DPAC, la diálisis se lleva a cabo las 24 horas del día, siete días de la semana. La membrana peritoneal actúa como un filtro retirando

de la sangre las toxinas y el exceso de líquido. Las toxinas y el exceso de líquido cruzan la membrana hacia la solución de diálisis y se retiran del organismo cuando la solución de diálisis se drena durante el intercambio en la bolsa de drenaje previamente colocada. La DPAC requiere que usted tenga la solución de diálisis en su abdomen. La cantidad de varía dependiendo de sus necesidades específicas. Los intercambios usualmente se realizan cada cuatro a seis horas durante el día. Luego de un tiempo determinado, la solución, que ahora contiene toxinas, se drena en la bolsa de drenaje. Entonces repite el ciclo con una bolsa nueva de solución.

La bolsa de solución se cuelga en un sujetador usando la gravedad para permitir que el fluya hacia la cavidad peritoneal. Primero, vacíe el abdomen de líquidos, y luego agregue la solución nueva. Cuando haya llenado su cavidad peritoneal con la solución limpia de puede despegar el tubo y vaciar el usado en el inodoro. El líquido limpio se asienta luego en la cavidad peritoneal hasta su siguiente intercambio. Durante este tiempo, usted es libre de empezar sus actividades normales. Cada intercambio toma aproximadamente 30 minutos para completarse.

Diálisis peritoneal continúa cíclica (DPCC)

Se utiliza un monitor automático para infundir y reemplazar la solución por la noche mientras el paciente duerme. Generalmente realiza cuatro intercambios de 2.000 ml en un total de 9 a 11 horas; cuando el paciente se despierta se infunde un intercambio final que permanecerá en la cavidad el resto del día. La larga permanencia durante el día de la solución de diálisis en la cavidad peritoneal aumenta el aclaramiento de medianas moléculas cuya eliminación está en función del tiempo. La DPCC sería inadecuada si sólo se limitara a ciclos cortos.

Diálisis peritoneal intermitente nocturna (DPIN)

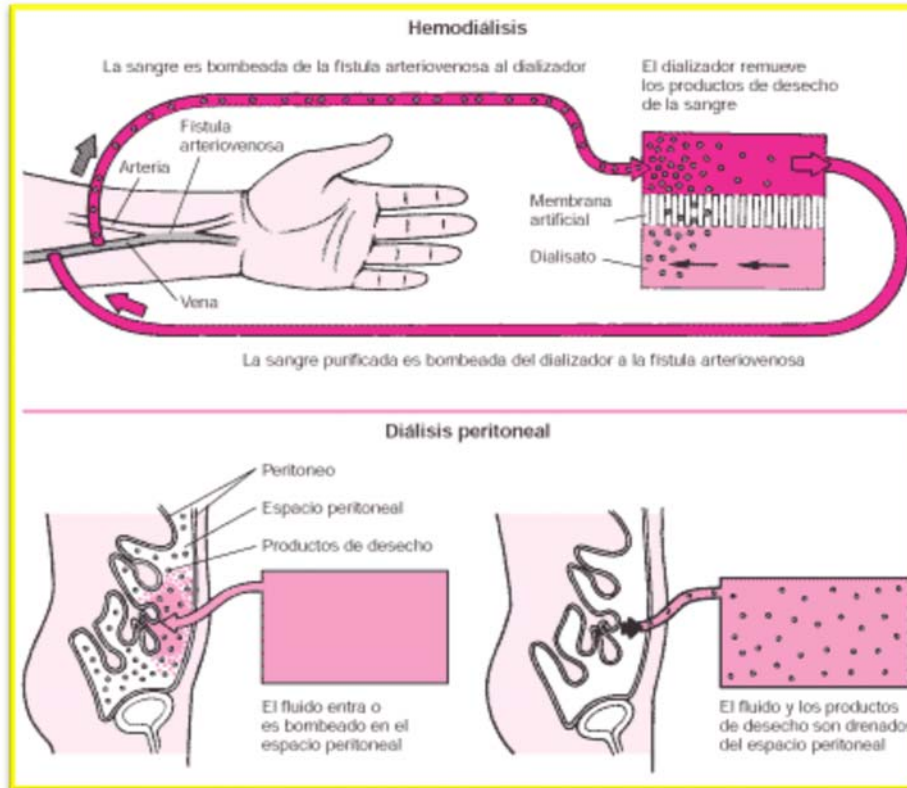
Es una variante de la diálisis peritoneal intermitente. Se efectúa todas las noches mientras el paciente descansa, evitando con ello problemas de sobrecarga muscular, problemas de espalda, hernias. Al mismo tiempo, el paciente dispone de más horas libres durante el día, que transcurre con el abdomen vacío, mejorando con él su imagen corporal y aumentando el apetito al no haber aporte de glucosa que proporcionan otras técnicas que mantienen el líquido en el abdomen durante períodos de tiempo prolongados. La DPIN puede efectuarse mediante una cicladora automática, por lo que el paciente puede realizar esta técnica en su casa.

No obstante, la DPIN está reservada a pacientes con un buen aclaramiento peritoneal y con cierto grado de función residual, ya que la cantidad total de horas de tratamiento es limitada y podría ser insuficiente para pacientes con requerimientos dialíticos elevados.

Diálisis peritoneal tidal (DPT)

Es otra variante de la diálisis peritoneal intermitente. Su principio se basa en dejar durante toda la sesión un volumen de líquido constante en el interior de la cavidad peritoneal, con el fin de mejorar el transporte peritoneal, habiéndose descrito aumentos de eficacia con respecto a la DPI de hasta un 20%. Al inicio de cada diálisis se efectúa el llenado habitual, pero en cada intercambio, sólo una parte del líquido se drena, permaneciendo una determinada cantidad de líquido (volumen tidal) hasta el final de la sesión.

Algunos autores prefieren efectuar un drenaje total cada 4 o 5 intercambios como medida de seguridad para un buen control de la ultrafiltración. Al igual que en la DPIN, puede efectuarse con cicladora automática, posibilitando la práctica domiciliaria con esta técnica.

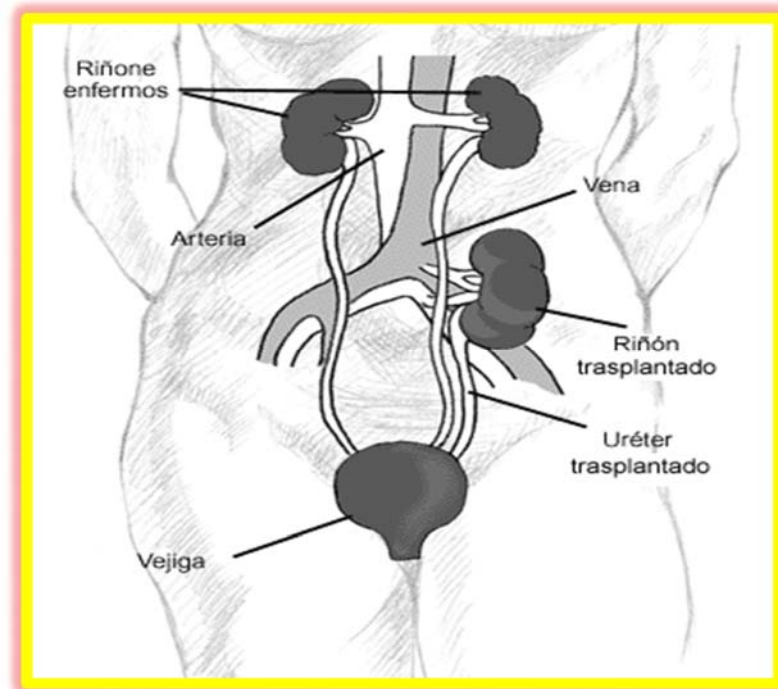


2.3.9. EN QUÉ CONSISTE EL TRASPLANTE RENAL:

- a) **Procedimiento:** El riñón dispone de una arteria que le aporta sangre, una vena donde se devuelve al torrente sanguíneo y un uréter que es el conducto que lleva la orina hasta la vejiga. Los cirujanos deben de realizar la unión de estos tres conductos mediante suturas entre los vasos sanguíneos del donante y receptor y entre el uréter del donante y vejiga del receptor.
- b) **El donante:** cuando una persona decide a donar un riñón, se le aplica anestesia general antes de la cirugía, lo cual significa que estará dormida y no sentirá dolor. El cirujano hace una incisión a un lado del abdomen, extrae el riñón apropiado y luego cierra la herida. Este procedimiento solía requerir una incisión quirúrgica grande; sin embargo, actualmente los cirujanos pueden emplear una incisión quirúrgica corta (mini nefrectomía) o técnicas laparoscópicas.

c) **El período de recuperaciones** de 4 a 6 semanas para las personas que donan un riñón y quienes lo hagan deben evitar la actividad pesada durante este tiempo. El médico retira las suturas más o menos después de una semana.

El receptor: se le aplica anestesia general antes de la cirugía. El cirujano hace una incisión en el área abdominal inferior y sutura el nuevo riñón en su lugar. Luego se cierra la herida



2.3.10. CANDIDATOS PARA UN TRASPLANTE

Todo paciente con insuficiencia renal terminal que se incluye en un programa de diálisis debe ser evaluado clínicamente como posible candidato a un trasplante renal. Actualmente, la mejoría en los resultados de los trasplantes, ha hecho que no se descarte ningún tipo de pacientes hasta que no se hace un estudio individualizado de cada caso, donde se valora la situación clínica general y urológica y vascular, para descartar que existan anomalías anatómicas que lo impidan.

Existen pacientes totalmente excluidos de un posible trasplante renal por problemas que lo contraindican de una manera absoluta.

Es el caso de:

- **Tumores Malignos:** Debe existir un plazo mínimo de 5 años (de 2 en determinados cánceres de bajo riesgo) desde la curación del tumor, para poder considerar la posibilidad del trasplante.
- **Enfermedades Infecciosas Activas:** En este caso está contraindicado el tratamiento inmunosupresor que habrá de utilizarse en caso de trasplante.
- **Patologías Graves En Otros Órganos:** Patología cardíaca, hepática o vascular periférica, que elevan el riesgo de muerte y complicaciones del paciente durante el acto quirúrgico y postoperatorio.

2.3.11. SELECCIÓN DEL DONANTE:

Una vez que una persona padece una insuficiencia renal crónica terminal, se estudia para ver si es susceptible de poder ser trasplantada, si se comprueba esta posibilidad se le realiza el llamado “tiraje” para comparar en adelante su compatibilidad con la del futuro injerto, y pasa a formar parte de la “lista de espera de trasplante renal”. En ella, el receptor permanece hasta que surge el órgano más adecuado para él.

La Compatibilidad Entre Donante Y Receptor Viene Determinada Por Diferentes Factores:

- Grupo sanguíneo: debe ser compatible
- Sistema HLA: son un conjunto de proteínas de la superficie de numerosas células de nuestro organismo. Cuanto más parecidos sean donante y receptor en lo que respecta a dichas proteínas, menos posibilidad existirá de rechazo del órgano trasplantado
- **Factores físicos:** Es aconsejable que no exista una desproporción entre peso y edad de donante y receptor, en términos generales, no más de 15 años de diferencia y no más de un 20% de peso.
- **Factores Clínicos:** Es la situación clínica actual, existencia de algún problema que aconseje prioridad en el trasplante.

2.3.12 QUÉ ES EL RECHAZO

El término rechazo significa no aceptación del órgano trasplantado. El organismo puede expresar esta intolerancia mediante diversos mecanismos los cuales darán lugar a las diferentes formas de rechazo renal. Esta diferenciación del rechazo es importante pues cada una de ellas tiene una forma de expresarse clínicamente, un pronóstico diferente y un tiempo de presentación distinto.

Existen varios **tipos de rechazo**:

- **El Rechazo Hiperagudo:** Supone la pérdida del riñón trasplantado, se debe a la presencia en la sangre del receptor de anticuerpos contra los antígenos HLA del donante. Se presenta en el mismo acto quirúrgico o en las horas que le siguen. Si se produce durante la operación, es llamativo ver cómo, una vez que el cirujano ha terminado la sutura vascular y permite el paso de sangre a través del riñón, la coloración rosada inicial del riñón se torna azulada, y el órgano pierde su turgencia. No hay tratamiento y se requiere la extirpación del órgano, a veces con carácter de urgencia. La única postura frente a este tipo de rechazo es su prevención con la prueba cruzada previa al trasplante, aunque no siempre es posible. Afortunadamente es muy poco frecuente
- **El Rechazo Acelerado:** Se produce durante los primeros días después del trasplante y tiene una expresión clínica similar a la que se va a describir en el rechazo agudo.
- **El Rechazo Agudo:** Supone la pérdida del equilibrio entre la respuesta inmune y el efecto de los medicamentos inmunosupresores. Se puede expresar clínicamente de forma clara con fiebre, caída de la diuresis, subida de la creatinina y dolor en la zona del injerto motivado por la reacción inflamatoria de los tejidos próximos al riñón (el riñón trasplantado no puede doler). No siempre el rechazo agudo tiene una expresión clínica florida y en ocasiones las manifestaciones son tan inespecíficas, como por ejemplo en el caso de la fiebre, que es difícil hacer un diagnóstico; para ello es necesario recurrir a la biopsia renal que es el método

diagnóstico más exacto. El rechazo agudo se trata con dosis altas de esteroides durante tres días y aquellos casos que no respondan a este tratamiento se pueden tratar con globulina anti linfocítica o antitimocítica, o con anticuerpos monoclonales. Hay que destacar el alto índice de respuesta al tratamiento.

- **Rechazo crónico:** Actualmente se denomina “disfunción crónica del injerto” y está caracterizado por la lenta, progresiva e inexorable pérdida de la función renal del injerto. Puede durar meses o años, según cada paciente y no tiene tratamiento específico

2.3.13. POR QUÉ SON NECESARIOS LOS INMUNOSUPRESORES

Un inmunosupresor es una sustancia química que produce la inmunosupresión del sistema inmunológico. Puede ser exógeno como los fármacos inmunosupresores o endógeno como la testosterona.

Después de un trasplante de órganos, el cuerpo casi siempre rechazará el nuevo órgano porque el envoltorio proteico de sus células difiere del órgano original. Como consecuencia de esto, el sistema inmunológico detecta el nuevo tejido como "hostil", e intenta eliminarlo atacándole con leucocitos, causando la muerte del tejido.

Los inmunosupresores se aplican como una contramedida; el efecto secundario es que el cuerpo se hace extremadamente vulnerable a las infecciones, muy parecido al SIDA. Con el fin de evitar el rechazo, casi todos los receptores de trasplante de riñón tienen que tomar medicamentos que inhiban su respuesta inmunitaria por el resto de sus vidas, lo cual se denomina terapia inmunodepresora.

Aunque el tratamiento ayuda a prevenir el rechazo al órgano, también pone a los pacientes en mayor riesgo de infección y cáncer. Si la persona toma este medicamento, necesita hacerse regularmente exámenes de detección para este último. Los medicamentos también pueden causar hipertensión arterial y colesterol alto e incrementar el riesgo de padecer diabetes.

➤ **CICLOSPORINA**

Actúa disminuyendo la producción de una sustancia que favorece la multiplicación de las células implicadas en el rechazo. Ha demostrado una buena capacidad en la prevención y el tratamiento de los episodios de rechazo agudo. Sus principales efectos adversos son la nefrotoxicidad, la neurotoxicidad, temblores y alopecia y la tendencia en determinados pacientes de aumentar las cifras de glucosa en sangre. La mayoría de estos efectos disminuyen o desaparecen cuando el trasplante se estabiliza y el paciente necesita recibir menor dosis del fármaco.

➤ **SIROLIMUS**

El sirolimus es un nuevo fármaco inmunosupresor con un mecanismo de acción diferente a tacrolimus y ciclosporina. Se utiliza para la prevención del rechazo del riñón y actualmente se está estudiando para evitar el rechazo de otros órganos así como para el tratamiento de otras enfermedades (enfermedades autoinmunes, tumores). Las reacciones adversas más comunes son la alteración de los niveles de colesterol y triglicéridos en sangre, así como de los glóbulos blancos y plaquetas.

➤ **BASILIXIMAB**

Fármaco utilizado en el tratamiento de inducción (primeros días pos trasplante) para evitar el rechazo agudo. Siempre se ha de administrar junto tratamiento inmunosupresor basado en ciclosporina o tacrolimus. Es un fármaco eficaz, seguro y bien tolerado. Presenta un perfil de seguridad comparable a placebo

Cuadro 2. Características de las drogas inmunosupresoras más utilizadas en el trasplante de órganos (1,9).

Droga	Mecanismo	Toxicidad no inmunológica y comentarios
Ciclosporina	Inhibe la calcineurina fosfatasa y la activación de las células T	Nefrotoxicidad, síndrome urémico hemolítico, hipertensión, DM postrasplante, hiperlipidemia.
Tacrolimus	Inhibe la calcineurina fosfatasa y la activación de las células T	Menor incidencia que ciclosporina en: hipertensión, hiperlipidemia. Mayor incidencia de: Diabetes Mellitus postrasplante, neurotoxicidad.
Sirolimus	Inhibe el "blanco de rapamicina" y la proliferación de células T inducida por IL-2	Hiperlipidemia, aumenta la toxicidad de los inhibidores de calcineurina, trombocitopenia, retraso en la cicatrización de la herida quirúrgica. Requiere control lipídico.
Everolimus	Inhibe el blanco de rapamicina y la proliferación de células T inducida por IL-2	Hiperlipidemia, hipertensión, trastornos psiquiátricos, trastornos vasculares, cefalea, trastornos de piel y subcutáneos.
Micofenolato mofetilo	Bloquea la síntesis de purinas, previene la proliferación de células B y células T	Intolerancia gastrointestinal, neutropenia, anemia leve, No requiere de monitoreo. Su absorción oral disminuye con la ciclosporina.
Globulina antitimocítica	Altera la función de las células T, causa lisis y prolonga la depleción de estas.	Síndrome de liberación de citoquinas, trombocitopenia, leucopenia, enfermedad del suero.
Basiliximab-Daclizumab	Bloquea el receptor de la IL-2 en células T activadas, inhibe la activación de las células T inducida por IL-2	Reacciones de hipersensibilidad (poco frecuentes), se requieren dos dosis (Basiliximab) o cinco dosis (daclizumab), no requieren monitorización.
Corticosteroides	Bloquea la transcripción del gen de las citoquinas en linfocitos, macrófagos, etc	Hiperglicemia, osteoporosis, fracturas espontáneas, pérdida de masa muscular.
Azatioprina	Bloquea la síntesis de purinas en mielocitos y en leucocitos	Depresión de médula ósea, hepatotoxicidad, trastornos gastrointestinales, alopecia reversible, pancreatitis, neumonitis.

2.4 PROBLEMAS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE RENAL

ETAPAS DE LA ENFERMEDAD RENAL

a) UNA PRIMERA: ETAPA NEGACIÓN Y AISLAMIENTO:

Momento que hará que el paciente escuche lo que pueda escuchar de la información que le brinde el médico. Escuchar todo lo que le dirá el médico conducirá a la posibilidad de tener que pensar en la muerte. El paciente dirá: «no, yo no, no puede ser verdad». La negación parcial es habitual en casi todos los pacientes y puede llegar a darse en distintas fases de la enfermedad. Habrá que ayudarlo al empleo de otros mecanismos defensivos menos radicales.

b) LA SEGUNDA ETAPA: ES DE CÓLERA, AGRESIÓN Y PROTESTA:

El paciente se pregunta por qué le tiene que pasar esto a él. Surgen sentimientos de ira, rabia, resentimiento y envidia. El paciente tiene la vivencia de estar padeciendo una injusticia. En esta fase, el médico pasará a ser el depositario de la agresión por parte del enfermo. En el pensamiento de este, se debate el enojo frente a la ciencia en la persona del médico por no solucionarle su problema, la enfermedad. Resulta ser una etapa sumamente difícil de afrontar para la familia y el equipo médico. La ira se desplaza y se proyecta en los objetos que rodean al paciente. Aquí se debe tener en claro que la ira no está dirigida a nuestra persona, sino que somos el blanco tangencial de un paciente que lucha con su propio mundo interno y las circunstancias que lo acompañan (como la enfermedad) Es el momento de mayor hostilidad por parte del paciente. En la hostilidad y la depresión debemos operar. En la hostilidad, el paciente arma un proceso paranoico. Arma un estado de desamparo. Entra en posiciones paranoides, se desarma. Puede matarse o atacar afuera.

c) LA TERCERA ETAPA: OBJETIVOS PROMESAS ESPERANZAS

El paciente se establece objetivos a corto plazo. Por ejemplo se dice; que llegue con el tratamiento hasta el cumpleaños de quince de mi hija o hasta que pueda ser abuelo. La componenda debe ser interpretada como el modo de establecer un plazo. Debe interpretarse como la fase del pacto. En algunos

casos, las promesas que se propone el paciente están asociadas con sentimientos de culpa.

d) LA CUARTA ETAPA: ES LA DEPRESIÓN.

Surgen sentimientos de vacío y de impotencia acompañados de sensación de pérdida. A veces, estos síntomas son el correlato de una serie de prolongadas internaciones e intervenciones médico quirúrgicas que debilitan la organización psíquica del paciente. Así también como pueden aparecer tales signos luego de la pérdida de la posición económica y laboral que tenía el enfermo hasta el momento de declararse la enfermedad. Es una etapa en la que pueden surgir conductas encubiertas de suicidio como por ejemplo, la transgresión dietética, las ausencias reiteradas al tratamiento de la hemodiálisis y otras. Es importante en este momento trabajar conjuntamente con la familia

e) LA QUINTA ETAPA: ES LA DE ACEPTACIÓN.

En esta fase, el paciente traslada aquella primera pregunta que se formuló frente al diagnóstico, ¿por qué a mí?, a una nueva pregunta: ¿por qué a mí no?

Para enfermedades incurables y terminales es equiparable al estado de resignación. En el caso del paciente con IRCT, la aceptación le permite pensar que la enfermedad es una parte, si bien importante, sólo una parte de su vida.

A esto apunta un trabajo psicoterapéutico. Rescatar los aspectos que hacen a la subjetividad de la persona. El paciente no sólo es un riñón enfermo, es un sujeto con historia, proyectos y un entramado de vínculos que hay que buscar y traerlos nuevamente para que pueda sostenerse desde allí.

Tan cierto es que el enfermo no es reducible a la enfermedad, como que el acto médico no es reducible a una acción técnica.

2.5 Las Pérdidas De La Salud Psicológica Que Sufren Los Pacientes Con IRC

Montes y Bayle (2002) enumeran en tres puntos: 1. Pérdida de salud y bienestar; 2. Pérdida del status socio-familiar y profesional; 3. Pérdida de libertad y autonomía personal. También es importante considerar la percepción de su muerte en un cuarto punto.

A) Pérdida de la salud y el bienestar

Para pacientes con insuficiencia renal crónica existe una alternativa para continuar con vida y es la diálisis, esta alternativa - El auto concepto del paciente se ve mermado ante la inserción del catéter, de tal intervención se vierten expectativas respecto al nuevo miembro artificial que será parte de su cuerpo. La diálisis se debe convertir en un evento cotidiano para el resto de su vida y esta periodicidad señala al paciente el constante enfrentamiento con la enfermedad. El auto concepto para Aramburu y Guerra (2002) es “la representación de una realidad multidimensional en la que ciertas dimensiones adquieren más valor para algunos individuos, mientras que otras dimensiones resultan más relevantes para otros el auto concepto puede ser considerado como un reflejo de las percepciones de sí mismo acerca de cómo es visto por los demás; es una especie de reflejo de la vida social del individuo” Aramburu y Guerra (2002) expresan que el auto concepto se nutre de la percepción de personas significativas del entorno social del paciente, y si existe congruencia en la relación entre el auto concepto del paciente con la percepción de la familia produce el fortalecimiento de la autoestima del paciente.

B) Pérdida De Status Social-Familiar Profesional

La enfermedad crónica degenerativa se refleja sobre la imagen corporal, otorgando al cuerpo un notorio deterioro y transformación (Ibancovich, 1994). La impotencia sexual, la palidez y la cavidad necesaria para la diálisis en padecimientos renales, hacen que el paciente tenga una percepción de su organismo poco satisfactoria, se modifica el significado del cuerpo y ello provoca aislarse del entorno social. Gradualmente la fatiga es parte

consecuente de las características del padecimiento, remitiendo al paciente a contextos que le exigen un mínimo de fuerza física (de transportación por ejemplo) hacia una comodidad que salvaguarde su integridad, el paciente se siente más seguro en casa, que en un ambiente fuera del hogar. Montes y Bayle (2002) comentan que “el deterioro físico junto con los sentimientos de inferioridad van a ir limitando las relaciones sociales y familiares de los pacientes. El medio será vivido con hostilidad (envidia o incompatibilidad), favoreciendo el egocentrismo así como el retraimiento y la introversión de los pacientes, todo ello como resultado del control de la afectividad y de la represión de la impulsividad” (p. 8). El paciente lucha con un duelo permanente que va diezmando actividades laborales, sociales y familiares. En la medida que avanza la enfermedad, el paciente adquiere expectativas distintas a un futuro útil para los suyos y para él mismo.

C) Pérdida de la libertad y de la Autonomía

Se describe otro aspecto fundamental en el paciente, que fluctúa en cierto momento de la enfermedad en actitudes de pasividad, dependencia y resignación, pero no es recurrente en todos los casos. Primeramente se enfatiza una postura que resiste a ésta nueva modalidad de vivir. En las primeras etapas de la insuficiencia renal crónica, prácticamente se puede tener una normalidad en su vida, el paciente todavía percibe una relación favorable en su auto concepto y de los familiares también. Montes y Bayle (2002) manifiestan que la familia tiene un papel primordial en el soporte y apoyo del paciente, aunque al ayudar potencian los sentimientos de inutilidad y las actitudes hostiles de los pacientes, esto puede ocurrir en cualquier etapa de la enfermedad. El paciente por lo general se resiste frente a la sumisión y tiene una disputa para reivindicar su propia autonomía e independencia, esta rivalidad entre rechazo-aceptación y dependencia-independencia, se refleja en su percepción del proceso de diálisis.

Los puntos anteriores mostraron a grosso modo aspectos que hacen mención del modelo de salud contemporáneo: biopsicosocial. La pérdida de la salud, hace referencia hacia el aspecto biológico. La pérdida del estatus, remite al

aspecto social. La pérdida de la autonomía y la libertad, encaja en el aspecto psicológico, por los factores por las que el paciente pierde estas facultades...

2.6 EL PACIENTE CRÓNICO Y SU PERCEPCIÓN ANTE LA MUERTE:

De acuerdo con Jiménez (2002), el proceso en la enfermedad del paciente crónico conlleva una serie de pensamientos de su estado de salud, que va repercutiendo con un vislumbra miento latente y constante de su muerte. Montes y Bayle (2002) describen sobre el tema que: “el tema de la muerte está presente en el vivir de cada día: en las complicaciones mortales, en el descenso de la esperanza de vida, en el fallecimiento de los compañeros de diálisis, etcétera. Esto conlleva a la necesidad de trivializar la enfermedad en el presente inmediato, durante la rutina de los cuidados diarios o en las mismas sesiones de diálisis.

2.7 LA FAMILIA COMO RED SOCIAL INMEDIATA

A partir de los años 70 se ha realizado investigaciones donde sugieren que personas con niveles altos de interacciones favorable dentro de su red social inmediata, presentan un índice de mortalidad y síntomas psicológicos y físicos menores que los que interactúan poco (Mermelstein, Cohen, Liechtenstein, Baer, y Lamarck, 1986). Se comprueba el reconocimiento gradual de la importancia de la familia como un factor biopsicosocial que potencialmente es capaz de influir en la salud para mejorar la calidad de vida

Los estudios también mencionan que personas con familia, pareja estable y amigos les proporcionan recursos materiales y psicológicos, tienen una mejor salud que aquellos con un contacto social débil. Culturalmente la familia es una instancia que provee al sujeto de un sin número de recursos que da el necesario en cualquier momento en la vida. Es el seno familiar donde el individuo establece sus primeras relaciones interpersonales, la familia es el lugar donde la persona adquiere sus primeras habilidades sociales, por ello la familia se le considera como red social inmediata del sujeto. No se considera la familia como una red social pequeña, reducida o débil, con base a las funciones de la red es lo que la hace importante, la familia aunque

cuantitativamente es un complejo pequeño, dota de una gran cantidad de recursos de interacciones y triangulaciones entre sus miembros.

2.8 LA FAMILIA Y LA RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD CRÓNICA

Se ha mencionado sobre la implicación de la familia en el proceso de la enfermedad del paciente crónico, así como también de los efectos que puede sufrir el entorno familiar. Cano (2002) menciona que el vínculo entre el enfermo y su familia, le sirve como soporte y plataforma para desarrollar su vida en el mundo donde se desenvuelve y da sentido a cada una de sus relaciones, el ser humano tiene tres grandes tendencias: “1) tendencia a ejercer un control social de los demás: las relaciones de poder; 2) tendencia a conseguir la unión, la intimidad y el placer de las relaciones que se manifiestan en tres necesidades fundamentales: 2.1) necesidad de establecer vínculos afectivos percibidos como incondicionales y duraderos: el apego; 2.2) necesidad de disponer de una red de relaciones sociales: amigos, conocidos y pertenencia a una comunidad; 3) necesidad de contacto físico placentero: actividad sexual asociada a deseo, atracción” Yurss (2002) habla de las premisas básicas del modelo biopsicosocial, donde los diversos subsistemas del ser humano (biológico, individual, familiar, comunitario) mantienen una relación de influencia recíproca, de tal forma que afectan a la salud como a la enfermedad. La experiencia clínica, apoya la hipótesis que sostiene que las familias influyen en la salud de sus miembros y a su vez se ven influenciadas por ellas (Valencia, Rojas, González, Ramos y Villatoro, 1989). Combinando la atención individual con la familiar, se actuaría de forma eficaz sobre los problemas asistenciales. Es evidente que la práctica clínica que combina el enfoque biológico con el familiar aumenta sus recursos y eficacia. Para acercarnos al enfoque de la familia en la actividad asistencial, Yurss (2002) ha tomado en cuenta que: “el foco principal de la atención sanitaria, es el paciente considerado en su contexto familiar, lo cual no significa enfrentar el enfoque individual con el familiar, sino entender a la persona como entidad biológica y emocional, explorando los factores familiares para ver hasta qué punto inciden en la génesis de la enfermedad. La familia es la fuente principal de las creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud, las tensiones que sufre a través de su ciclo evolutivo se pueden manifestar como

síntomas, los cuales pueden ser la expresión de los procesos adaptativos del sujeto y ser mantenidos por las conductas familiares” La familia es un factor fundamental para el estado anímico del ser humano, se acrecienta la atención cuando uno de los integrantes de la familia carece de salud o está sometido a un tratamiento médico. La estabilidad hacia el interior de la red social inmediata es de suma importancia, al estar satisfecha la familia con los cuidados del paciente, con la información necesaria, con la interacción adecuada en su organización, es muy probable que el paciente crónico se sienta protegido, y al realizar sus actividades cotidianas, puede establecer una independencia y un mejoramiento que se incremente gradualmente. Fuertes y Maya (2002) exponen que las reacciones de las familiares ante una enfermedad crónica, por lo general se adaptan adecuadamente a la nueva situación, incluso son capaces de reorganizar sus lazos. Aseveran que son la minoría de los casos en la que el interior de la red social inmediata se ve diezmada al grado de desvanecerse (divorcio, separación). Jiménez (2002) sobre este punto menciona: “en primer lugar la familia debe planificar el futuro del enfermo y el de la propia familia, en segundo lugar preocuparse de sí mismo, además manifiesta la importancia de aprender a conocer los sentimientos propios, es decir, que el cuidador principal a menudo está abrumado y de poco le valen los consejos de otros familiares, las reacciones emocionales, los sentimientos en los que puede caer como consecuencia de convivir, atender y querer a su familiar enfermo, son variados”

2.9 Importancia de las Red Social en la IRC

El concepto de redes sociales de apoyo, se debe al psiquiatra inglés S. H. Foluces, quién es uno de los organizadores del movimiento de terapia de grupo en Gran Bretaña. Foluces insistía en la importancia del fenómeno de grupo como un todo (González, 2000). Las redes sociales de un individuo, corresponden a todas las relaciones significativas que establece a lo largo de su vida, estas redes se conforman por: familia, amigos, compañeros de trabajo, personas de su comunidad y miembros de las instituciones educacionales, asistenciales y comunitarias (Álvarez y Puñales, 1988; Ruiz, 1994). Las redes sociales involucran la comunicación entre los miembros que la conforman y que se ajustan a las demandas del contexto. Aun cuando su

uso es práctico es antiguo en los grupos de autoayuda en intervención comunitaria, el tema de apoyo social y redes sociales de apoyo, es probablemente el que emerge con más fuerza en la década de los 90 dentro del área conceptual de la psicología.

Jiménez (2002) argumenta que la red social favorece muchas de las actividades cotidianas que se relacionan con la calidad de vida, la red social ayuda a establecer actividades positivas para el sujeto: rutina de dieta, de ejercicios, de sueño, de seguimiento de tratamientos médicos, etcétera; al tener un sistema de apoyo como una red social sólida, la vulnerabilidad a las enfermedades es muy baja y la posibilidad de recuperación en cualquier enfermedad es mayor que cuando la persona no cuenta con redes sociales consistentes, la Jiménez (2002) describe que el tamaño de la red social, influye en la función de la misma, una red social pequeña puede ser menos eficaz en una situación a larga duración, ya que las personas que la constituyen comienzan a distanciarse cuando resiente el deterioro de la red social pequeña. Una red numerosa tampoco puede dar ayuda en momentos críticos de tensión emocional. Sluzki (2002) menciona que: “las redes de tamaño medio son más efectivas que las pequeñas o muy numerosas” El tamaño adecuado de una red social, es cuando ésta puede actuar como un monitor de cada integrante, el tamaño de la red se relaciona con la necesidad de todas las personas que la conforman, de saberse dentro de un grupo de pertenencia al cual referirse en momentos críticos y encontrar solución parcial o total.

2.10 Relaciones Interpersonales:

Alrededor de los diferentes procesos de enfermedad se erigen sistemas de significaciones donde se integran elementos relacionados con su devenir histórico, información más o menos acreditada a la que se ha tenido acceso, creencias personales, experiencias de otras personas, incluso la propia representación de la vida. Dichos significados pueden involucrar teorías acerca de la causalidad, evolución y pronóstico, suelen sostener una intensa connotación normativa, y pueden expresar perspectivas acerca de la relación

entre el ser humano y el mundo circundante. Y lo que es más importante, siempre sostienen una fuerte carga valorativa.

Los juicios de valor que acompañan estas significaciones son automáticamente depositados sobre las personas que viven con estas enfermedades, creándose una visión estereotipada y en mucho desacreditada sobre ellas, y que se resume en etiquetas con pretensiones tales como: "diabético/a", "cardiópata", "canceroso/a", "nefrótico/a", "enfermo/a". Las cargas valorativas y significados que acompañan estas etiquetas no son solamente impuestas desde lo externo sino también asumidas internamente, en tanto el sujeto comparte la cultura que sostiene estas representaciones.

Respuestas de aislamiento social, encubrimiento y manejo de secretos son algunas estrategias posibles de estructurar en el marco de estas redes sociales para lidiar con el estigma y las situaciones de discriminación; hasta lograr un sentido de equilibrio a través de un proceso de reestructuración de identidad que se inicia desde los primeros vínculos con la enfermedad

3. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

3.1. CALIDAD DE VIDA Y SALUD MENTAL EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ABULATORIO EN ES SALUD AREQUIPA

a) **Autor** Dr. EMILIO HINOJOSA CÁCERES; **Doctorado en Ciencias: Salud Colectiva Red Asistencial Arequipa**

b) País Perú – Año 2006

c) **Resultados:**

El grupo de investigación los pacientes con I.R.C. está constituido por pacientes tratados en hemodiálisis 55% un seguidos por pacientes de DIPAC 41.91 % y un 2.94 % de Trasplante Renal. El grupo de estudio estuvo constituido por pacientes que exhiben edades que oscilan entre 14 a 85 años varones y mujeres En un 61.% de los pacientes que integraron el grupo de investigación proceden de Arequipa un 21.23% de la ciudad de Puno como podemos evidenciar; cómo podemos apreciar en el grupo de estudio un 28.68 % son jubilados El grupo de trasplante renal presenta un 75% hemodiálisis un

21.33% DIPAC en un 21.05% Para el parámetro salud general se aprecia que en Hemodiálisis El 70.33 % es mala y buena en un 30.67% para el grupo de DIPAC en un 52.63% es mala y en un 20.37 buena en referencia al grupo de trasplante renal un 100 % es buena. En el parámetro función física según grupo de estudio se tiene en Hemodiálisis un 45.33% en buena en DIPAC un 68,48 % mala; en trasplante renal el 100% es buena. La escala de salud mental se aprecia que el grupo de hemodiálisis es mala en un 66.00% DIPAC el 40.35 % todo lo contrario a trasplante renal.

DISCUSIÓN:

Analizando la variable dependiente calidad de vida, medida a través del cuestionario SF-36, y las dimensiones que la componen, se pudo observar que en el 52.06 % en promedio de las personas encuestadas tiene una apreciación de mala calidad de vida. El rol físico alcanzó una de las medias más bajas de la población en 43 estudio, se pudo observar que más de un 70% de los pacientes declaró que su salud física interfiere en el desempeño de su trabajo, lo que coincide con los resultados de otros estudios similares y publicados en revistas de circulación internacional, esto es, que cifras cercanas a las dos terceras partes de los pacientes en diálisis no vuelven al trabajo que realizaban antes del inicio de la insuficiencia renal crónica terminal. En relación a la percepción de la salud general informada por estos pacientes, se aprecia que la autovaloración realizada de su situación personal respecto a las perspectivas de su salud en el futuro y la resistencia a enfermar, es baja, En relación a la función social, se pudo observar que la gran mayoría de los pacientes no había cambiado sus redes sociales al surgir la enfermedad. Similar al trabajo de investigación realizado en la Seguridad Social de México. En referencia a la expectativa laboral el 70 % poseen una expectativa laboral nula a parcial, un 28.68 % son jubilados. En general se dirá que la salud mental es mala de los pacientes con IRC deteriorando su calidad de vida.

3.2.OBJETIVOS

1. Determinar cómo es la salud mental de los pacientes con diagnóstico de IRC con tratamiento ambulatorio del hospital ES SALUD Arequipa 2013
2. ¿Determinar cómo es la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de IRC con tratamiento ambulatorio del hospital ES SALUD Arequipa 2013?
3. Determinar cómo repercute la salud mental en la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de IRC con tratamiento ambulatorio del hospital ES SALUD Arequipa 2013.

3.3.HIPÓTESIS

Es probable que la salud mental de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal altere la calidad de vida de los pacientes.



4. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

4.1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE VERIFICACIÓN

4.1.1. Técnicas:

Para la recolección de datos se utiliza la técnica del cuestionario.

La prueba fue creada por la Dra. Lluch y Sabater, (1994) el cuestionario de **salud mental positiva de Lunch** consta de 39 preguntas que evalúan 6 factores de la siguiente manera:

Áreas que evalúa:

- Factor 1: satisfacción Personal consta de 8 ítems
- Factor 2: actitud Pro Social consta de 5 ítems
- Factor 3: Autocontrol consta de 5 ítems
- Factor 4: Autonomía consta de 4 ítems
- Factor 5: Resolución De Problemas consta de 8 ítems
- Factor 6 : Habilidad De Relación Interpersonal 7 ítem

Significado	Puntuación :
Salud mental Buena	39 a 78
Salud mental Regular	79 a 118
Salud mental Mala	119 a 156

La escala ha sido construida y validada presentando una elevada correlación factorial (entre 0,11 y 0,96 y una alta consistencia interna alfa de Cron Bach 0.91 así como la fiabilidad test (0-50 a 0.98).

El cuestionario de salud SF-36:

Es uno de los instrumentos relacionados con la calidad de vida relacionados a la salud elaborado a partir de una extensa batería utilizadas por MOSS dicho cuestionario evalúa el estado general de salud de la persona abordando diferentes aspectos relacionados con la vida cotidiana de la persona evaluada .Han aparecido 2 versiones de este cuestionario. Siendo muy parecidas entre sí, Las preguntas del cuestionario piden respuestas

relacionadas con el mes anterior. Sin embargo, tanto para las versión 1 y como para la versión 2 hay una adaptación (llamada versión aguda), cuya diferencia radica en que pide las respuestas con relación a la semana anterior.

Este cuestionario puede ser evaluado de forma individual colectiva, Las puntuaciones de cada una de las 8 dimensiones del SF-36 oscilan entre los valores 0 y 100. Siendo 100 un resultado que indica una salud óptima y 0 reflejaría un estado de salud muy malo.

Las dimensiones que evalúa son:

Dimensión	Número de ítems	Peor puntuación	Mejor puntuación
Función física	10	Muy limitado para realizar actividades físicas	Lleva a cabo todo tipo de actividades
Rol físico	4	Problemas en el trabajo y actividades diarias	Ningún problema en el trabajo u otras actividades
Dolor corporal	2	Dolor intenso extremadamente limitante	Ningún dolor limitante
Salud general	4	Evalúa la salud mala u optima	Evalúa la salud
Función social	1	Interferencia de las actividades normales debido a la enfermedad	Lleva a cabo las actividades sin ningún problema
Rol emocional	3	Problemas en el trabajo debido a problemas emocionales	Ningún Problemas en el trabajo debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión la mayor parte del tiempo	Sentimiento de serenidad calma la mayor parte del tiempo
Transición de salud	1	Creo que mi salud es mucho peor ahora que hace un año	Creo que mi salud es mucho mejor ahora que hace año

4.2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

Ámbito de la investigación: la presente investigación se realizó en hospital Nacional de Es Salud de la provincia y departamento de Arequipa.

4.3. UNIDADES DE ESTUDIO

La investigación cuenta con un universo de 710 pacientes y con una muestra de 250 con insuficiencia renal crónica terminal que realizan su tratamiento ambulatorio en el hospital Nacional de Es Salud Arequipa cuyas edades fluctúan entre 18 a 60 años de ambos sexos

4.4. UNIVERSO

Está formado por pacientes con tratamiento ambulatorio del hospital Es Salud Arequipa 2013. En las cuales se tiene una población de 710 todos distribuidos en las tres áreas

Como son: Trasplante = 240
 Hemodiálisis = 350
 Diálisis peritoneal (dipac) = 120

4.5. MUESTRA

Esta investigación está dirigido a pacientes adultos diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal con tratamiento ambulatorio del hospital Nacional ES Salud serán seleccionados para la presente investigación de forma intencional se utilizara un margen de confianza de 95.% con un margen de error de 5% siendo el muestreo así:

ÁREAS	FRECUENCIA	FRACCIÓN MUESTRAL	TES. A APLICAR
Trasplanté	240	0.35	85
Hemodiálisis	350	0.35	123
Dipac	120	0.35	42
Total	710		250

MOMENCLATURA

n = inicio de muestra

N = universo

P y q = proporciones

b = margen de error en este caso es 5%

4.5. TEMPORALIDAD

La presente investigación destinada a pacientes con IRC terminal con tratamiento ambulatorio en el hospital Es Salud Arequipa tendrá una duración de 6 meses de diciembre del 2012 a mayo del 2013

FORMULA Y DESARROLLO MUESTRAS

$$n = \frac{N (p) (q)}{(n - 1) D + (p) (q)}$$

$$D = \frac{B \sqrt{(2)(2)}}{2} = \frac{0.05}{2} = 0.00065$$

$$T = 1.96$$

$$n = \frac{710 (0.5) (0.5)}{(710 - 1) D + (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{177.5}{709 (0.00065) + (0.25)}$$

$$n = \frac{177.5}{0.71} \quad \boxed{n = 250 \text{ esta es la muestra}}$$

Ahora esta muestra se tiene que segmentar en las tres áreas

Para esto se aplica la siguiente formula $\boxed{FM = \text{muestra} / \text{universo}}$

$$Fm. 250 / 710 = 0.35$$

4.6. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para efectos de la recolección de datos se coordinara con el director del Hospital Nacional Es Salud Arequipa y directores del área de nefrología

La duración del estudio en su totalidad está prevista para seis meses y la recolección de datos entre cuatro meses aproximadamente

Los instrumentos que se utilizaran se encuentran validados y previamente se realizara una exposición en el auditorio del hospital nacional con la finalidad de informar el propósito de la investigación y lograr tener un primer contacto con los pacientes ,posteriormente a ello se hizo la coordinación con el área de nefrología del hospital Carlos Edmundo Escomel con el área de nefrología cuya encargado es Dr. César Agosto Trillo Rodríguez Luego con el área de DPC, Hemodiálisis y trasplante renal, seguido a ello se les reunión a los pacientes en el auditorio central del Es salud para el presente estudio se pidió consentimiento verbal a los pacientes antes de la aplicación de la prueba explicándoles en qué consistía el trabajo y los beneficios de su desarrollo el cual todos dieron el consentimiento positivo. Seguidamente se coordinó con las tres áreas Dpac, hemodiálisis, trasplante para programar los días de aplicación de las pruebas a su vez la investigadora es estaba al tanto de los días programados para su debido control médico ya que en dichos controles médicos también se coordinaba las aplicaciones de los cuestionarios a los tres grupos de pacientes, el cual tuvo una duración de 4 meses. A la entrega de los cuestionarios; primeramente se les explicaba en qué consistía el estudio y cuál era la forma de llenar los dos cuestionarios luego de la aplicación se procedía la entrega para que el paciente llenara los cuestionarios cabe resaltar que en los cuestionarios son anónimos y que no se encuentran respuestas malas o buenas que invaliden la prueba o ex sigan un re test.

Una vez recolectado los datos estos se sistematizaran estadísticamente para el análisis, interpretación y conclusiones finales.

4.7 . CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Actividades	Diciembre 2012	Enero 2013	Febrero 2013	Marzo 2013	Abril 2013	Mayo 2013
Elaboración del proyecto	x					
Desarrollo del proyecto		x				
Recolección de datos			x	x	x	x
<ul style="list-style-type: none"> • Sistematización • Sugerencias • Elaboración del informe 						x

5. BIBLIOGRAFÍA:

PAGINAS DE INTERNET

- <http://blog.pucp.edu.pe/item/9342/afrentamiento-en-pacientes-con-insuficiencia-renal-cronica>
- <http://es.slideshare.net/Viviendolavida/manejo-psicologico-del-paciente-con-irc>
- <http://ccs.infospace.com/ClickHandler.ashx?du=www.ask.com%2fInsuficiencia%2bRenal%2bCronica&ru=http%3a%2f%2fwww.google.com%2fack%3f%3d>
- <http://ccs.infospace.com/ClickHandler.ashx?du=www.ask.com%2fInsuficiencia%2bRenal%2bCronica&ru=http%3a%2f%2fwww.google.com%2fack%3f%3d>
- <http://www.seden.org/files/235a.pdf>
- <http://www.buenastareas.com/ensayos/Ejercicio-F%C3%ADsico-En-Pacientes-Con-Insuficiencia/1756143.html>
- <http://diariododialisis.files.wordpress.com/2009/05/calidad-de-vida-en-pacientes-en-hemodialisis-resumen-1.pdf>



ANEXOS

CUESTIONARIO SOCIAL LOS PACIENTES CON IRC

1.- ¿cuál es el tipo de tratamiento?

- a) Diálisis
- b) Hemodiálisis
- c) Trasplante

2.- ¿Cuál es la edad que tienes?

- a) 18 -28
- b) 29-39
- c) 40- 50
- d) 51-60
- e) Más de 61.

Sexo:

- a) Femenino
- b) Masculino.

3.- ¿Cuál es tu grado de instrucción?

- a) Primaria /completa / incompleta
- b) Secundaria / completa / incompleta
- c) Superior /completa / incompleta
- d) Superior / completa / incompleta
- e) Superior técnico / completo / incompleto
- f) Ninguno

4. ¿cuál es tu estado civil ?

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Convivirte
- d) Viudo
- e) Divorciado

5.-¿Cuál es tu ocupación laboral ?

- a) Empleado publico
- b) Empleado privado +
- c) Empleado independiente
- d) Rubro _____

6.-¿ cuál es tu ingreso económico

- a) De 100 a 400
- b) De 400 a 700
- c) De 700 a1200
- d) 1200 a más

7.-¿tienes otras enfermedades asociadas ?

- a) Diabetes
- b) Hipertensión
- c) Ceguera
- d) Otros

8.-¿Cuánto tiempo de tratamiento llevas ?

- a) Entre 4 a 7 meses
- b) Entre 8 a 11 meses
- c) Entre 1 año y 2 años
- d) Más de 2 años

9.- ¿cuentas con algún tipo de apoyo?

- a) Recibes apoyo
- b) No recibe apoyo

De quien _____

CUESTIONARIO SF -36 SOBRE SU ESTADO DE SALUD:

INSTRUCCIONES: las preguntas que sigues se refieren a lo que piensa sobre su salud sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted hasta qué punto es hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica si no está seguro de responder una pregunta por favor conteste lo que parece más cierto.

1.- En general dirías que tu salud es:

- a) Excelente 1
- b) Muy buena 2
- c) Buena..... 3
- d) Regular 4
- e) Mala..... 5

2.- ¿Cómo dirías usted que encuentra su salud actual comparada con el de hace un año?

- a) Mucho mejor ahora que hace un año 1
- b) Algo mejor que hace un año 2
- c) Más o menos igual que hace un año 3
- d) Algo peor ahora que hace un año 4
- e) Mucho peor ahora que hace un año 5

3.- la siguientes preguntas se refiere a actividades que usted puede hacer durante un día normal ¿su estado de salud actual lo limita en estas actividades si es así ¿Cuánto?

	Si me limita mucho	Si me limita poco	No me limita para nada
	1	2	3
a) Actividades intensas tales como correr levantar			
b) Actividades moderadas tales como mover una mesa empujar una aspiradora trapear lavar jugar futbol montar bicicleta			
c) Levantar o llevar cosas de compras			
d) Subir varios pisos por la escalera			
e) Subir un piso por la escalera			
f) Agacharse arrodillarse o ponerse de rodilla			
g) Caminar más de un kilómetro (10 cuadras)			
h) Caminar medio Kilómetro (5 cuadras)			
i) Caminar cien metros (1 cuadra)			
j) Bañarse o vestirse			

4.-Durnte las últimas cuatro semanas ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con sus trabajos o otras actividades diarias normales a causa de su salud física?

Marque un número en cada línea)

	Si	No
a) ¿Ha disminuido usted el tiempo dedicado al trabajo u otras actividades?	1	2
b) ¿Ha podido hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?	1	2
c) ¿Se ha visto limitado /a en el tipo de trabajo u otras actividades?	1	2
d) ¿Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades? (Por ejemplo le ha costado más esfuerzo)	1	2

5.- Durante las últimas cuatros semanas ¿Ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido /a o ansioso / a? (Marque un número en cada línea)

	Si	No
a) ¿Ha disminuido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?	1	2
b) ¿Ha podido hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?	1	2
c) ¿ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual?	1	2
	1	2

6.- Durante las últimas cuatro semanas ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con su familia , amigos ,vecinos u otras personas (Marque un solo número)

Nada en absoluto	1
Ligeramente.....	2
Moderadamente.....	3
Bastante.....	4
Extremadamente.....	5

7.- ¿Cuánto dolor físico ha tenido durante las últimas cuatro semanas ?

Ninguno.....	1
Muy poco	2
Poco.....	3
Medrado.....	4
Mucho.....	5
Muchísimo.....	6

8.- Durante las últimas cuatro semanas ¿Cuánto ha dificultado el dolor en su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera del hogar como las tareas domesticas? (marque un solo número) .

Nada en absoluto	1
Ligeramente.....	2
Moderadamente.....	3
Bastante.....	4
Extremadamente.....	5

9.- Las siguientes preguntas se refiere a cómo se siente usted y como ha sentido las cosas durante las últimas cuatro semanas .En cada pregunta, por favor diga la respuesta que mas se aproximaste a la manera que se ha sentido usted
¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas ?

	Siempre	Casi siempre	Muchas Veces	Algunas Veces	Casi Nunca	Nunca
a) Se ha sentido lleno de vitalidad ?	1	2	3	4	5	6
b) Has estado muy nervioso						
c) Te has sentido con el ánimo tan decaído que nada te puede animar						
d) Se ha sentido intranquilo						
e) Has tenido mucha energía						
f) Te has sentido demasiado triste						
g) Te has sentido agotado						
h) Te has sentido feliz						
i) Te has sentido cansado						

10.- durante las últimas cuatro semanas ¿Cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos , parientes , ect)

Siempre..... 1
Casi siempre..... 2
Algunas veces..... 3
Casi nunca..... 4
Nunca..... 5

11.-¿Cómo le parece cada una de las siguientes afirmaciones ?

(marque un numero en cada línea)

- a) Me parece que me enfermo mas fácilmente que otras personas
- b) Estoy tan sano como cualquiera
- c) Creo que mi salud va empeorar
- d) Mi salud es excelente

Totalmente Cierta	Bastante cierta	No se	Bastante falsa	Totalmente falsa
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Preguntas:	Siempre o casi siempre	Con bastante frecuencia	Algunas veces	Nunca o casi nunca
Las opiniones de los demás influyen a la hora de tomar decisiones				
Me preocupa que la gente me critique				
Me resulta difícil tener opiniones personales				
Cuando tengo que tomar decisiones me siento inseguro				
Soy capaz de tomar decisiones por mí misma				
Intento mejorar como persona				
Intento sacar los aspectos positivos de las cosas que me suceden				
Intento mejorar como persona				
Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme				
Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme				
Delante de un problema soy capaz de solicitar información				
Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan				
Tengo dificultad para relacionarme abiertamente con mi entorno familiar				
Creo que soy una persona sociable				
Tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas				