UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA E INTERDISCIPLINARIAS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL
8/8/17
OFICINA EJECUTIVA DE EDICIÓN Y PUBLICACIONES

PROBLEMAS PSICOSOCIALES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, EN HEMODIÁLISIS EN EL CENTRO NEFROUROLÓGICO EL ORIENTE SAC, PUCALLPA – UCAYALI 2017.

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD, MENCIÓN EN:

"CUIDADOS NEFROLÓGICOS"

AUTORAS: Lic. Enf. VERONICA PATRICIA AVALOS GARCIA DE LLAQUE

Lic. Enf. SANDY MONICA DIAZ DAVILA

ASESORA: Dra. OTILIA HERNÁNDEZ PANDURO

PUCALLPA – PERÚ

2017

La presente tesis titulada: "**PROBLEMAS PSICOSOCIALES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, EN HEMODIÁLISIS EN EL CENTRO NEFROUROLÓGICO EL ORIENTE SAC, PUCALLPA – UCAYALI 2017,** fue aprobada por los miembros del jurado calificador, conformado por:

Dra. Nelly Graciela Tafur Flores
Presidente

Dra. Yolanda Gladys Santos Villegas
Miembro

Mg. Rolinda Falcón Riva Agüero
Miembro

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida y su bendición cada día.
A mi querido esposo Miguel e hijos Ichiro y Renato que siempre me acompañan y son el soporte diario.

Verónica

A Dios por su amor, su fidelidad y ayudarme a alcanzar mis metas.
A mi esposo e hijos que valoran mi esfuerzo y comprenden mi deseo de superación.

Sandy

AGRADECIMIENTO

A las autoridades de la Universidad Nacional de Ucayali y Facultad Ciencias de la Salud por la gran oportunidad de continuar capacitándonos y actualizándonos como profesionales de enfermería a través del Programa de Segunda Especialidad.

A la coordinadora del Centro Nefrourológico del Oriente SAC, por darnos la oportunidad de desarrollar la investigación en beneficio de los pacientes renales.

A la asesora Dra. Otilia Hernández Panduro, por las motivaciones y sus buenos consejos para lograr nuestros objetivos.

A los jurados evaluadores, por las orientaciones oportunas durante el desarrollo del presente estudio.

RESUMEN

El objetivo fue determinar los problemas psicosociales de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en hemodiálisis, que acuden al Centro Nefrourológico El Oriente, Pucallpa – Ucayali, 2017. Método: estudio no experimental de nivel descriptivo, transversal y cuanti-cualitativo. El muestreo fue no probabilístico, intencionado, conformada la muestra por 53 pacientes. La técnica que se utilizó fue la entrevista y la encuesta. Los instrumentos fueron: 01 cuestionario breve para la dimensión social, 02 instrumentos para la dimensión psicológica: ansiedad/depresión (denominados "inventarios") y una Escala de Estrés Percibido (PSS), instrumento de auto informe que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes. Todos validados y probada su confiabilidad por expertos científicos. Resultados: Edad mínima:18 años, la máxima 73 años, la media de las edades 52.4 años, Desviación Estándar= 12.96. La edad de la mayoría estuvo comprendida entre 18 a 59 años y el sexo masculino tuvo mayor representatividad (54.7%). El 73.6% recibe tratamiento de hemodiálisis de 1 a 5 años. Entre los problemas psicológicos se encontró que el 47.2% y 30.2% presentó ansiedad de leve a moderada, el 35.8% y 22.6% presentó depresión de leve a moderada y el 43.4% y 28.3% estrés de moderado a severo. Problemas sociales: el 37.7% y 15.1% tienen a veces y siempre problemas que dificultaron sus actividades sociales. Conclusiones: Los pacientes con IRC en hemodiálisis si presentan problemas psicosociales como ansiedad y depresión de leve a moderada, estrés percibido de moderado a severo y sentimiento de frustración y rechazo a las actividades sociales en el hogar.

Palabras clave: Problemas psicosociales, pacientes en hemodiálisis.

ABSTRACT

The aim was Pucallpa - Ucayali determined the problems psicosociales of the patients with Renal Chronic Insufficiency in hemodiálisis, that come to the Center Nefrourológico The East, 2017. Method: not experimental study of descriptive, transverse and cuanti-qualitative level. The sampling was not probabilístico, meaningful, shaped the sample for 53 patients. The technology that was in use was the interview and the survey. The instruments are: 01 brief questionnaire for the social dimension, 02 instruments for the psychological dimension: anxiety / depression ("inventories called") and a Scale of Perceived Stress (PSS), instrument of formless car that evaluates the level of stress perceived during the last month. All validated and proved his reliability for scientific experts. Results: Age mínima:18 years, the maxim 73 years, the average of the ages 52.4 years, Standard Diversion = 12.96. The age of the majority was understood between 18 to 59 years and the masculine sex had major representation (54.7 %). 73.6 % receives treatment of hemodiálisis from 1 to 5 years. Between the psychological problems one thought that 47.2 % and 30.2 % presented anxiety of slightly to moderated, 35.8 % and 22.6 % presented depression of slightly to moderated and 43.4 % and 28.3 % stress of moderated to severely. Social problems: 37.7 % and 15.1 % have sometimes and always problems that impeded his social activities. Conclusions: The patients with IRC in hemodiálisis if they present problems psicosociales as anxiety and depression of weighs anchor to moderated, stress perceived of moderated to severely and feeling of frustration and rejection to the social activities in the home.

Key words: Problems psicosociales, patient in hemodiálisis.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	13
1.1. ANTECEDENTES:	13
1.1.1. Internacional	13
1.1.2. Nacional	15
1.1.3. Local	17
1.2. BASE TEÓRICA:	18
1.2.1. Insuficiencia Renal Crónica	18
• Definición	18
• Prevalencia	18
• Etiología	19
• Fisiopatología	20
• Factores de riesgo	21
• Manifestaciones clínicas de la IRC	21
• Diagnóstico – Clasificación de la IRC	22
• Terapias de sustitución de la función renal	24
- Trasplante renal	24
- Diálisis	25
o Hemodiálisis	25
1.2.2. Problemas psicológicos en el paciente con IRC en hemo diálisis.	26
1.2.3. Problemas sociales en el paciente con IRC en hemo diálisis.	29
1.2.4. Medición de la Ansiedad, Depresión y Estrés – Escalas	31

de medición.
1.2.5. Intervención de enfermería en pacientes con IRC con problemas psicosociales. 32

1.3. MARCO CONCEPTUAL 34
1.3.1. Definición de términos operacionales 34

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO 36
2.1. ÁMBITO 36
2.2. POBLACIÓN 36
2.3. MUESTRA 37
2.4. NIVEL Y TIPO DE ESTUDIO 37
2.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 37
2.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS 38
2.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 39
2.8. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS 39

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN 40
RESULTADOS 41
DISCUSIÓN 41

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 56
ANEXOS 59

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Edad y sexo de pacientes con IRC en hemodiálisis en el Centro Nefrourológico El Oriente SAC, Pucallpa 2017. 41

Tabla 2. Edad y tiempo de tratamiento de pacientes con IRC en hemodiálisis En el Centro Nefrourológico El Oriente SAC, Pucallpa 2017 42

Tabla 3. Problemas psicológicos: ansiedad, que presentan los pacientes con IRC en hemodiálisis, según tiempo de tratamiento en el Centro Nefrourológico El Oriente SAC, Pucallpa 2017. 43

Tabla 4. Problemas psicológicos: Depresión que presentan los pacientes con IRC en hemodiálisis en el Centro Nefrourológico El Oriente SAC, Pucallpa 2017. 45

Tabla 5. Problemas psicológicos: Estrés percibido que presentan los pacientes Con IRC en hemodiálisis en el Centro Nefrourológico El Oriente SAC, Pucallpa 2017. 47

Tabla 6. Problemas sociales que presentan los pacientes con IRC en hemodiálisis en el Centro Nefrourológico El Oriente SAC, Pucallpa 2017. 49

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) o insuficiencia renal crónica (IRC) afecta a cerca del 10% de la población mundial. Se puede prevenir pero no tiene cura, suele ser progresiva, silenciosa y no presentar síntomas hasta etapas avanzadas, cuando las soluciones -- la diálisis y el trasplante de riñón — ya son altamente invasivas y costosas.

Los datos disponibles, aún insuficientes, sugieren una gran inequidad en el acceso al tratamiento para la ERC en nuestra región, con una clara desventaja para los países y poblaciones con menores ingresos (OPS-OMS, 2016).

En los Estados Unidos, por ejemplo, según la Encuesta Nacional en Salud y Nutrición (NHANES), los casos nuevos de IRC se duplicaron en los mayores de 65 años entre 2000 y 2008. La prevalencia de personas de más de 60 años con enfermedad renal crónica pasó de 18,8% en 2003 a 24,5% en 2006, pero se mantuvo por debajo del 0,5% en aquellos de 20 a 39 años. En Chile, en 1998 hubo 5.594 pacientes, mientras que en el año 2008 se registraron 13.636 pacientes con IRCT (Urzúa, 2011).

En el Perú, en el año 2013, el Ministerio de Salud (MINSA) informó que aproximadamente 300 mil personas padecen de ERC, mientras que la prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) estaría cerca a los 9,000 pacientes por año que requieren diálisis (hemodiálisis – Diálisis Peritoneal) y/o trasplante renal. Asimismo, se calcula que más de dos millones y medio de personas se encuentran en riesgo de contraer la enfermedad.

Sin embargo, la hemodiálisis siendo uno de los tratamientos de reemplazo renal (TRR) y muy difundido, genera cambios en los estilos de vida y en las conductas cotidianas de las personas que se someten a ella, tales como la dieta, ingesta de líquidos y uso de medicamentos. El tratamiento produce también efectos adversos a nivel psicológicos, tales como depresión, ansiedad y trastornos de conducta (Montagud F. J., 2012). En pacientes con tratamiento sustitutivo renal además se observan efectos a nivel psicosocial, tales como problemas maritales, disfunción sexual y problemas socioeconómicos. Todos estos cambios y efectos inciden directamente en la calidad de vida de las personas. La manera como ellas afrontan las situaciones son subjetivas e

individuales, no existe un patrón de calidad de vida, sino formas diferentes de enfrentar la terapéutica (Patat CL., Stumm EMF, Kirchner RM, Guido LA, Barboza DA., 2012). La interacción del paciente con su medio, su personalidad y proyecciones conforman un estado emocional en el paciente que inciden en su adaptación al cambio y por ende en su bienestar y estabilidad (Sánchez A., 2014).

En algunos estudios norteamericanos, se ha encontrado una estrecha relación entre la escasez de apoyo social del paciente y un aumento de la percepción negativa que este tiene de su enfermedad, En otros estudios, el mayor o menor grado de apoyo social percibido por el paciente, se relaciona directamente con los efectos de la enfermedad y el comportamiento psicológico que desarrolla. De hecho se está considerando la falta de apoyo psicosocial, como un factor influyente en la morbi-mortalidad del paciente renal. (Iborra, 2006).

Según la revisión bibliográfica, existe una alta prevalencia de ansiedad y depresión en estos pacientes con IRCT, la depresión aparece como la segunda condición de comorbilidad que requieren hemodiálisis (HD); así mismo está descrito que una cuarta parte de los pacientes tenían ansiedad y la otra mitad síntomas cognitivos de depresión (Gómez L., Pac N., Manresa M., Lozano S., Chevarria J., 2015), como es de comprender, los pacientes con IRCT se encuentran más vulnerables a experimentar estos desórdenes depresivos por la severidad de la enfermedad así como los problemas y las limitaciones físicas y médicas asociadas que exceden su capacidad de afrontamiento y adaptación.

Los hallazgos encontrados acerca de los problemas psicosociales que tienen los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis que asisten a la Unidad de Hemodiálisis serán proporcionados a la gerencia y al equipo de salud del Centro Nefrourológico El Oriente SAC, como información confiable, actualizada y relevante, a fin de que se desarrollen estrategias y actividades de promoción dirigidas a este grupo de personas con el fin de mejorar el estado psicológico y social por ende a la calidad de vida adoptando conductas positivas que repercutirán en el mejoramiento de su salud, así disminuir la frecuencia de complicaciones y sus repercusiones, brindando con ello un cuidado integral que bien lo necesita este grupo humano.

En tal sentido se vio la necesidad de investigar ¿Cuáles son los problemas psicosociales de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en hemodiálisis, que acuden al Centro Nefrourológico El Oriente SAC, Pucallpa – Ucayali, 2017?, habiéndonos planteado los siguientes objetivos de investigación:

Objetivo General:

Determinar los problemas psicosociales de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en hemodiálisis, que acuden al Centro Nefrourológico El Oriente, Pucallpa – Ucayali, 2017.

Objetivos específicos:

1. Identificar la edad, el sexo y tiempo de tratamiento de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en hemodiálisis que acuden al Centro Nefrourológico El Oriente, Pucallpa – Ucayali, 2017.
2. Describir los problemas psicológicos que presentan los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en hemodiálisis que acuden al Centro Nefrourológico El Oriente, Pucallpa – Ucayali, 2017.
3. Describir los problemas sociales que presentan los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en hemodiálisis que acuden al Centro Nefrourológico El Oriente, Pucallpa – Ucayali, 2017.

Con la seguridad que los resultados de la presente investigación, permitirá sensibilizar y buscar la solución de los problemas psicosociales del paciente sometido a tratamiento sustitutivo de hemodiálisis que acuden al Centro Nefrourológico El Oriente, Pucallpa, a continuación se detallan los capítulos que comprende el presente estudio:

CAPÍTULO I: Marco Teórico. Comprende los antecedentes del estudio así como los conceptos y teorías que lo sustentan.

CAPÍTULO II: Marco Metodológico. Comprende el ámbito del estudio, la población y muestra, diseño y tipo de estudio y el procedimiento de recolección de datos y tabulación y análisis de los datos.

CAPÍTULO III: Resultados y Discusión. Se presentan los hallazgos del estudio a través de tablas y gráficas, análisis y discusión de los resultados.

CAPÍTULO IV: Conclusiones y Recomendaciones a las que se llegaron como aporte del estudio.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES:

1.1.1. Internacional

García H. (2014), investigó en España: "Evaluación y análisis del impacto psicológico y de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada". El objetivo fue sintetizar sistemáticamente la información disponible sobre el rol que las variables psicológicas (depresión, ansiedad y estrés) y la adhesión al tratamiento que tienen sobre la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) de los pacientes en diálisis a través de una revisión narrativa sistemática. Se seleccionaron estudios con las variables psicológicas (al menos una de ellas: depresión, ansiedad o estrés percibido), adhesión al tratamiento y CVRS en población adulta en tratamiento con diálisis debido a su enfermedad renal crónica avanzada. Fueron incluidos 38 estudios y se evaluaron la calidad metodológica. La revisión ha permitido observar que un 100% de los trabajos identifica una asociación negativa entre indicadores de ansiedad, depresión y estrés con la CVRS, reflejando que dichas variables son factores de riesgo para la calidad de vida. La adhesión al tratamiento ha sido asociada con factores psicológicos y con la CVRS en un 8% (N = 3). Considerando el efecto de dichas variables sobre la CVRS, es importante detectar precozmente indicadores de ansiedad, estrés y depresión o dificultades para cumplir con el tratamiento en la población en diálisis. Esto permitirá intervenir a tiempo antes de que la CVRS se vea mermada.

Perales-Montilla C., García-León A., Reyes-del Paso G. (2012) investigaron en España: "Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis". Objetivo: Valorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a tratamiento sustitutivo de diálisis, así como evaluar la capacidad predictiva de algunas variables psicosociales (apoyo social, autoeficacia, optimismo disposicional, depresión, ansiedad y estrategias de afrontamiento) sobre los niveles de CVRS. Método: Se evaluó la CVRS de 39 pacientes en hemodiálisis mediante el instrumento SF-36. La capacidad predictiva de las variables evaluadas se analizó mediante correlaciones bivariadas y análisis de regresión múltiple. Resultados: Los pacientes mostraron niveles de CVRS inferiores a los valores normativos del instrumento. La depresión es el principal predictor de la CVRS, asociándose negativamente a todas sus dimensiones. El grado de preocupación, así como las estrategias de afrontamiento pasivo del estrés como la indefensión-desesperanza y el fatalismo, también se asocian a menores niveles de CVRS. Por el contrario, la autoeficacia, el optimismo, el apoyo social y el espíritu de lucha se asociaron a mayores niveles de CVRS. Conclusiones: Estos resultados tienen unas claras implicaciones clínicas respecto a los aspectos a los que debe orientarse la intervención psicológica destinada a la mejora de la CVRS en los enfermos renales.

Gonzales Y., Herrera L., López J., Achón Z. (2012), investigaron en Cuba: Características del estado emocional en pacientes con enfermedad renal crónica. El objetivo general está centrado en comparar las características emocionales en su relación con la evolución de la enfermedad de pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) en los estadios tres, cuatro, y cinco de la enfermedad. Método: La investigación se desarrolló en el Hospital Docente Provincial Arnaldo Milián Castro de Villa Clara, Cuba. Se seleccionaron intencionalmente del universo de pacientes con ERC atendidos en este centro, 16 pacientes con tratamiento renal sustitutivo y 16 pacientes con otras alternativas terapéuticas en correspondencia con los diferentes estadios de la enfermedad. Resultados: Se comprobó que en los pacientes con ERC en estadios tres - cuatro y cinco hay manifestaciones patológicas de ansiedad, depresión, ira y frustración que forman parte del cuadro clínico de la enfermedad, se vinculan con las características de la etapa de la enfermedad que transitan. Conclusiones: Al describir comparativamente las

manifestaciones de la ansiedad, depresión, ira y frustración en estos pacientes, se identificó la relación entre los estados emocionales que predominan en los pacientes con ERC y la evolución de la enfermedad.

Páez A., Jofré M., Azpiroz C., De Bortoli M. (2009), estudiaron en Argentina: Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. El objeto de este estudio fue investigar los niveles de ansiedad y depresión en 30 pacientes (15 mujeres y 15 hombres) de edades comprendidas entre 25 y 85 años (media: 53,67; DE: 15,83) con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Método: Como instrumentos se utilizaron: una entrevista semiestructurada para pacientes dializados, el Inventario de Depresión de Beck-II y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger. El 56,7% de los participantes manifestó algún grado de depresión. Los niveles de ansiedad (estado y rasgo) correlacionaron positivamente con los de depresión. La ansiedad estado fue mayor en los enfermos renales crónicos de más edad y durante los primeros meses de hemodiálisis. El grado de depresión fue mayor en los pacientes sin actividad laboral y de edad superior a la media.

1.1.2. Nacional

Del Rio R. (2015), investigó en Lima: Estilos de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional- 2015. El objetivo principal fue: Determinar los estilos de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con Tratamiento de Hemodiálisis en el Hospital Nacional "Dos de Mayo". El diseño metodológico fue tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo, corte transversal. La población estuvo conformada por 100 pacientes de 18 a 75 años de edad que respondieron a criterios de inclusión y exclusión. La muestra estuvo conformada por 67 pacientes de la Unidad de Hemodiálisis. La técnica fue la encuesta - entrevista, el instrumento el cuestionario. Los resultados fueron de 67 (100%) pacientes encuestados, 36 (54%) presentan estilos de vida no saludable y 31 (46%) tienen estilos de vida saludable. En la dimensión física 37 (55%) pacientes presentan estilos de vida saludable y 30 (45%) presentan estilos de vida no saludable. En la dimensión psicológica 41 (61%) pacientes presentan estilos de vida no saludable y 26 (39%) presentan estilos de vida

saludable. En la dimensión social 49 (73%) pacientes presentan estilos de vida no saludable y 18 (27%) presentan estilos de vida saludable. Conclusiones: Los Estilos de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con Tratamiento de Hemodiálisis son parcialmente saludables tanto en la dimensión física como en las dimensiones psicológica y social de manera que podría afectar su calidad de vida.

Sánchez, A. (2014), investigó en Piura sobre: Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en el Hospital Jorge Reátegui Delgado EsSalud - Piura en el periodo diciembre 2013 - febrero 2014. El objetivo fue describir la calidad de vida disgregada en las distintas dimensiones del cuestionario. Método: Es un trabajo descriptivo, observacional, transversal, realizado en 72 pacientes mayores de 20 años, con Insuficiencia Renal Crónica (IRC), en terapia de Hemodiálisis mayor a tres meses en el Centro de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado EsSalud – Piura. Se utilizó el Cuestionario SF-36. Resultados: Las diferencias estadísticamente significativas en el Rol Emocional para el sexo, el componente de Salud Mental y el Rol Emocional para las patologías subyacentes, el rol físico y la función social para el tiempo de terapia de hemodiálisis, y un promedio general superior del componente de Salud Mental sobre la Salud Física. Se concluye que, existen diferencias significativas en la calidad de vida en los pacientes masculinos y femeninos; la calidad de vida es más favorable en los pacientes con terapia hemodialítica mayor a 9 meses; de igual manera en los pacientes entre los 40 - 60 años comparada con los mayores de 60; la calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus es menos saludable comparada con los que tienen HTA, y, en general el Componente Físico es el más afectado en los pacientes con IRC en hemodiálisis.

León G. (2008), investigó "Relación entre la Intervención de Enfermería en pacientes adultos nuevos sometidos a hemodiálisis, frente a las Nuevas Necesidades para su autocuidado en el servicio de hemodiálisis del Hospital Nacional "Guillermo Almenara Irigoyen" Febrero – Diciembre de 2008. Objetivo: Determinar la relación entre la intervención de enfermería en pacientes adultos nuevos sometidos a hemodiálisis, frente a las nuevas necesidades para su autocuidado en el servicio de hemodiálisis. El trabajo de investigación tiene un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo correlacional de

nivel aplicativo de corte transversal. Muestra: 30 pacientes adultos nuevos sometidos a hemodiálisis y 20 enfermeras de la Unidad de Hemodiálisis. Resultados: La relación entre las variables intervención de enfermería y necesidad de autocuidado es altamente significativa. El 61.1% de pacientes nuevos requieren de la intervención de enfermería en su autocuidado. Conclusiones: La intervención de enfermería en pacientes nuevos sometidos a hemodiálisis, tiene singular importancia en las necesidades de auto cuidado del paciente, permite educar en las tres dimensiones específicas (Física. Psicológica y social) a fin de lograr un estilo de vida saludable y de bienestar para el paciente y familia.

Paredes R. (2005), investigó en Lima sobre: Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. El objetivo fue analizar la relación que existe entre los estilos y las estrategias de afrontamiento y el soporte social de un grupo de pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT). Resultados: Se identificó la existencia de correlaciones moderadas entre estas variables (estilos de afrontamiento y las estrategias de reinterpretación positiva, negación, enfocar y liberar emociones, desentendimiento conductual, afrontamiento activo, planificación, acudir a la religión, aceptación, postergación del afrontamiento, y búsqueda del soporte social por razones instrumentales y emocionales. El estilo de afrontamiento enfocado en la emoción fue el estilo de mayor uso por la mayoría de los participantes. También mayor ocurrencia del soporte social percibido que efectivo, y tienen mayor necesidad que satisfacción con su soporte social. Conclusiones: Se identificaron diferencias significativas en el estilo y las estrategias de afrontamiento, y en los índices y las funciones del soporte social según las variables sociodemográficas de sexo, lugar de procedencia, lugar de residencia, cambio de tratamiento, comorbilidad y tiempo de diagnóstico.

1.1.3. Local

En la actualidad no existen investigaciones a nivel local sobre este problema en los pacientes que someten a hemodiálisis.

1.2. BASES TEÓRICAS:

1.2.1. Insuficiencia renal crónica

- **Definición:**

  Según Gorostidi M., et al (2014), de la Sociedad Española de Nefrología, la Enfermedad Renal Crónica (ERC) se define como la presencia de alteraciones en la estructura o función renal durante al menos tres meses y con implicaciones para la salud.

  La ERC, también denominada Insuficiencia Renal Crónica (IRC) se define como la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtración glomerular, expresada por una reducción progresiva del aclaramiento de creatinina estimado < 60 ml/min/1,73 m2.

  La IRC, es el resultado final de una serie de situaciones patológicas que finalmente ocasionan un daño irreversible sobre las diversas estructuras del riñón y la pérdida progresiva de la función renal hasta ocasionar la muerte del paciente, si éste no recibe tratamiento de reemplazo renal (diálisis) o trasplante renal. El daño renal persistente durante al menos 3 meses, secundario a la reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas con el consecuente síndrome clínico derivado de la incapacidad renal para llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrinometabólicas (Soriano, 2004, Montagud F.J., 2012).

- **Prevalencia**

  La Insuficiencia Renal Crónica se presenta en la actualidad como un problema de salud pública global, debido a su carácter epidémico y a las complicaciones socio-económicas que acarrea (Flores et al., 2009, citado por Montagud F.J. (2012).

  Según el informe de la Sociedad Española de Nefrología del 2007. En él se puede observar que se ha pasado de una prevalencia de 895 pmp en el 2002 a una prevalencia de 1.000 pmp en el 2005. Este mismo informe, después de realizar un estudio en Centros de Atención Primaria de toda España, refleja también que un 21,3 % de pacientes que acuden a ellos

estarían en fases avanzadas de la enfermedad renal crónica (Martín De Francisco et al., 2007).

En el Perú en el año 2011, la prevalencia fue de 20.7% en Lima (IC 95%: 15.8% - 27.1%); mientras que, en Tumbes fue de 12.9% (9.0% - 18.5%). La prevalencia en Lima para las mujeres fue de 23.4% (18.2%- 30.1%) y para los varones fue de 10.3% (IC 95%: 6.9%-15.5%). La prevalencia en Tumbes fue de 18.8% (IC 95%: 12.5%-28.3%) en los varones y de 7.0% (IC 95%: 3.4%-14.4%).

En cuanto a la prevalencia de la IRCT, según datos recientes, se está incrementado considerablemente impulsada por el envejecimiento de la población y el incremento de la prevalencia de la diabetes mellitus e hipertensión (MINSA, 2015), así mismo la prevalencia del Tratamiento Renal de Reemplazo (TRR) por millón de población en el Perú fue de 415 pmp; la tasa en EsSalud fue de 942 pmp y la del MINSA fue de 101 pmp. Entre el 2014 y el 2015, se ha registrado un total de 12 773 pacientes, el 78,5% recibía tratamiento en EsSalud, 16,0% reciben tratamiento en el MINSA, 5,3% en las Fuerzas Armadas y solo 0,2% en forma privada. Se sobrentiende que estos pacientes son financiados por estas instituciones y solo un 0,22% son autofinanciados. En el Perú el riñón es el órgano más trasplantado en el país; en el año 2011 EsSalud realizó 176 intervenciones (MINSA, 2015).

- **Etiología:**

  Las publicaciones internacionales más recientes señalan que las causas principales de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) son las siguientes:

  - Diabetes, en estadios avanzados
  - Hipertensión arterial
  - Infecciones del tejido renal (glomerulonefritis)
  - Causas de origen congénito o hereditarias de enfermedad renal, tales como la enfermedad poliquística del riñón y anormalidades de las vías urinarias.
  - Infecciones generalizadas, fallas multiorgánicas, etc.
  - Nefropatía autoinmune
  - Etiologías no precisadas (MINSA, 2013).

- **Fisiopatología**

  La IRC afecta a muchos órganos y sistemas. En fases precoces no suele haber expresión clínica, si bien pueden detectarse anomalías bioquímicas y moleculares. La fase final aboca al síndrome urémico con un florido cortejo clínico. Los principales mecanismos fisiopatológicos implicados, tienen lugar, tanto por la retención de sustancias normalmente excretadas por la orina, como complejas interacciones celulares y moleculares.

  Cuando las funciones del riñón son malas o se llega a la insuficiencia Renal Crónica es necesario realizar terapias dialíticas como Hemodiálisis, Diálisis peritoneal que se constituyen en un riñón artificial.

  En resumen, en los estadios avanzados de la enfermedad renal el paciente padece de acumulación y retención de líquidos, una descalcificación de los huesos y anemia debido a la insuficiente producción de glóbulos rojos. El deterioro progresivo de la función renal puede evolucionar durante meses o varios años (Morales E., 2012).
  Las alteraciones bioquímicas que se presentan son:

- **Toxemia urémica:** Se reconocen 90 sustancias como toxinas urémicas. La homocisteína (Hcy) es un derivado de la desmetilación de la metionina. En la población general, es un factor predictivo de riesgo cardiovascular.
  En la IRC, sus niveles séricos aumentan a medida que declina la función renal. En los pacientes en diálisis, están permanentemente elevados.

- **Alteraciones hidroelectrolíticas y del equilibrio Ácido-base**

  La capacidad del riñón para eliminar agua y electrolitos se mantiene hasta fases avanzadas de insuficiencia renal. El balance glomérulotubular, al existir un menor número de nefronas funcionantes, se adapta para permitir la eliminación de solutos. Para ello la mayor carga filtrada por nefrona corresponde al aumento de la fracción excretada. Por tanto, los trastornos hidroelectrolíticos o del equilibrio ácido-base no aparecen mientras el filtrado glomerular no esté severamente reducido (fase 4 de ERC).

- **Nutrición**

  La desnutrición calórico-proteica puede afectar a más del 50% de los pacientes en diálisis. El riesgo de desnutrición, en los pacientes con ERC, aumenta en fases muy avanzadas de insuficiencia renal.

- **Anemia**

  La anemia en la IRC se caracteriza por ser normocítica y normocroma. Puede detectarse con FG <60 ml/min, haciéndose más severa a medida que empeora la función renal.

  La vida media del hematíe está acortada. La anemia, además de la sintomatología propia de cualquier anemia crónica, tiene repercusiones sobre las funciones cognitivas, el sistema cardiovascular, la trombopatía urémica, la nutrición, la inmunidad y la disfunción sexual. (Torres A. & Valderrama M., 2011).

- **Factores de riesgo**

  Los factores de riesgo son:

  - **Factores de susceptibilidad**: son los que aumentan la posibilidad de padecer la IRC: edad, factor hereditario, raza, enfermedades crónico-degenerativas y la obesidad.
  - **Factores iniciadores**: son los que pueden iniciar directamente el daño renal, como las enfermedades autoinmunitarias, infecciosas, obstructivas y fármacos.
  - **Factores de progresión**: proteinuria, mal control de enfermedades crónicas y dislipidemias.
  - **Factores de estadio final**: incrementan la morbilidad y la mortalidad en los estadios finales de la enfermedad: anemia, derivación tardía a nefrología, inadecuado control dialítico y alteraciones hidroelectrolíticas (Morales, 2012).

- **Manifestaciones clínicas de la IRC**

  La IRC afecta a muchos órganos y sistemas. En fases precoces no suele

  haber expresión clínica, si bien pueden detectarse anomalías bioquímicas y moleculares. La fase final aboca al síndrome urémico con un florido cortejo clínico, como se aprecia en la Tabla a.

Tabla A: Manifestaciones clínicas y bioquímicas de la IRC

Sistema nervioso:	Encefalopatía Polineuropatía periférica Disfunción del sistema autónomo
Sistema hematológico:	Anemia Disfunción plaquetar Hipercoagulabilidad Inmunodeficiencia humoral y celular: infecciones y cáncer
Sistema cardiovascular:	Hipertensión, miocardiopatía, cardiopatía isquémica Pericarditis, Vasculopatía periférica, ACV
Aparato osteoarticular:	Enfermedad ósea de remodelado alto o bajo. Artritis gotosa, pseudogota cálcica
Sistema respiratorio:	Derrame pleural, edema pulmonar Calcificaciones pulmonares
Sistema digestivo:	Anorexia, náuseas, vómitos, ascitis Ulcus gastroduodenal, angiodisplasia de colon, diverticulit.
Estado nutricional:	Desnutrición
Sistema endocrino y metabolismo:	Hiperinsulinemia Resistencia periférica a la insulina Tasas alteradas de: glucagón, TSH, T3, T4, cortisol, LH, FSH, prolactina, GH y leptina
Esfera sexual:	Disfunción eréctil, amenorrea
Piel:	Prurito, hiperpigmentación, xerosis Pseudoporfiria, Foliculitis perforante Calcifilaxis
Psicológicas:	Depresión
Bioquímicas:	Retención nitrogenada (urea, creatinina) Hiperuricemia Hiponatremia, hipernatremia Hiperpotasemia, hipopotasemia Acidosisis metabólica, Alcalosis metabólica Hipocalcemia Hiperfosfatemia Tasas alteradas de enzimas cardíacos, hepáticos pancreáticos y tumorales

Fuente: Ribes E. Barcelona (2004).

- **Diagnóstico – Clasificación de la IRC**

  Se considera que un sujeto presenta IRC cuando tiene un Velocidad de Filtrado Glomerular (VFG) por debajo de 60 ml/min x 1,73 m2 y/o la

presencia de daño renal por un período de 3 meses o más. Este requisito temporal supone que las alteraciones deben ser persistentes, las cuales, con frecuencia y en ausencia de tratamiento, tienden a aumentar de forma progresiva hacia un empeoramiento de la enfermedad. La VFG por debajo de los parámetros comentados define por sí sola la ERC, porque implica la pérdida del 50 % de la función renal de una persona adulta, lo cual lleva asociadas diversas complicaciones médicas. Si la VFG es mayor o igual a 60 ml/min x 1,73 m2 el diagnóstico de ERC se establece por medio de la presencia de daño renal (Flores et al., 2009, citado por Montagud F.J., 2012).

La United States National Kidney foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (National Kidney Foundation) presentó en el año 2002 una clasificación de la ERC, que se extendió de manera rápida en la comunidad nefrológica internacional. La clasificación propuesta por la fundación se compone de 5 etapas o estadios dependiendo de la VFG (calculada mediante ecuaciones matemáticas), (ver Tabla.b). El Filtrado Glomerular (FG) es la capacidad que tiene el riñón de filtrar la sangre. La clasificación de la enfermedad renal evidencia 2 grandes bloques. En los dos primeros estadios (1 y 2) se situarían pacientes con presencia de daño renal y una velocidad de FG normal o disminuida, pero mayor a 60 ml/min x 1'73 m2. Por otra parte, en los estadios 3, 4 y 5 (en los que la VFG disminuye progresivamente) los pacientes serían diagnosticados de ERC por la baja VFG, aunque no exista evidencia de daño renal (Montagud F.J., 2012).

- **Estadios de ERC:**

  El daño renal durante 3 meses o más, con anormalidades estructurales o funcionales del riñón, con o sin disminución de la VFG que se manifiesta por:

  a. Anormalidades anatómicas o histopatológicas.

  b. Marcadores de daño renal, incluyendo anormalidades sanguíneas o urinarias, o anormalidades en exámenes imagenológicos.

  c. Una VFG inferior a 60 ml/min x 1'73 m2 por un período superior a 3 meses, exista o no daño renal.

Tabla B. Clasificación de la IRC:

ESTADIO	VFG (ml/min/1.73m2)	DESCRIPCIÓN
	>60 (Sin daño renal)	Factores de riesgo de ERC
1	>90	VFG normal con daño renal
2	60-89	VFG levemente reducida con daño renal
3	30-59	VFG moderadamente reducida
4	15-29	VFG severamente reducida
5	<15 (o diálisis)	Fallo renal terminal

Fuente: Mezzano y Aros, 2005, citado por Montagud F.J. (2012).

- **Terapias de sustitución de la función renal**

  El paciente con una enfermedad renal que alcanza una etapa muy avanzada, es decir, una Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT), debe optar por reemplazar algunas de las funciones vitales del órgano dañado mediante "terapias de sustitución de la función renal", las que consisten en trasplante renal o diálisis.

  - **El Trasplante renal**

    El trasplante renal es el mejor tratamiento sustitutivo de la función renal deteriorada, la que consiste en realizar una operación quirúrgica colocando al paciente un riñón sano de un donante vivo o con muerte cerebral. Sin embargo, la disponibilidad de órganos es muy escasa y, por otro lado, esta no es una opción para muchos pacientes por razones médicas o decisiones personales. Es así que pacientes con ciertas patologías (infecciones crónicas, problemas cardíacos, antecedentes de neoplasias, etc.) tienen riesgos inherentes al trasplante; para estos pacientes el riesgo de la intervención quirúrgica y el tratamiento posterior para evitar el rechazo es superior a los posibles beneficios del trasplante.

- **Diálisis:**

  La diálisis es un procedimiento por el cual se reemplaza la función de los dos riñones dañados por un filtro que purifica la sangre, mediante un "riñón artificial". Existen dos tipos de procedimientos que cumplen esta función: hemodiálisis y diálisis peritoneal (MINSA, 2013).

Hemodiálisis

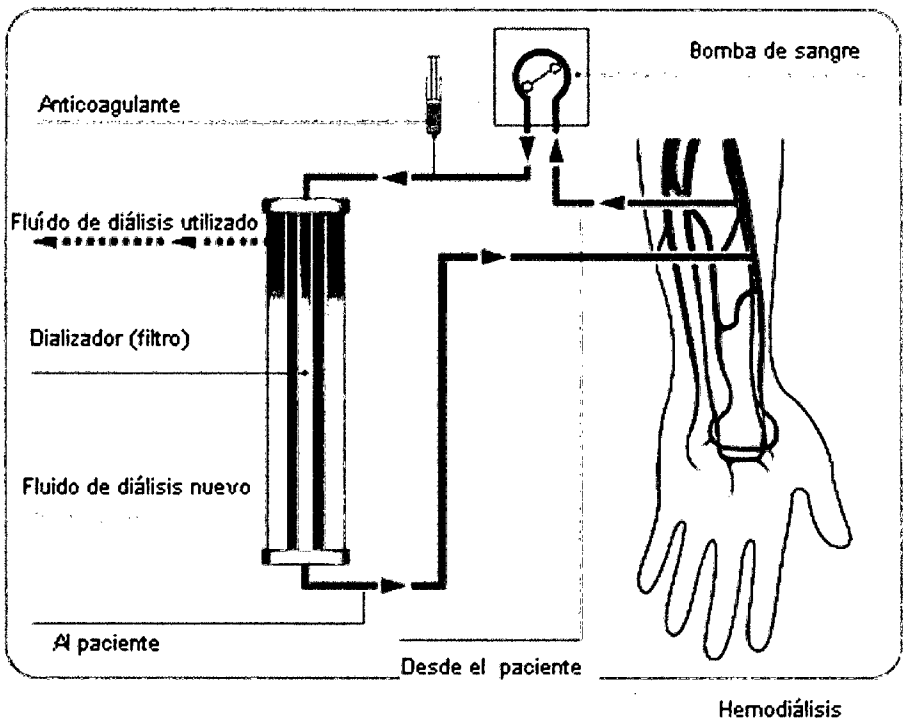
La hemodiálisis es un procedimiento que consiste en un circuito extracorpóreo (externamente al cuerpo) mediante el cual se hace pasar la sangre por un filtro denominado dializador, que elimina el agua y las sustancias retenidas y que a la vez regula el equilibrio ácido-básico de la sangre. Dado que se requiere un flujo de sangre adecuado de 500l/min, se inserta un catéter en una vena de gran calibre (vena femoral, yugular, etc.), o realizando una fístula arterio-venosa.

En dicho procedimiento, la sangre del paciente es impulsada externamente a través de un dispositivo filtrante (el dializador), la que circula en forma continua durante varias horas y una vez depurada, es restituida al sistema vascular.

Este procedimiento es impulsado y controlado por el "equipo de diálisis", máquina que comprende una bomba impulsora de la sangre y dispositivos de programación, monitoreo y control mediante los cuales se fijan los parámetros del tratamiento. (Fig.1)

El tiempo normal de cada sesión es de cuatro horas, y cada sesión se realiza tres veces por semana y, en los períodos interdiálisis, se le dan recomendaciones al paciente para que controle la ingesta de líquidos y de ciertos alimentos. La hemodiálisis se realiza normalmente en centros hospitalarios para lo cual obligan al paciente a desplazarse los días que les corresponda efectuar dicho tratamiento (MINSA, 2013).

Fig. 1. Sistema de hemodiálisis



Fuente: Fresenius Medical Care, Cuidados Renales, Hemodiálisis: http://www.fmc-ag.com.ar/hemodialisis.html

1.2.2. Problemas psicológicos en el paciente con IRC en hemodiálisis.

Los problemas psicológicos están representados principalmente en la presencia de ansiedad, depresión y estrés en una persona, así Páez A., Jofré M., Azpiroz C., De Bortoli M. (2009) cita a Sandín y Chorot (1995) y refieren que la ansiedad funciona como una señal de alarma ante la percepción y evaluación subjetiva de una situación como amenazante. Puede actuar como respuesta adaptada al preparar al organismo para responder a las demandas de su entorno, o bien como respuesta desadaptativa al anticiparse a un peligro irreal.

La ansiedad constituye un aspecto normal del estado emocional de los seres humanos y sirve para afrontar situaciones de peligro o riesgo. Sin embargo, cuando es demasiado intensa, se convierte en una fuente de sufrimiento que es necesario controlar (Martín E., 2017).

Spielberger (1972), citado por Páez A., Jofré M., Azpiroz C., De Bortoli M. (2009), diferenció la ansiedad en: ansiedad estado y ansiedad rasgo. Definió la primera como un "estado emocional transitorio caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de aprensión, temor, preocupación y una alta activación del sistema nervioso autónomo" (p. 482). Por otro lado, describió la ansiedad rasgo como una predisposición individual a percibir las circunstancias ambientales como peligrosas y a responder, frecuentemente, con fuertes estados de ansiedad.

La depresión, según Zarragoitía I. (2011), es una alteración primaria del estado de ánimo caracterizada por abatimiento emocional y que afecta todos los aspectos de la vida del individuo. Es un trastorno médico mayor con alta morbilidad, mortalidad e impacto económico, por tanto es considerado una condición médica que afecta el estado de ánimo, la conducta y los pensamientos. Cambia la manera en que una persona se siente, actúa y piensa. Cosas que eran fáciles y agradables como pasar un tiempo con la familia, los amigos, leer un buen libro, ir al cine, etc. en este estado toman más esfuerzos y son casi imposibles de realizar.

La depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (2017), más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015.

En este sentido aunque la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es un trastorno orgánico, encontrarse en un programa de diálisis, especialmente en el caso de la hemodiálisis (HD), afecta en mayor o menor medida a todas las áreas de la vida de la persona.

El ser humano no padece una enfermedad, se siente enfermo. Las personas no reaccionamos objetivamente a la enfermedad, por el contrario vivimos la enfermedad y está vivencia está marcada por la reacción emocional. Y ésta, está determinada a su vez por las consecuencias de la misma, por la valoración personal y por las posibilidades para hacerle frente (Marín, M., 2013).

Es así que los pacientes con IRC, suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales, tales como ansiedad y depresión, asociadas a la sintomatología orgánica propia de la enfermedad así como a las limitaciones impuestas por el tratamiento de hemodiálisis. La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice del impacto de la enfermedad renal y la hemodiálisis, sobre sus condiciones de vida; también se relaciona con las habilidades individuales para adaptarse a la condición de dependencia del programa de hemodiálisis. (Palma C. E., citado por Del Rio R., 2015).

Los síntomas de ansiedad suelen ir acompañando a la preocupación, la incertidumbre o la pérdida de control. La emoción más habitual asociada a la ansiedad es el miedo o preocupación.

La presencia de depresión y ansiedad en este tipo de pacientes aumenta los riesgos de suicidios, expresados en la no adherencia a la hemodiálisis, incumplimiento de las restricciones dietéticas e intentos suicidas directos; lo cual conduce a un deterioro de la calidad de vida, a una salud más pobre y aumento de los riesgos de mortalidad (Marín M., 2013).

La ansiedad y depresión parecen depender sobre todo de la percepción o interpretación cognitiva que los pacientes en tratamiento de hemodiálisis hacen de su enfermedad, lo que posiblemente se deba en parte a la magnitud del malestar inducido por los síntomas que padecen. Por otra parte, es posible que la presencia de ansiedad y/o depresión haga que los pacientes se quejen de mayores niveles de malestar.

También que la alteración emocional de algunas personas va asociada a la incertidumbre con respecto al futuro, a las expectativas no cubiertas (satisfacción con la vida) o a la imposibilidad de acceder a un trasplante. (Marín M., 2013; Del Rio R., 2015), estos problemas estarían muy relacionados al estrés sostenido.

El estrés se entiende desde tres perspectivas: la primera es la ambiental, que se centra en los eventos vitales estresores; la segunda, la psicológica, que implica la experiencia subjetiva y respuesta emocional frente a los estresores; y la tercera, la biomédica, que estudia la respuesta y los

sistemas fisiológicos involucrados en el afrontamiento de los asuntos vitales. En el área de la salud, la investigación y el conocimiento sobre estresores es importante, debido a la relación de estos con la susceptibilidad, el curso y el pronóstico de diversas condiciones o enfermedades de distintos órganos y sistemas (Campo-Arias A., Celina H., Herazo E., 2014).

Para Perales-Montilla C., Duschek S., Reyes-del Paso G. (2013), la enfermedad renal crónica (ERC) está intrínsecamente asociada con un nivel considerable de estrés: incertidumbre sobre la supervivencia, dependencia de la tecnología médica y las sesiones de diálisis con lo que ello conlleva (viajes, renuncia a otras actividades, etc.), que pueden llegar a ser vistos como una situación de dependencia, además del estrés inherente a las sesiones de diálisis, las graves restricciones dietéticas, la interferencia de la enfermedad en el funcionamiento adaptativo y la calidad de vida7, los efectos secundarios de la medicación, el severo deterioro físico etc.

1.2.3. Problemas sociales en el paciente con IRC en hemodiálisis.

La dimensión social se define como el conjunto de relaciones sociales que se da en un hábitat. La vida humana está influenciada por relaciones sociales que pueden favorecer o entorpecer la calidad de vida de las personas en las distintas áreas de su desarrollo.

La convivencia no es fácil y mucho menos cuando hay que vivir con la enfermedad. Si añadimos las limitaciones propias de la hemodiálisis, es evidente que ésta influye en todo el entorno familiar de quien la padece (Del Rio R., 2015). La presencia de alteraciones conductuales, en estas podemos recoger las relacionadas con los comportamientos de autocuidado y los hábitos adecuados, además de los relacionados con las formas de vida a la que deben adaptarse los pacientes con IRC.

Las dificultades en la convivencia, la tendencia al aislamiento o la evitación de las relaciones sociales son circunstancias que se observan con cierta asiduidad en las unidades de hemodiálisis. En estos casos, la demanda suele venir por parte de la pareja o de la familia. Los cambios de humor o de carácter del paciente provocan deterioro de la convivencia y favorecen

las relaciones conflictivas, provocando además respuestas emocionales negativas en el entorno familiar. También se pueden mencionar algunos comportamientos inadecuados, que afectan la convivencia. Nos referimos a la queja excesiva, la exigencia, la inhibición, entre otras.

Los aspectos sociales, sustancialmente afectados por el tratamiento, incluyen cambios en el funcionamiento social, alteraciones en las relaciones matrimoniales y familiares, y disminución de las oportunidades vocacionales. El paciente puede experimentar sentimientos de culpabilidad al sentirse la causa de los trastornos. (Páez, A., Jofré, M., Azpiroz, C., De Bortoli, M., 2009).

Las relaciones, las compensaciones y los patrones de interacciones familiares de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal se modifican tanto por la enfermedad como por el proceso terapéutico. Cada miembro de la familia debe adquirir habilidades y recursos emocionales para adaptarse a esta situación. Por otra parte, la mayoría de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis, principalmente institucional, no pueden cumplir un horario de trabajo normal, porque el procedimiento se realiza en horario de la mañana o de la tarde, con una duración de cuatro horas, por lo que no es fácil mantener un trabajo y acudir a hemodiálisis. Además del estado físico, hay que considerar el tiempo disponible, los traslados al centro, las complicaciones e incluso las posibles y, a veces frecuentes, pruebas médicas, entre otros (Gorostidi M., et al., 2014).

En todo el proceso de la enfermedad, influye de manera importante la familia, pues como principal ente socializador del individuo, trasmite hábitos, actitudes, costumbres, creencias y conductas vinculadas a la percepción del fenómeno salud-enfermedad. Paralelamente, este grupo social cumple con una serie de funciones que garantizan la supervivencia, el cuidado y la estabilidad psicológica de sus integrantes (Del Rio R., 2015).

La familia es reconocida como la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso a los individuos. Se reconoce su función protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros, además, si bien la existencia de relaciones familiares, de pareja y su funcionamiento

adecuado contribuyen al bienestar y la salud, su ausencia genera malestar y vulnerabilidad.

No son raros los trastornos psiquiátricos mayores, como depresiones graves, alto riesgo de suicidio, alteraciones sexuales, cuadros de pánico y otros.

Uno de los pilares del trabajo psicoterapéutico reside en acompañar al paciente y a la familia, a que pueda realizar el duelo. Duelo de haber dejado de tener un organismo sano y renunciar a aquellos proyectos y estilo de vida que llevaba a cabo hasta que se le declaró la enfermedad. Por otro lado, la enfermedad surge dentro del contexto familiar y afecta a las relaciones y dinámicas que se establecen en el seno de la misma. Del tipo de dinámica familiar depende la forma en que las transacciones interpersonales se lleven a cabo. (Pupiales G. A., 2012).

1.2.4. Medición de la Ansiedad, Depresión y Estrés – Escalas de medición

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).

La Escala HADS, por sus siglas en inglés, se ha utilizado ampliamente para evaluar el malestar emocional en pacientes con diferentes padecimientos crónicos. Fue creada por Zigmund y Snaith (1983) para la evaluación de los síntomas cognitivos y conductuales y no así los síntomas somáticos de la ansiedad y la depresión como insomnio, fatiga, pérdida y/o aumento de peso y/o apetito. Ha sido aplicada en pacientes que acuden con regularidad a ambientes hospitalarios, no psiquiátricos, con lo cual resulta una mejor herramienta para la detección de distrés psicológico en población médicamente enferma (en comparación con el resto de escalas de autoaplicación en el área) y evitar equívocos de atribución cuando se aplica a individuos con algún tipo de enfermedad.

Desde su publicación, el HADS ha sido traducido a más de 25 idiomas y varias poblaciones (Hermann, 1977). La traducción al español y su validación fue realizada por Tejero, Guimerá, Farré & Peri (1986). La reciente revisión de Bjelland, Dahl, Haug y Neckelmann (2002) reportó que el HADS ha demostrado altos niveles de confiabilidad y validez en su uso con pacientes en varias condiciones médicas. Específicamente en México, se ha validado en cáncer de mama y obesidad (Ornelas-Mejorada, Tufiño,

& Sánchez-Sosa, 2011; López-Alveranga et al., 2002) demostrando adecuadas propiedades psicométricas. (Nogueda, México 2013).

Escala de Estrés Percibido - *Perceived Stress Scale* (*PSS*)

Es una escala de versión española (2.0) de Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983), adaptada por el Dr. Eduardo Remor en el 2013.

Esta escala es un instrumento de auto informe que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 =de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido.

1.2.5. Intervención de enfermería en pacientes con IRC con problemas psico-sociales.

El profesional de enfermería al proporcionar los cuidados al paciente con IRC, debe considerar que su situación o estado de salud viene determinada por factores tales como: la situación médica del paciente, es decir, todas las características propias de la enfermedad y sus consecuencias. La estructura psicológica, en la que hay que tener en cuenta la personalidad del paciente, el estado de ánimo y las variaciones psicológicas durante el tratamiento ya sea por la no adaptación al régimen terapéutico, la hemodiálisis y la problemática socioeconómica, en que está vinculado el paciente, problemas familiares, con sus amistades o relaciones laborales (Gorostidi M., et al., 2014).

A menudo infraestimamos los niveles de depresión y ansiedad de los pacientes sometidos a diálisis, centrando nuestra dedicación y esfuerzos al tratamiento diálitico. Sin embargo, no es infrecuente que el conseguir los objetivos terapéuticos no lleve asociada una percepción de mejoría en la calidad de vida por parte del paciente. Entre los principales factores desencadenantes de estrés estarían: el miedo a la muerte, miedo a "la máquina", síntomas físicos que no desaparecen con el tratamiento o que

aparecen como consecuencia del mismo (mareos, hipotensiones, cansancio fácil, disminución de la líbido, impotencia), incertidumbre sobre el trasplante, limitaciones en la vida social y laboral, dieta restrictiva y alteración de la autoimágen provocada por el acceso vascular. Amador R., Pons E., Espinosa C. (2009).

El profesional de Enfermería como parte del equipo de salud, desempeña un rol esencial en la promoción de estilos de vida saludables y en la prevención de la enfermedad renal. En cuanto a la atención que brinda al paciente con IRC, tiene la delicada misión de dirigir y supervisar el proceso de hemodiálisis, educar y ayudar al paciente a adoptar estilos de vida adecuados, prevenir y detectar riesgos con la finalidad de potenciar al máximo la calidad de vida de estos pacientes (Palma C.E., 2010).

1.3. MARCO CONCEPTUAL

Definición de términos:

- Centro Nefrourológico. Es el lugar específicamente implementado con máquinas de hemodiálisis para brindar servicios a los pacientes cuyo diagnóstico e indicación médica lo requiere (pacientes con IRC). Cuenta con la dirección del médico nefrólogo y enfermeras especialistas en cuidados nefrológicos.

- Diálisis. Es un proceso mediante el cual se extraen las toxinas que el riñón no los puede eliminar a consecuencia de un daño estructural o funcional.

- Hemodiálisis. Es una técnica de depuración sanguínea con circulación de la sangre a través de un aparato especial para eliminar sustancias tóxicas y exceso de líquido.

- Insuficiencia renal crónica. Es el deterioro gradual y permanente de la función renal a lo largo de varios meses o años no provoca síntomas de uremia hasta que la filtración glomerular desciende aproximadamente 10 o 15 % de lo normal.

- Insuficiencia renal crónica terminal. Se describe como falla renal, a la incapacidad de los riñones para depurar desechos de la sangre y el paciente requiere un tratamiento sustitutivo renal.

- Problemas psicológicos en el paciente con IRC: Es la percepción del paciente de las situaciones que alteran su estado cognitivo y afectivo manifestado por el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

- Problemas sociales en el paciente con IRC: Es la percepción del paciente de las situaciones que alteran sus relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social y la relación médico-paciente.

- Tratamiento sustitutivo en insuficiencia renal crónica. Se denomina a los medios que reemplazaran el trabajo renal (diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal).

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. ÁMBITO

El estudio se desarrolló en el Centro Nefrourológico del Oriente SAC, que se encuentra ubicado en el Jr. Manco Capac Nº 342 – Coronel Portillo – Callería, Provincia de Coronel Portillo – Dpto. Ucayali.

El horario de atención es de 7:00 am a 11 pm. los días lunes, miércoles y viernes y de 7:00 am. a 7:00 pm, los días martes, jueves y sábado.

Tiene una capacidad de atención de 105 pacientes que son atendidos durante un mes, siendo la frecuencia de 15 pacientes por cada sesión de hemodiálisis y un total de 55 pacientes que se atienden los días lunes, miércoles y viernes y 50 los días martes, jueves y sábado

El Centro Nefrourológico, a la fecha cuenta con 17 máquinas de Hemodiálisis. El personal que labora son:

- 10 enfermeras (os), especialistas en cuidados nefrológicos,
- 01 enfermera coordinadora
- 06 técnicos en enfermería.

2.2. POBLACIÓN

La población estuvo conformada por el 100 % (105) de pacientes con IRC que acudieron al Centro Nefrourológico durante un mes (del 15 de marzo al 15 de abril del presente año) a recibir tratamiento sustitutivo de hemodiálisis.

2.3. MUESTRA

El muestreo fue aleatorio simple (por conveniencia), porque los elementos que la conforman además de tener las mismas características consideradas en la población, estos fueron clasificados de acuerdo a los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Edad entre 18 a 75 años de ambos sexos
- Pacientes que estén lúcidos en condiciones de responder las preguntas.
- Pacientes que acepten participar, dando su consentimiento informado verbal.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes de otras edades
- Pacientes no lúcidos
- Pacientes que no deseen participar del estudio

Luego de este procedimiento la muestra quedó conformada por 53 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

2.4. NIVEL Y TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es no experimental de nivel descriptivo, transversal y cuanti-cualitativo.

Es no experimental porque no se realizó manipulación de la variable. Es descriptiva porque se explicó las características de la variable: Problemas psicosociales en pacientes con insuficiencia renal crónica, en hemodiálisis.

Es transversal porque los datos fueron recolectados en un solo momento y a partir de la aprobación del proyecto en un espacio temporal y geográfico.

Es cuantitativo porque la variable es medible y cuantificable; así mismo es cualitativo porque los datos relacionados al aspecto psicosocial, serán explicados y a la vez transformados a datos cuantitativos para ser medidos y expresados en sus dimensiones e indicadores.

2.5. DISEÑO DE INVESTIGACION

Según el tipo de estudio, el diseño que le corresponde es el siguiente:



O: Observación de las características de la variable: Problemas psico-sociales en pacientes con IRC.

M: Muestra (elementos de la muestra)

2.6. TECNICAS E INSTRUMENTOS

La técnica que se utilizó fue la entrevista y la encuesta. Los instrumentos son: 01 cuestionario breve para la dimensión social y 02 instrumentos para la dimensión psicológica que consta de 3 partes, siendo la primera: Datos generales del paciente (Edad, sexo, tiempo que recibe el tratamiento de hemodiálisis), luego el cuestionario para la dimensión social que consta de 5 preguntas con una escala de respuesta con sus respectivas puntuaciones: "siempre: 3", "casi siempre: 2" y "nunca: 1" así mismo, otros dos instrumentos denominados "inventarios" por sus autores para medir el grado de ansiedad y otro para medir la depresión, habiendo sido estos validados y probada su confiabilidad por expertos científicos. Estos instrumentos son:

1. El estado de ansiedad y/o depresión se evaluó mediante el cuestionario Hospital Anxiety-Depression (HADS - versión española) porque es un cuestionario muy utilizado por sus propiedades psicométricas y brevedad de la escala que la hacen muy útil como prueba de tamizaje para problemas psicológicos en pacientes con enfermedades crónicas como la IRC; es auto-administrado con 7 ítems referidos a la sub-escala de depresión y 7 referidos a la sub-escala de ansiedad. Cada ídem adopta un valor de 0 a 3 en una escala de tipo Likert de forma que la mínima y la máxima puntuación para cada sub-escala es de 0 y 21 respectivamente. Un valor inferior a 7 es ausencia de trastorno; los valores entre 8 y 10 son resultados dudosos y los valores de 11 o superiores indican presencia de ansiedad o depresión. (ver Anexo1, 1-A).

2. Escala de Estrés Percibido (PSS). Esta escala es un instrumento de auto informe que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 =de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las

puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) sumando los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido (ver Anexo 1-B).

Como ya se explicó los instrumentos son validados y seguros por sus propiedades psicométricas, por lo tanto no fue necesario realizar la valides ni confiabilidad.

2.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Inicialmente se realizó los trámites administrativos. Se solicitó la autorización al Administrador del Centro Nefrourológico El Oriente SAC a quienes se explicó la importancia y objetivos del estudio, se presentó para ello una copia del anteproyecto. Luego de la autorización, se conversó con la coordinadora del Centro y acordó sobre los horarios que aplicaremos los instrumentos.

Se explicó al paciente los propósitos del estudio y los objetivos obteniéndose el consentimiento informado verbal. La aplicación del instrumento tuvo una duración de 30 minutos en promedio y fue aplicado de lunes a sábado durante un mes (del 15 de marzo al 15 de abril) considerando los diversos turnos que brinda atención el centro.

2.8. PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE DATOS

Después de la recolección de datos, se realizó el control de calidad de los instrumentos, también se codificó para ser ingresados a la base de datos elaborada según el plan de tabulación considerando los objetivos del estudio. Después del procesamiento de los datos, se elaboraron las tablas y gráficas, utilizando para ello el programa SPSS Vs.22 para Windows.

Los resultados fueron presentados en las respectivas tablas en frecuencias y porcentajes, también se hizo uso de la estadística descriptiva (medias, desviación estándar, etc.) necesarias para el análisis, finalizando con la interpretación de acuerdo a los indicadores de la variable en estudio comparando con los resultados de otros investigadores para llegar a las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Edad y sexo de pacientes con IRC en hemodiálisis en el Centro Nefrourológico El Oriente SAC, Pucallpa 2017.

Sexo	Masculino		Femenino		Total	
Edad	N°	%	N°	%	N°	%
De 18 a 59 años	16	30.2	14	26.4	30	56.6
De 60 a 75 años	13	24.5	10	18.9	23	43.4
Total	29	54.7	24	45.3	53	100

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes en el Centro Nefrourológico El Oriente SAC, Puc., marzo-abril 2017.

En la tabla 1, se presentan los resultados relacionados a la edad y sexo de los pacientes que se someten a hemodiálisis, así encontramos que el mayor porcentaje (56.6%) de ellos, tiene edad comprendida entre 18 a 59 años de edad, siendo en su mayoría (54.7%) de sexo masculino. La edad mínima fue 18 años, la máxima 73 años, siendo la media de las edades 52.4 años con una Desviación Estándar igual a 12.96.

De acuerdo a la revisión de los resultados de otros investigadores, se encontró el de Gonzales Y., Herrera L., López J., Achón Z. (2012), quienes al investigar en Cuba sobre Características del estado emocional en pacientes con enfermedad renal crónica, los pacientes tuvieron edades de 33 a 75 años, siendo 24 de sexo masculino y solo 6 de sexo femenino, como vemos fueron pacientes de mayor edad y mayor presencia del sexo masculino.

De otra parte, Páez A., Jofré M., Azpiroz C., De Bortoli M. (2009), en su estudio sobre Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis, encontraron 30 pacientes (15 mujeres y 15 hombres) de edades comprendidas entre 25 y 85 años (media: 53,67; DE: 15,83), también Del Rio R. (2015), investigó al investigar Estilos de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional, encontró que el 58% (39) pertenecieron al sexo masculino y el 42% (28) al sexo femenino, así como Paredes R. (2005) que encontró en su estudio desarrollado en Lima sobre: Afrontamiento y soporte social en un

grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que el 62.5% fueron hombres y 37.5% fueron mujeres.

De acuerdo a los hallazgos del presente estudio y coincidiendo con Gonzales Y., Herrera L., López J., Achón Z. así como Del Rio R., son las mujeres que poseen menos incidencia de hábitos tóxico que conducen a la insuficiencia renal crónica, además coinciden con reportes internacionales como los descritos en los párrafos anteriores.

Tabla 2. Edad y tiempo de tratamiento de pacientes con IRC en hemodiálisis en el Centro Nefrourológico El Oriente SAC, Pucallpa 2017.

Tiempo de tratamiento	Menor de 1 año		De 1 a 5 años		Mayor de 5 años		Total	
Edad	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
De 18 a 59 años	7	13.2	21	39.6	2	3.8	30	56.6
De 60 a 75 años	4	7.5	18	34.0	1	1.9	23	43.4
Total	11	20.8	39	73.6	3	5.7	53	100

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes en el Centro Nefrourológico El Oriente SAC, Puc., marzo-abril 2017.

Los resultados que se muestran en la tabla 2, sobre edad y tiempo de tratamiento que tienen los pacientes, encontramos que hay mayor porcentaje (56.6%) de aquellos pacientes que pertenecen al grupo entre jóvenes y adultos (18 a 59 años); así mismo de todos ellos tienen entre 1 a 5 años de tiempo de tratamiento en un 39.6%. Estos datos son similares en el grupo de adultos mayores (60 a 75 años) respecto al tiempo de tratamiento, siendo entre ambos grupos un total del 73.6% de pacientes.

Respecto a los indicadores mostrados, Del Rio R. (2015) encontró que el tiempo de tratamiento con hemodiálisis fue en la mayoría (76%:51) de 1año, siendo en el 18% (12) de 1 a 3 años y la diferencia en mayor tiempo, también Sánchez, A. (2014) encontró en su estudio que el tiempo de terapia en hemodiálisis fue mayor a 9 meses en el 91.7%; el resto (8.4%) el tiempo fue de 3 a 9 meses; sin embargo Paredes R. (2005),

encontró que el 65% (26) de pacientes fueron mayores de 36 años de edad con un tiempo de tratamiento de 3 años a más en el 52.5% (21) de ellos.

Tabla 3. Problemas psicológicos: ansiedad, que presentan los pacientes con IRC en hemodiálisis, según tiempo de tratamiento en el Centro Nefrourológico El Oriente SAC, Pucallpa 2017.

Problemas psicológico: Ansiedad	Ausencia		Leve		Moderado		Grave		Total	
Tiempo de tratamiento	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Menor de 1 año	3	5.7	5	9.4	2	3.8	1	1.9	11	20.8
De 1 a 5 años	3	5.7	19	35.8	14	26.4	3	5.7	39	73.6
Más de 5 años	2	3.8	1	1.9	0	0.0	0	0.0	3	5.7
Total	8	15.1	25	47.2	16	30.2	4	7.5	53	100

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes en el Centro Nefrourológico El Oriente SAC, Puc., marzo-abril 2017

En la tabla 3, se observan los resultados referentes a los problemas psicológicos que presentan los pacientes con IRC, encontrando que el 35.8% presenta ansiedad leve y 26.4% ansiedad moderada, todos representado en el grupo con tiempo de tratamiento de 1 a 5 años, sin embargo, el total de pacientes que presentan ansiedad leve corresponde al 47.2%, seguido por la ansiedad moderada con el 30.2% y grave el 7.5%. Cabe indicar que estos datos, son el resultado de la media aritmética (estadígrafo de posición) de la puntuación por ítems como se evidencia en la tabla A (anexo 2).

En cuanto a los resultados encontrados, Gonzales Y., Herrera L., López J., Achón Z. (2012), comprobaron que en los pacientes con IRC en estadios tres - cuatro y cinco hay manifestaciones patológicas de ansiedad, depresión, ira y frustración que forman parte del cuadro clínico de la enfermedad y que se vinculan con las características de la etapa de la enfermedad que transitan. Del mismo modo Sánchez, A. (2014) señala que los pacientes menores de 60 años afrontan mejor la crisis de la enfermedad que los mayores de 60 años, del mismo modo los pacientes que tienen mayor tiempo en tratamiento de la enfermedad. Estos resultados difieren con los encontrados en el presente estudio.

Al respecto, García H. (2014) refiere que es importante detectar precozmente indicadores de ansiedad, estrés y depresión o dificultades para cumplir con el tratamiento en la población en diálisis. Esto permitirá intervenir a tiempo antes de que la calidad de vida se vea mermada, por lo que León G. (2008) refiere que tiene singular importancia la intervención de enfermería en casos de los pacientes nuevos sometidos a hemodiálisis por las necesidades de autocuidado del paciente que permitirá educar en las tres dimensiones específicas: Física, Psicológica y social.

Por tanto, vemos que es importante identificar de manera oportuna los problemas psicológicos que presentan los pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis, considerando lo referido por Sánchez, A. (2014) que "en la IRC desde los inicios del proceso patológico de la enfermedad renal, el paciente percibe que su funcionamiento físico general ha comenzado a alterarse e inmediatamente el paciente debe iniciar una modificación (a veces radical), de sus hábitos de vida para evitar peores y fatales afectaciones en su salud". "Con mayor o menor resistencia la persona con esta enfermedad crónica comienza a elaborar o re-elaborar el sentido de la muerte con una proyección de inmediatez que puede conllevar a la reestructuración de sus aspiraciones, sueños y proyectos de vida en los que se implica todo lo significativo y relevante para la persona, que genéricamente hablando se refiere al desarrollo personal, familia, pareja, profesión, vida social, entre otros".

Tabla 4. Problemas psicológicos: Depresión que presentan los pacientes con IRC en hemodiálisis en el Centro Nefrourológico El Oriente SAC, Pucallpa 2017.

Problemas psicológicos: Depresión	Ausencia		Leve		Moderado		Grave		Total	
Tiempo de tratamiento	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Menor de 1 año	4	7.5	3	5.7	2	3.8	2	3.8	11	20.8
De 1 a 5 años	13	24.5	15	28.3	9	17.0	2	3.8	39	73.6
Más de 5 años	1	1.9	1	1.9	1	1.9	0	0.0	3	5.7
Total	18	34.0	19	35.8	12	22.6	4	7.5	53	100

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes en el Centro Nefrourológico El Oriente SAC, Puc., marzo-abril 2017

En la tabla 4, encontramos que del total de elementos de la muestra (53: 100%), el 35.8% de los pacientes, presentó depresión leve, seguido por el 22.6% con depresión moderada, el 7.5% con depresión grave y la diferencia (34%) no presentó depresión.

Al cruzar los datos respecto al tiempo de tratamiento y presencia de depresión, se encontró que el 28.3% presento depresión leve, mientras que el 17% de este mismo grupo presentó depresión moderada. Del mismo modo, los datos que se presentan en esta tabla, son el resultado de la media aritmética de la puntuación por ítems como se evidencia en la tabla B (anexo 3).

Al respecto Marín M., 2013, señala que la presencia de depresión y ansiedad en este tipo de pacientes aumenta los riesgos de suicidios, expresados en la no adherencia a la hemodiálisis, incumplimiento de las restricciones dietéticas e intentos suicidas directos; lo cual conduce a un deterioro de la calidad de vida, a una salud más pobre y aumento de los riesgos de mortalidad.

Páez A., Jofré M., Azpiroz C., De Bortoli M. (2008), también manifiesta que "Si bien la tecnología ha logrado disminuir la mortalidad de los enfermos renales crónicos y mejorar el tratamiento sustitutivo de la función renal, la presencia de depresión y ansiedad en este

tipo de pacientes aumenta los riesgos de suicidios, expresados en la no adherencia a la HD, incumplimiento de las restricciones dietéticas e intentos suicidas directos".

De acuerdo a nuestros resultados, un porcentaje representativo (35.8% y 22.6%) de los pacientes tienen depresión de leve a moderada y si a estos resultados agregamos los de la tabla 3, sobre la presencia de ansiedad, nos permite confirmar que los pacientes con IRC que reciben tratamiento sustitutivo de hemodiálisis sí presentan problemas psicológicos como la ansiedad y depresión.

Si bien Páez A., Jofré M., Azpiroz C., De Bortoli M. (2009) citando a Sandín y Chorot (1995) refieren que la ansiedad funciona como una señal de alarma ante la percepción y evaluación subjetiva de una situación como amenazante, Palma C. E., citado por Del Rio R., (2015) señalan que los pacientes con IRC, suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales: ansiedad y depresión, asociadas a la sintomatología orgánica propia de la enfermedad y limitaciones durante el tratamiento de hemodiálisis; ahora dependerá de la valoración cognitiva, del impacto de la enfermedad renal y la hemodiálisis, sobre sus condiciones de vida del paciente. También se relaciona con las habilidades individuales para adaptarse a la condición de dependencia del programa de hemodiálisis.

Al respecto Iborra C., et al (2006), sostiene que las complicaciones de tipo psicológico son muy frecuentes en la hemodiálisis, por ejemplo: la dependencia de la máquina, la permanente idea de muerte, la ansiedad y depresión, etc., siendo necesario que el profesional de enfermería identifique estos problemas en los pacientes y comunicar a la familia para afrontar y remediar el problema psicológico mediante terapias a fin de controlar y menguar la situación de salud del paciente.

Tabla 5. Problemas psicológicos: Estrés percibido que presentan los pacientes con IRC en hemodiálisis en el Centro Nefrourológico El Oriente SAC, Pucallpa 2017.

Problemas psicológicos: Estrés percibido	Leve		Moderado		Severo		Muy severo		Total	
Tiempo de enfermedad	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Menor de 1 año	3	5.7	5	9.4	2	3.8	1	1.9	11	20.8
De 1 a 5 años	7	13.2	17	32.1	13	24.5	2	3.8	39	73.6
Más de 5 años	1	1.9	1	1.9	0	0.0	1	1.9	3	5.7
Total	11	20.8	23	43.4	15	28.3	4	7.5	53	100

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes en el Centro Nefrourológico El Oriente SAC, Puc., marzo-abril 2017

En la tabla 5, se observan los resultados de estrés percibido que presentan los pacientes, así encontramos que la mayoría de los pacientes presentaron entre estrés moderado y severo con 43.4% y 28.3% respectivamente. Así mismo vemos que es el grupo con tiempo de enfermedad entre 1 a 5 años los que concentran los mayores casos de estrés percibido (moderado: 32.1% y severo: 24.5%). (Ver resultados de la puntuación por ítems en la tabla C del anexo 4).

Como Marín M., (2013) y Del Rio R., (2015) señalan que estas alteraciones van asociadas a la incertidumbre con respecto al futuro, a las expectativas no cubiertas (satisfacción con la vida) o a la imposibilidad de acceder a un trasplante renal.

Así mismo Campo-Arias A., Celina H., Herazo E. (2014), manifiesta que la investigación y el conocimiento sobre estresores es importante en el área de la salud, debido a la relación de estos con la susceptibilidad, el curso y el pronóstico de diversas condiciones o enfermedades de distintos órganos y sistemas que afrontan los pacientes con IRC.

De otra parte, Perales-Montilla C., Duschek S., Reyes-del Paso G. (2013), afirma que el estrés y las variables psicosociales asociadas a estos eventos vitales, ansiedad, depresión, etc., se relacionan a una mayor morbilidad y mortalidad ocasionando malestar emocional y predisposición a experimentar emociones negativas (disgusto, ansiedad, tristeza, hostilidad-ira, culpabilidad, miedo, depresión, insatisfacción con uno mismo,

mayor autocrítica, sesgo negativo en la valoración de uno mismo, del mundo y el futuro, etc.).

Como se viene observando, en los pacientes en hemodiálisis, existe influencia de estos problemas psicológicos representados en la sintomatología somática, siendo los síntomas físicos un elemento central, manifestada en el deterioro físico del enfermo renal. Se encuentra en la literatura que los problemas físicos del enfermo renal modulan significativamente las valoraciones que realiza de su condición y capacidad adaptativa, por lo que es relevante determinar la presencia de problemas psicológico-emocionales en el paciente y proporcionar una atención integral (Perales-Montilla C., Duschek S., Reyes-del Paso G. 2013).

Así mismo Gonzales Y., Herrera L., López J., Achón Z. (2012), comprobaron que en los pacientes con insuficiencia renal en estadios tres - cuatro y cinco hay manifestaciones patológicas de ansiedad, depresión, ira y frustración y que se vinculan con las características de la etapa de la enfermedad que transitan, concluyendo que existe una relación entre los estados emocionales y la evolución de la enfermedad.

En tal sentido, Gorostidi M., et al. (2014), recomiendan a los enfermeros cuando proporcionen los cuidados al paciente, tengan en cuenta su estructura psicológica (personalidad del paciente), siendo el estado de ánimo y las variaciones psicológicas que se perciben durante el tratamiento ya sea por la no adaptación al régimen terapéutico, la hemodiálisis y la problemática socioeconómica, en que está vinculado el paciente, además de problemas familiares, con sus amistades o relaciones laborales presentes, siendo imprescindible la participación del equipo multidisciplinario: médico, enfermera (o) y psicólogo para ayudar a afrontar los problemas psicológicos como el estrés que se transforma en un círculo vicioso en la forma negativa de sobrellevar la carga de la enfermedad del paciente.

Consideramos que es el profesional de enfermería a quien le corresponde mediar para la resolución de los problemas de estrés anticipándose a controlar los estresores presentes en el ambiente de la sala de hemodiálisis como lo describe Amador R., Pons E., Espinosa C. (2009), el miedo a la muerte, miedo a "la máquina", síntomas físicos que no desaparecen con el tratamiento o que aparecen como consecuencia del mismo (mareos, hipotensiones, cansancio fácil, etc.), por ello es imperativo proporcionar un cuidado humanizado, con actitud de apertura a la escucha activa, educando y orientando sobre la forma de enfrentar los problemas propios de la enfermedad; así mismo involucrar al

cuidador y a la familia de los roles que deben asumir para disminuir el estrés del paciente en hemodiálisis.

Tabla 6. Problemas sociales que presentan los pacientes con IRC en hemodiálisis en el Centro Nefrourológico El Oriente SAC, Pucallpa 2017.

Problemas sociales	Nunca		A veces		Siempre		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1. Su salud física ¿ha influido en el deterioro de la comunicación con los miembros de su familia?	36	67.9	13	24.5	4	7.6	53	100
2. Su salud física ¿ha influido en el deterioro de la comunicación con sus amigos?	31	58.5	15	28.3	7	13.2	53	100
3. Su salud física o los problemas emociona-les ¿han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	25	47.2	20	37.7	8	15.1	53	100
4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	18	34.0	30	56.6	5	9.4	53	100
5. Cuando realizan reuniones familiares en su hogar, ¿usted se siente bien?	29	54.7	18	34.0	6	11.3	53	100

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes en el Centro Nefrourológico El Oriente SAC, Puc., marzo-abril 2017

Los resultados que se muestran en la tabla 6, son los problemas sociales que presentan los pacientes con IRC, así encontramos que ante la pregunta del ítem 1, la mayoría (67.9%) refirió que "nunca" influyó su salud física en el deterioro de la comunicación con los miembros de su familia, la diferencia refirió que influye "a veces" y en menor porcentaje (7.6%) "siempre".

Ante la pregunta del ítem 2, el 58.5% de pacientes respondieron que su salud no ha influido en el deterioro de la comunicación con sus amigos, sin embargo en el 28.3% "a veces" influyó y en el 13.2% influyó "siempre". En cuanto al ítem 3, se observa que en mayor porcentaje (37.7% y 15.1%), los pacientes refirieron que su salud física o problemas emocionales han dificultado "a veces" y "siempre" sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas, siendo en menor porcentaje en los que "nunca" dificultaron sus actividades.

También al preguntar en el ítem 4, si hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso), el 56.6% y el 9.4% de los pacientes refirieron "a veces" y "siempre" respectivamente, sin embargo el 34% respondió "nunca".

En cuanto al ítem 5, al preguntar qué cuándo realizan reuniones familiares en su hogar, ¿usted se siente bien?, la mayoría de ellos (54.7%) respondió que "nunca" se sintió bien, siendo el 34% y el 11.3% que "a veces" y "siempre".

Como hemos apreciado, la mayoría de pacientes con IRC en hemodiálisis presentan problemas de orden social, sobre todo aquellos derivados por su salud física (ítem 3) y la frustración que se percibe en ellos ante la respuesta al ítem 4 por su mismo estado emocional. También se encuentra un problema social relacionado a la incapacidad y sentimientos de rechazo cuando realizan reuniones familiares en su hogar (ítem 5) expresado a consecuencia de una constante tensión psicológica que lo acompaña diariamente. Tal vez estos problemas estén muy relacionados al contexto familiar como la falta de apoyo social que ellos perciban de su entorno, la familia, los amigos y conocidos que antes de enfermar todo era diferente, gozaba de la "libertad" de decidir en sus actividades de la vida diaria sin limitaciones ni restricciones como la dieta, la recreación, la disposición económica, más ahora, debe sujetarse de manera estricta a las indicaciones médicas y estar a expensas de los cuidadores y más aún afrontar los gastos que se derivan de la enfermedad.

Sin embargo podrían estar presente otros factores como los estilos de vida de los pacientes como encontró Del Rio R. (2015), que los estilos de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con tratamiento de hemodiálisis son "parcialmente saludables" tanto en la dimensión física como en las dimensiones psicológica y social de manera que podría afectar su calidad de vida.

Por otra parte podríamos conjeturar que estos problemas sociales estarían guardando relación con el sexo y el grado de instrucción de los pacientes como se observa en la tabla D del anexo 5 y tabla E del anexo 6, encontrando que son las mujeres que relativamente se encuentran en más problemas sociales y que de manera natural en este caso, la mujer percibe la afectación de su imagen física tras la crisis de la enfermedad renal y las correspondientes alteraciones y cambios físicos que viene padeciendo como disminución de la lívido, impotencia, limitaciones en la vida social y laboral y alteración de la autoimágen provocada por el acceso vascular; así mismo comprender que el grado de

instrucción también influye en las conductas de las personas, como vemos, la mayoría de pacientes alcanzaron el nivel de estudios primaria y secundaria.

Finalmente, consideramos importante lo manifestado por Perales-Montilla C., García-León A., Reyes-del Paso G. (2012), que sostienen que el grado de preocupación, las estrategias de afrontamiento pasivo del estrés, así como la indefensión-desesperanza y el fatalismo, se asocian a menores niveles de calidad de vida relacionado a la salud y que tienen claras implicaciones clínicas en los pacientes, manifestándose en el área social, por tanto debe orientarse la intervención psicológica destinada a la mejora de la calidad de vida de los enfermos renales, considerando las características de la población objeto: edad, sexo, nivel educativo, entre otras variables que permitan lograr los objetivos del programa o plan que se dese poner en marcha a favor de este grupo de personas que sufren tal vez por las consecuencias de un claro desconocimiento sobre los estilo de vida saludable para la prevención de la enfermedad renal y sus complicaciones.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. El mayor porcentaje de pacientes con IRC en hemodiálisis, tienen entre 18 y 59 años de edad y de sexo masculino.

2. La mayoría de pacientes de ambos grupos de edad, reciben tratamiento de hemodiálisis entre 1 a 5 años.

3. Entre los problemas psicológicos que presentan los pacientes con IRC, tenemos:
   - Ansiedad leve a moderada
   - Depresión leve a moderada
   - Estrés percibido de moderado a severo

   Presentándose en mayor frecuencia en los pacientes que tienen tratamiento en hemodiálisis de 1 a 5 años.

4. Los problemas sociales que presentan los pacientes con IRC, se encontró:
   - Dificultad en las actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas.
   - En la mayoría existe un sentimiento de frustración al hacer menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de sus problemas emocionales como estar ansioso, deprimido, o estresado.
   - Existe en ellos sentimientos de rechazo al no sentirse bien cuándo realizan reuniones familiares en su hogar.
   - En la mayoría no influyó su salud física en el deterioro de la comunicación familiar y amical.

RECOMENDACIONES

A la población en general y familia:

1. Dar a conocer a la población en general sobre la problemática de salud respecto a la Insuficiencia Renal Crónica que vienen padeciendo personas en edad económicamente productiva (18 a 59 años), afectando además de la salud, la economía de muchas familias y de bajos recursos económicos.

2. Que las familias asuman su rol dando soporte emocional para aliviar el sufrimiento de sus seres queridos, así menguar los problemas psicológicos y sociales derivados de la propia enfermedad.

A los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en hemodiálisis:

1. Comprender que el sentimiento de frustración, es perjudicial para su salud, toda vez que no permitirá avanzar con la adaptación a su enfermedad provocando mayores problemas psicosociales como ansiedad, depresión y estrés.

2. Buscar oportunidades de aprendizaje del manejo del estrés, la ansiedad y la depresión a través de aliados espirituales para fortalecer su fe y la autoconfianza.

A los profesionales de enfermería especialistas en cuidados nefrológicos que laboran en el Centro Nefrourológico del Oriente SAC Pucallpa y en otras instituciones:

1. Mantener un vínculo de comunicación abierta con los pacientes, dando confianza para facilitar la expresión plena de sus problemas psicosociales y reciban orientación, consejería y soporte emocional.

2. Mediar y hacer abogacía por los derechos del paciente con IRC para que reciban una atención integral, considerando los problemas psicosociales de tal manera que los pacientes afronten las consecuencias de su enfermedad con resiliencia.

3. Buscar redes de apoyo que acudan al Centro Nefrourológico como los grupos religiosos para mitigar el estrés y la desesperanza que sufren los pacientes en hemodiálisis.

A los administradores del Centro Nefrourológico del Oriente SAC Pucallpa:

1. Que implementen programas de ayuda psicológica para los pacientes.

2. Que brinden capacitaciones al personal de salud para que conozcan las herramientas necesarias de abordar esta problemática y evitar el deterioro de la salud del paciente en hemodiálisis.

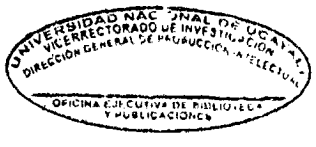
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amador R., Pons E., Espinosa C. (2009). Depresión y ansiedad en pacientes en hemodiálisis: La creatividad para combatirlas. Fresenius Medical Care El Consul. Málaga – España.
2. Campo-Arias A., Celina H., Herazo E. (2014). Escala de Estrés Percibido-10: desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Bogotá - Colombia.
3. Del Rio R. (2015). Estilos de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional.UNMSM.2015. Lima- Perú. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4695
4. García H. (2014). Evaluación y análisis del impacto psicológico y de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. Universidad Autónoma de Madrid, España.
5. Gómez L., Pac N., Manresa M., Lozano S., Chevarria J. (2015). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis. Servicio de Nefrología, Hospital de Palamós. Gerona Volumen 18 Número 2.2015.
6. Gonzales Y., Herrera L., López J., Achón Z. (2012). Características del estado emocional en pacientes con enfermedad renal crónica.
7. Gorostidi M., et al (2014). Guía para pacientes con tratamiento de hemodiálisis. Hospital Universitario Reina Sofía (2011).Disponible en: Rev Nefrología.
8. Gorostidi M., et al (2014). Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. Revista Nefrología. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología.2014;34(3):302-16
9. Hinojoza R. (2006). "Evaluación de la calidad de vida en pacientes con Insuficiencia renal crónica en tratamiento sustituto en: hemodiálisis, DIPAC i/o transplante renal en EsSalud Arequipa 2006". Red Asistencial Arequipa. Perú.
10. Huertas-Vieco M., Pérez-García R., Albalate M., Sequera P., Ortega M., Puerta M., Corchete M., Alcázar R. (2014). Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica.Rev Nefrologia 2014;34(6):737-42.
11. Iborra C., et al (2006). Apoyo psicosocial a los pacientes en Hemodiálisis. Clínica Vistahermosa. Unidad de Hemodiálisis. Alicante, España.
12. León G. (2008). Relación entre la Intervención de Enfermería en pacientes adultos nuevos sometidos a hemodiálisis, frente a las Nuevas Necesidades para su autocuidado en el servicio de hemodiálisis del Hospital Nacional "Guillermo Almenara Irigoyen" Febrero – Diciembre 2008.EPLT-UPRP. Lima – Perú.
13. Marín M. (2013). Alteraciones emocionales en diálisis. Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo (FRIAT). Disponible en: https://www.friat.es/la-enfermedad-renal/aspectos-psicologicos-dela-enfermedad-renal/como-paliar-las-alteraciones-emocionalesquepro-voca-la- entrada-en-dialisis/
14. Martín, E. (2017). La ansiedad. Revista electrónica Salud al día. Universidad de Alcalá de Henares, España. Abril 2017.
15. MINSA (2013). Estado situacional de los pacientes con enfermedad renal crónica y la aplicación de diálisis como tratamiento en el Perú. Informe Temático N°07/2012-2013.
16. MINSA (2015). Análisis de la situación de la enfermedad renal en el Perú 2015. Dirección

General de Epidemiologia.
17. Montagud F. J. (2012). Neuropsicología, Estado de ánimo, estrés y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica. Tesis Doctoral, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, España.
18. Montagud F.J. (2012). Evaluación neuropsicológica, estado de ánimo, estrés y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica. Tesis doctoral.Universidad de Valencia - España.
19. Morales E. (2012). Proteinuria como indicador de enfermedad renal crónica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a consulta externa en el hospital provincial docente ambato en el período enero – marzo 2012. Ecuador, Universidad de Ambato – Carrera de Medicina.
20. Nogueda M. y Pérez B.(2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. Psicología Iberoamericana (julio-diciembre, 2013), Universidad Autónoma de México. Vol. 21, no. 2, pp. 29-37.
21. OPS-OMS (2016). Prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología. Marzo 2015.
22. Organización Mundial de la Salud (2017). Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. Marzo 2017.
23. Palma C.E. (2010). Aprendiendo a vivir con hemodiálisis: Manual de autocuidado para el paciente en hemodiálisis. Pontificia Universidad Católica de Chile, 2010.
24. Paredes R. (2005).Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima-Perú.
25. Patat CL., Stumm EMF, Kirchner RM, Guido LA, Barboza DA. (2012). Análisis de la calidad de vida en usuarios de hemodiálisis, Revista electrónica trimestral de enfermería, ISSN 1695-6141, N° 27: 54-65, Sao Paulo, Brasil, Julio 2012. Disponible en http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n27/clinica4.pdf
26. Páez A., Jofré M., Azpiroz C., De Bortoli M. (2009). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. Universidad Nacional de San Luis, Argentina.
27. Perales-Montilla C., Duschek S., Reyes-del Paso G. (2013). Influencia de los factores emocionales sobre el informe de síntomas somáticos en pacientes en hemodiálisis crónica: relevancia de la ansiedad. Revista Nefrología. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología.
28. Perales-Montilla C., García-León A., Reyes-del Paso G. (2012). Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Departamento de Psicología. Universidad de Jaén. España.
29. Pérez V. (2013). Aspectos psicológicos del paciente con Insuficiencia renal crónica. http://www.revistaseden.org/files/art624_1.pdf
30. Pupiales G. A. (2012). Relación de los factores psicosociales con la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, sometidos a hemodiálisis regular, atendidos en el área de medicina interna del Hospital Provincial Docente Ambato, en el período comprendido entre enero y marzo del 2012". Universidad Técnica de Ambato-Ecuador.
31. Ribes E. (2004). Fisiopatología de la insuficiencia renal crónica. Servicio de Nefrología. Barcelona-España. Fundación Puigvert. Barcelona. Anales de Cirugía Cardíaca y Vascular 2004;10(1):8-76

32. Sánchez, A. (2014). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en el Hospital Jorge Reátegui Delgado EsSalud - Piura en el periodo diciembre 2013 - febrero 2014.
33. Soriano S. (2004). Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. Nefrología 2004; 24 (6).
34. Torres A. & Valderrama M. (2011). "Insuficiencia renal crónica en sus diferentes estadios en pacientes del hospital Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo en el período enero - diciembre 2010, enero-junio del 2011". Ecuador. Universidad Técnica Manabí.
35. Urzúa A., Pavlov R., Cortés R. y Pino V. (2011). Factores Psicosociales Relacionados con la Calidad de Vida en Saluden Pacientes Hemodializados. Universidad Católica del Norte, Chile.
36. Zarragoitía I. (2011). Depresión, generalidades y particularidades. Edit. Ciencias médicas. La Habana - Cuba.

ANEXOS


UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL
OFICINA EJECUTIVA DE BIBLIOTECA
Y PUBLICACIONES

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Instrumento - Cuestionario

Anexo 1 - A: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)

Anexo 1 - B: Escala de Estrés Percibido (PSS).

Anexo 2: Tabla A. Puntuación por ítems para la determinación de la ansiedad en pacientes con IRC en hemodiálisis. Centro Nefrourológico El Oriente SAC, 2017.

Anexo 3: Tabla B. Puntuación por ítems para la determinación de la depresión en pacientes con IRC en hemodiálisis. Centro Nefrourológico El Oriente SAC, 2017.

Anexo 4: Tabla C. Puntuación por ítems para la determinación del estrés percibido en pacientes con IRC en hemodiálisis en el Centro Nefrourológico El Oriente SAC, 2017.

Anexo 5. Tabla D. Problema social de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en hemodiálisis según sexo en el Centro Nefrourológico El Oriente SAC, Pucallpa 2017.

Anexo 6. Tabla E. Grado de instrucción de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en hemodiálisis según edad en el Centro Nefrourológico El Oriente SAC, Pucallpa 2017.

ANEXO 1

INSTRUMENTO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA E INTERDISCIPLINARIAS

CUESTIONARIO

FECHA:_____ CODIGO: _____

Sr. (a), buenos días (o tardes), soy licenciada en enfermería y hemos visto necesario tener conocimiento sobre su estado emocional así identificar aquellos problemas que puedan estar presente e interfieran en su estado de salud general y a partir de los resultados poder recomendar algunas medidas que debemos tomar como enfermeras especialistas en cuidados nefrológicos, por lo que le agradeceremos dar respuesta a las preguntas que a continuación le haremos.

I. DATOS GENERALES:

1.1. Edad: _____ De 18 a 59 años ( ) De 60 a 75 años ( )

1.2. Sexo: M ( ) F ( )

1.3. Grado de instrucción: Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )

1.4. Tiempo que recibe tratamiento de hemodiálisis

a) > 1 año ( ) b) De 1 a 5 años ( ) c) Más de 5 años ( )

II. DIAGNÓSTICO MEDICO ACTUAL (Incluye otras patologías además de IRCT):

.....

III. PREGUNTAS RELACIONADAS A LA DIMENSION SOCIAL (considerando lo percibido en el último mes).

DIMENSIÓN SOCIAL:	Siempre 3	A veces 2	Nunca 1
1.¿Su salud física ha influido en el deterioro de la comunicación con los miembros de su familia?	3	2	1
2. ¿Su salud física ha influido en el deterioro de la comunicación con sus amigos?	3	2	1
3. ¿Su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	3	2	1
4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	3	2	1
5. ¿Cuándo realizan reuniones familiares en su hogar, usted se siente bien?	1	2	3

Presencia de problema social según puntaje acumulado.

ANEXO 1 – A:

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION (HAD)	Puntaje
1. Me siento tenso o nervioso	
a) Todos los días	3
b) Muchas veces	2
c) A veces	1
d) Nunca	0
2. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder	
a) Definitivamente y es muy fuerte	3
b) Sí, pero no es muy fuerte	2
c) Un poco, pero no me preocupa	1
d) Nada	0
3. Tengo mi mente llena de preocupaciones	
a) La mayoría de las veces	3
b) Con bastante frecuencia	2
c) A veces, aunque no muy seguido	1
d) Sólo en ocasiones	0
4. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado	
a) Siempre	0
b) Por lo general	1
c) No muy seguido	2
d) Nunca	3
5. Tengo una sensación extraña, como de aleteo o vacío en el estómago	
a) Nunca	0
b) En ciertas ocasiones	1
c) Con bastante frecuencia	2
d) Muy seguido	3
6. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme	
a) Mucho	3
b) Bastante	2
c) No mucho	1
d) Nada	0
7. Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro	
a) Muy frecuentemente	3
b) Bastante seguido	2
c) No muy seguido	1
d) Nada	0

Puntaje total =

8. Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer	
a) Como siempre	0
b) No lo bastante	1
c) Sólo un poco	2
d) Nada	3
9. Puedo reirme y ver el lado positivo de las cosas	
a) Al igual que siempre lo hice	0
b) No tanto ahora	1
c) Casi nunca	2
d) Nunca	3
10. Me siento alegre	
a) Nunca	3
b) No muy seguido	2
c) A veces	1
d) Casi siempre	0
11. Siento como si yo cada día estuviera más lento	
a) Por lo general en todo momento	3
b) Muy seguido	2
c) A veces	1
d) Nunca	0
12. He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado	
a) Totalmente	3
b) No me preocupa como debiera	2
c) Podría tener un poco más de cuidado	1
d) Me preocupo al igual que siempre	0
13. Me siento con esperanzas respecto al futuro	
a) Igual que siempre	0
b) Menos de lo que acostumbraba	1
c) Mucho menos de lo que acostumbraba	2
d) Nada	3
14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión	
a) Seguido	0
b) A veces	1
c) No muy seguido	2
d) Rara vez	3
	Puntaje total =

Puntuación: Para Ansiedad (se valora de los ítems 1 al 7)

Ausencia = $\leq$6 puntos; Leve = 7 a 10 puntos; Moderado = 11 a 14 puntos; Grave= 15 a 21 puntos

Puntuación: Para Depresión (se valora de los ítems 8 al 14)

Ausencia = $\leq$6 puntos; Leve = 7 a 10 puntos; Moderado = 11 a 14 puntos Grave= 15 a 21puntos

ANEXO 1 – B: ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO (PSS).

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una "X" cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

ITEMS	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Puntuación: Nivel de estrés (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 =de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo)

0= Ausencia 1= Leve 2= Moderado 3= Severo 4=Muy severo

ANEXO 2

Tabla A. Puntuación por ítems para la determinación de la ansiedad en pacientes con IRC en hemodiálisis. Centro Nefrourológico El Oriente SAC, 2017.

	Puntuación				Total	
Ítems	3	2	1	0	Nº	%
1. Me siento tenso o nervioso	2	12	27	12	53	100
2. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder	8	16	20	9	53	100
3. Tengo mi mente llena de preocupaciones	11	13	22	7	53	100
4. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado	2	25	20	6	53	100
5. Tengo una sensación extraña, como de aleteo o vacío en el estómago	1	4	36	12	53	100
6. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme	1	27	23	2	53	100
7. Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro	4	15	25	9	53	100
Media =	4	16	25	8		

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes en el Centro Nefrourológico El Oriente SAC, Puc., marzo-abril 2017

ANEXO 3

Tabla B. Puntuación por ítems para la determinación de la depresión en pacientes con IRC en hemodiálisis. Centro Nefrourológico El Oriente SAC, 2017

	Puntuación				Total	
Ítems	3	2	1	0	N°	%
8. Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer	3	9	24	17	53	100
9. Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas	1	4	30	18	53	100
10. Me siento alegre	1	24	7	21	53	100
11. Siento como si yo cada día estuviera más lento	8	26	15	4	53	100
12. He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado	4	8	15	26	53	100
13. Me siento con esperanzas respecto al futuro	4	6	22	21	53	100
14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión	5	5	18	22	50	100

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes en el Centro Nefrourológico El Oriente SAC, Puc., marzo-abril 2017

Media =	4	12	19	18

ANEXO 4

Tabla C. Puntuación por ítems para la determinación del estrés percibido en pacientes con IRC en hemodiálisis en el Centro Nefrourológico El Oriente SAC, 2017.

	Puntuación					Total	
Items	4	3	2	1	0	Nº	%
En el último mes:							
1.¿Con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	4	12	21	13	3	53	100
2.¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	2	12	29	6	4	53	100
3.¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	1	13	23	12	4	53	100
4.¿Con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	1	9	31	12	0	53	100
5.¿Con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	1	3	27	20	2	53	100
6.¿Con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	8	26	18	1	0	53	100
7. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	2	11	21	18	1	53	100
8.¿Con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	2	12	30	9	0	53	100
9.¿Con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	1	9	28	15	0	53	100
10.¿Con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	2	12	20	19	0	53	100
11.¿Con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	17	20	15	1	0	53	100
12.¿Con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	2	31	18	2	0	53	100
13.¿Con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	6	22	23	2	0	53	100
14.¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	1	15	20	16	1	53	100
Media =	4	15	23	11	0		

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes en el Centro Nefrourológico El Oriente SAC, Puc., marzo-abril 2017

ANEXO 5

Tabla D. Problema social de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en hemodiálisis según sexo en el Centro Nefrourológico El Oriente SAC, Pucallpa 2017.

Sexo	Masculino			Femenino			Total	
Problema Social	Nunca	A veces	Siempre	Nunca	A veces	Siempre	Nº	%
1. Su salud física ¿ha influido en el deterioro de la comunicación con los miembros de su familia?	19	9	1	17	4	3	53	100
2. Su salud física ¿ha influido en el deterioro de la comunicación con sus amigos?	17	8	4	14	7	3	53	100
3. Su salud física o los problemas emocionales ¿han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	14	11	3	11	9	5	53	100
4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)	11	16	2	7	14	3	53	100
5. Cuando realizan reuniones familiares en su hogar, ¿usted se siente bien?	3	11	15	3	7	14	53	100

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes en el Centro Nefrourológico El Oriente SAC, Puc., marzo-abril 2017

ANEXO 6

Tabla E. Grado de instrucción de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en hemodiálisis según edad en el Centro Nefrourológico El Oriente SAC, Pucallpa 2017.

Grado de instrucción	Primaria		Secundaria		Superior		Total	
Edad	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De 18 a 59 años	7	13.2	18	34.0	4	7.5	30	56.6
De 60 a 75 años	11	20.8	7	13.2	5	9.4	23	43.4
Total	18	34.0	25	47.2	9	17.0	53	100

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes en el Centro Nefrourológico El Oriente SAC, Puc., marzo-abril 2017

