



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE PSICOLOGIA  
PROYECTO DE INVESTIGACION

**Especialización en Psicología Clínica y de la Salud**

**NIVELES DE DEPRESION, ANSIEDAD, Y ESTRÉS ASOCIADOS A LA  
SALUD MENTAL POSITIVA DE PACIENTES EN DIÁLISIS EN EL SERVICIO  
DE TERAPIA RENAL DE SANTANDER  
(HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER).**

**Presentado por:**

Lina González Gelvez

Dalys Mayerly Mateus Pineda

Julia Quiros Muysina

Bajo la Dirección de:

Patricia Díaz Gordon

Bucaramanga, Octubre de 2007

**NIVELES DE DEPRESION, ANSIEDAD, Y ESTRÉS ASOCIADOS A LA  
SALUD MENTAL POSITIVA DE PACIENTES EN DIÁLISIS EN EL SERVICIO  
DE TERAPIA RENAL DE SANTANDER  
(HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER).**

Este Proyecto se enmarca en la línea de investigación en calidad de vida y Psicología de la salud, del grupo de Investigación de Calidad de Vida y Psicología, en el programa de Psicología de la Universidad Autónoma de Bucaramanga.

La insuficiencia renal crónica se considera como una enfermedad catastrófica y de alto costo. De acuerdo con Caporale citado por Arciniegas, (2000), toda enfermedad crónica representa una fuente continua de malestar y vulnerabilidad psicofísica, así como la sensación irreversible de tener que convivir en forma permanente con la idea de muerte. Si bien el tratamiento dialítico permite a los pacientes mantenerse con vida, la morbilidad aún persiste en alto grado, determinando muchas veces un importante deterioro en su calidad de vida. También, los aspectos psicológicos individuales están alterados (descenso de la autoestima), se presentan sentimientos de incapacidad para afrontar la enfermedad; depresión, ansiedad, estrés y angustia entre otras.

Para Andrés (2003), las causas de esta enfermedad se atribuyen a una mayor incidencia de Nefropatías secundarias a diabetes e hipertensión. Ello supone un problema de primer orden; personal, y económico. Las intervenciones dirigidas a la prevención, retrasar la progresión o evitar complicaciones de la enfermedad renal crónica son de gran importancia y con un evidente beneficio.

Según Carrizosa (2001) Nefrólogo – Unidad renal FSFB “existe una serie de sustancias tanto endógenas como exógenas, reconocidas como tóxicas para el riñón, que tienen como consecuencia la insuficiencia renal. Las implicaciones que esto conlleva, tanto en morbi-mortalidad como en relación al valor económico es lo que debe motivar al médico, no a tratar la insuficiencia renal, sino a prevenir cualquier injuria que potencialmente la pueda originar”.

Situación frecuente en la población general, es la hipertensión arterial esencial, que de no tratarse adecuadamente, es la segunda causa de insuficiencia renal crónica en Colombia precedida por la diabetes mellitus. La hipertensión arterial produce daño glomerular y a su vez esta lesión trae un daño en los sistemas reguladores de la tensión arterial, convirtiéndose en un círculo vicioso, concluye Carrizosa.

Uno de los propósitos de aplicar los conocimientos en Psicología a diferentes campos de acción social, entre ellos el de la salud, es ofrecer respuestas a necesidades concretas y prácticas, orientando la acción al mejoramiento de la calidad de vida de los seres humanos.

La investigación en Psicológica no debe ser indiferente ante los problemas de salud pública que amenazan el bienestar de la población Colombiana, más aun cuando las tasas se encuentran en altas proporciones y va en aumento.

De acuerdo a las consecuencias físicas y psicológicas que tiene la salud mental positiva este estudio pretende contribuir en el mejoramiento del tratamiento de los sujetos, pertenecientes al servicio de terapia renal de Santander (Hospital Universitario de Santander)

Los resultados del presente estudio se hallan en condición de aportar elementos de comprensión a partir de los cuales se podrá diseñar estrategias efectivas de promoción y cuidado de la salud mental positiva; a su vez, aportar conocimientos mediante un estudio científico de la Psicología de la salud que contribuya a la incorporación de una intervención psicológica para el bienestar integral del ser humano.

Por último, los resultados de la presente investigación se encuentran proyectados a enriquecer y posibilitar los avances en términos de comprensión de los fenómenos de construcción de estilos de vida, mediante la practica de conductas positivas para adaptarse a la enfermedad de tal modo que permitan generar promoción hacia una salud mental favorable.

Servicio de Terapia Renal de Santander Ltda.  
Hospital Universitario de Santander

La investigación sobre los niveles de Depresión, Ansiedad, y Estrés asociados a la Salud Mental Positiva de sujetos en diálisis que se realizó, se llevó a cabo con los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica que se encuentran sometidos a tratamiento médico en el servicio de terapia Renal de Santander, Hospital universitario de Santander.

El Servicio de Terapia Renal de Santander Ltda, Hospital universitario de Santander, es una división de la corporación Baxter (Baxter international Corporation) especializada en la prestación de servicios de terapia renal, con el objetivo y firme propósito de mejorar continua y permanentemente la atención, y fomento de la calidad de vida al paciente renal.

La Corporación busca mejorar estándares de tratamiento en terapias de hemodiálisis, diálisis peritoneal manual, automatizada, facilitando las posibilidades de trasplante renal, con programas efectivos de excelencia clínica, operacional y económica, logrando así servicios de fácil acceso, resultados de alta calidad y tolerancia acordes con las necesidades de los pacientes y exigencias de los nuevos procesos en salud.

El cambio, reposición y utilización de equipos de alta tecnología, se ha logrado en razón de las enormes inversiones efectuadas en equipos clínicos con apoyo científico y administrativo, sistemas de purificación de agua y eléctricos, así como a los continuos programas de capacitación actualizando el personal que labora en la unidad, acompañado de nuevos desarrollos en el campo de la automatización y los sistemas de información.

Las unidades han sido diseñadas, adecuadas y debidamente dotadas clínica y administrativamente, de acuerdo a estándares establecidos por RTS a nivel mundial, parámetros que superan mínimos exigidos en otros países y que se ajustan plenamente a los establecidos en los requisitos esenciales de la normativa Colombiana.

Es así como el Servicio de Terapia Renal de Santander Limitada (Hospital Universitario de Santander)

Forma parte de esta gran red de servicios permitiendo el traslado transitorio o permanente a otro lugar del país a los pacientes, garantizando la continuidad de su tratamiento bajo los mismos protocolos y condiciones de su lugar de origen y con el respaldo de RTS.

RTS define los procesos y procedimientos a implementar en las clínicas renales para consolidar y asegurar el cumplimiento de las normas de calidad Internacional. Su meta principal es la de proveer un cuidado de óptima calidad y se consolida como la única red de servicio especializada en la atención integral del paciente con insuficiencia renal crónica (IRC) patología de alto impacto económico y social en el país.

El servicio de Terapia Renal de Santander Ltda. Seccional Bucaramanga atiende un total de 212 pacientes con insuficiencia renal crónica, donde 112 pacientes son intervenidos con hemodiálisis y 100 con diálisis peritoneal. Cuenta con un total de 27 empleados distribuidos de la siguiente manera:

#### *Personal administrativo*

Un gerente, dos nefrólogos, una psicóloga, una trabajadora social, una nutricionista, una secretaria, dos auxiliares contables, un auxiliar de farmacia.

#### *Personal de Enfermería*

Una coordinadora del programa, cuatro enfermeras jefe, dos para peritoneal y dos para hemodiálisis, seis auxiliares de enfermería y dos señoras de servicios generales.

Esta sucursal tiene a disposición de los pacientes el más completo y capacitado grupo multidisciplinario de profesionales en las diversas áreas de la salud. Dentro del grupo de apoyo clínico están: Nefrólogos, enfermeras internistas, psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales y un equipo humano altamente calificado en las diferentes áreas administrativas. Esta unidad se encuentra ubicada en el primer piso del Hospital Universitario de Santander.

### *Misión*

La misión de RTS es ser la red de prestadores de servicio de salud, con los más altos estándares clínicos, tecnológicos, administrativos y de información al servicio de aseguradoras y pacientes en el sistema general de Seguridad Social en Salud en Colombia bajo los principios éticos de la corporación.

### *Visión*

La visión de RTS es garantizar a la corporación estabilidad financiera del negocio, participando en la creación de condiciones optimas que favorezcan el acceso a los servicios de Salud en Colombia en los próximos años.

### Problema

La insuficiencia renal crónica (IRC), enfermedad en la que se presenta una pérdida progresiva e irreversible de la función renal, es una condición clínica que va en aumento en Colombia y es una de las patologías de alto costo con mayor impacto financiero para el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. La concentración de casos de alto costo en algunas empresas del sector hizo necesaria la redistribución de recursos y pacientes para contrarrestar el desequilibrio financiero, Chicaíza, (2005).

Según Chicaíza, (2005) la insuficiencia renal crónica y el SIDA son las enfermedades de mayor impacto financiero y mayor desviación del perfil epidemiológico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. En el régimen contributivo, la diálisis y la hemodiálisis costaron \$55.444 millones en el primer semestre de 2002, equivalentes al 64% del costo total por enfermedades catastróficas. El Instituto de Seguro Social atendió al 77% de los pacientes con enfermedad renal crónica a un costo de \$42.260 millones, lo que agravó sus problemas de equilibrio financiero (Ministerio de Salud, 2002). Ante la gravedad de la situación, el Ministerio de Protección Social, en una decisión sin precedentes, decidió trasladar 2.368 pacientes del Seguro Social a otras empresas promotoras de salud y redistribuir cerca de \$60

mil millones de las empresas que presentaban menor concentración de enfermos de alto costo entre las empresas con mayor concentración, para atenuar la inequidad financiera.

Aún después de esta medida, el caso de la insuficiencia renal crónica sigue siendo preocupante por su nivel de crecimiento y el alto costo para la sociedad, puesto que su tratamiento exige tecnología sofisticada y costosa, personal calificado y sistemas de salud complejos y eficaces. Aunque se ha planteado la imposibilidad de legislar por patologías, la alta prevalencia de esta enfermedad es de tal importancia que requiere atención desde el punto de vista de la política pública puntualiza Chicaiza, (2005).

Al respecto la facultad de ciencias de salud de la Universidad del Cauca (2004) “En Colombia, la enfermedad renal constituye un problema de salud pública, en especial, la insuficiencia renal crónica, definida en la Ley 100 como enfermedad catastrófica y de alto costo. Existen en el país 5.000 pacientes en programa de diálisis crónica y aproximadamente 1.500 pacientes para trasplante renal, Facultad de Ciencias de Salud de la Universidad del Cauca (2004).

Para la Organización Mundial de la Salud, OMS, preocupa el incremento de personas con algún tipo de daño renal. Según datos de esta oficina existen por lo menos más de un millón de pacientes en el mundo y se espera que en los próximos 10 años la cifra se duplique.

La Asociación Colombiana de Nefrología habla de por lo menos doce mil 500 personas en Colombia con algún daño renal, lo que representa una tasa de atención de 350 pacientes por millón de habitantes; lo que representa un déficit de cobertura por cuanto el promedio mundial de pacientes atendidos es de mil quinientos por cada millón de habitantes, Periódico El Mundo, Citado por León, (2005) universidad de Antioquia.

En Bucaramanga, según entrevista realizada al Nefrólogo Álvaro Ordóñez (2006) sostiene que la incidencia de la enfermedad renal va en aumento, actualmente en Bucaramanga, los Servicios de Terapia Renal atiende aproximadamente a unas 840 personas y agrega que en diez años las EPS en Colombia colapsarán financieramente por el incremento de esta enfermedad catastrófica y de alto costo.

En cuanto a la enfermedad renal, para mantener el equilibrio homeostático en los pacientes, se requieren medidas como la diálisis peritoneal, la hemodiálisis o el transplante. La hemodiálisis, es un método que suplente la función renal. Se debe realizar en forma continua y permite al individuo desarrollar actividades de la vida diaria; sin embargo, el tratamiento exige invertir de 12 a 15 horas por semana, llevar una dieta restrictiva y una ingesta limitada de líquidos.

La asistencia al tratamiento de hemodiálisis provoca cambios en las rutinas cotidianas en el ámbito familiar, laboral y social dificultando sostener y ejercer los roles sociales previos.

Los descuidos en seguir el tratamiento, pueden ocasionar graves alteraciones físicas de fatales consecuencias, por lo que el éxito de la misma requiere énfasis en el auto cuidado, y el cumplimiento de ciertas adaptaciones y limitaciones que le causa la enfermedad.

Teniendo en cuenta lo expresado anteriormente y considerando la importancia que tiene la salud mental positiva para la aceptación y la adaptación de la enfermedad y tomando como referencia la ausencia de información precisa que posibilite la comprensión de los factores psicosociales, relacionados con la práctica de conductas saludables; se deriva como pregunta de investigación:



¿Cuales son los niveles de Depresión, Ansiedad y Estrés asociados a la Salud Mental Positiva de pacientes en diálisis en el servicio de terapia renal de Bucaramanga (Hospital Universitario de Santander)?

## Objetivos

### *Objetivo General*

Establecer la relación existente entre los niveles de Depresión, Ansiedad, Estrés con la Salud Mental Positiva en pacientes en Diálisis, mediante la aplicación de test psicológicos y entrevistas para detectar conductas positivas para adaptarse a la enfermedad de tal modo que permitan generar promoción hacia una salud mental favorable.

### *Objetivos específicos*

Establecer la relación entre niveles de Depresión y Salud Mental Positiva en pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica pertenecientes al Servicio de Terapia Renal de Santander (Hospital Universitario de Santander).

Establecer las relaciones entre Niveles de Estrés y Salud Mental Positiva en pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica pertenecientes al Servicio de Terapia Renal de Santander (Hospital Universitario de Santander).

Establecer la relación entre los niveles Ansiedad y Salud Mental positiva en pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica pertenecientes al Servicio de Terapia Renal de Santander (Hospital Universitario de Santander).

## Antecedentes

La Psicología de la Salud y la Psicología Positiva conciben al hombre desde una perspectiva biopsicosocial. Las dificultades de la existencia, los conflictos, pero también la búsqueda de felicidad y bienestar son parte de la vida, se encontraron escasas investigaciones sobre Psicología Positiva, resiliencia o temas relacionados y enfermos renales crónicos, aunque sí investigaciones sobre el estado psicológico del enfermo y tratamientos

cognitivos comportamentales. En varios estudios se hallaron en pacientes dializados niveles altos de ansiedad, depresión, ideas suicidas y desprecio por ellos mismos (ej.: Livesley, 1982; Kutmer y Paul, 1985). Zahonero (1984) estudió, en una muestra de 76 sujetos, correlaciones demográficas con síntomas psicológicos. Mostraron que la tendencia hacia la depresión era más intensa entre personas mayores de 26 años, casados, no religiosos y que habían estado más de un año en hemodiálisis. Miñaro y *col.*, (1985) encontraron que los mayores valores de ansiedad correspondían a sujetos de entre 10 y 20 años, en los primeros meses de hemodiálisis. Además se halló que la variable de mayor peso en los pacientes con IRC era la baja autoestima que correlacionaba con un reducido nivel de escolaridad. En cuanto a las intervenciones psicológicas, Hener (1996) comparó dos de ellas, apoyo psicológico y terapia cognitiva-comportamental, sobre el ajuste a la diálisis peritoneal domiciliaria en niños. Los tratamientos se realizaron a los padres de los niños durante 8 semanas y se compararon con un grupo control no tratado en medidas de ajuste al tratamiento de diálisis. Se halló que ambos tratamientos resultaron efectivos para lograr un mejor ajuste al tratamiento; en cambio, en el grupo control no tratado aumentó el nivel de ansiedad. Los mejores resultados de ambos tratamientos se obtuvieron en las áreas emocionales, cognitivas e interpersonales, y menos en el área comportamental.

Respecto al enfoque de resiliencia y Psicología Positiva, algunos trabajos mostraron que las diferencias individuales interactúan con las intervenciones psicológicas y determinan resultados diferentes en los pacientes. Christensen y *col.* (1996) mostraron que un mayor compromiso con el tratamiento estaba asociado a pacientes que percibían menor deterioro físico y mayor conciencia del cuerpo. En otra investigación, Christensen (1996) trabajó con pacientes tratados en un centro de hemodiálisis y autotratados ambulatorios con diálisis peritoneal (CAPD) a los cuales se los clasificó de acuerdo a dos variables psicológicas que reflejaban sus preferencias de enfrentamiento y expectativas de control (ej. "Información vigilante" y "Enfrentamiento autónomo"). Con una

perspectiva interaccional, se predijo que el ajuste al tratamiento debería ser mejor cuando el estilo de enfrentamiento coincidía con el tipo de tratamiento. Se estudiaron los efectos del tipo de diálisis y las dos variables psicológicas sobre el cumplimiento de las dietas y medicación y sobre el ajuste psicológico. Ellos encontraron que los altos puntajes de preferencia de información vigilante, se asociaron a una mejor respuesta a las dietas en pacientes CAPD pero asociación pobre en los pacientes en el centro de hemodiálisis. En contraste, la información vigilante ejerció un efecto principal sobre pacientes con depresión y ansiedad, de tal modo que estos sujetos con altos valores en información vigilante tenían mejor ajuste, independientemente del tipo de diálisis que se les realizaba. Además hallaron que los altos valores en enfrentamiento autónomo estaban asociados a un mejor ajuste en ambos tipos de diálisis.

Sobre resiliencia y enfermos renales, White, Tucson, Greeley, Koeckeritz, Greeley, Young Ae y Munch (2002) presentaron un estudio transcultural donde evaluaron diferencias entre las familias resilientes en pacientes con hemodiálisis y sus cuidadores en tres muestras étnicas diferentes, que incluyeron angloamericanos, mejicanos y coreanos del sur. Los pacientes estaban en el estadio final de su enfermedad renal. Hallaron que los pacientes y familiares de Corea del Sur percibieron los estresores impuestos por la enfermedad mucho más intensos que los otros grupos étnicos, y ellos también tenían valores más bajos en las medidas de resiliencia familiar. Estos datos sugieren que existiría una correlación entre altos puntajes de resiliencia familiar y ajuste a la enfermedad renal crónica y que también existen diferencias culturales en su enfrentamiento.

En la línea de Salud Mental, en el año (2003) Guzmán y Nicassio del Colegio de Psicólogos Profesionales de California, investigaron sobre “La contribución de Esquemas de Enfermedad Positivos y Negativos en la Depresión de pacientes en etapas terminales de Enfermedad Renal”. Estos investigadores examinaron el papel de los esquemas de enfermedad, positivos y negativos como predictores de depresión en 109 pacientes en etapas

terminales de enfermedad renal provenientes de diferentes clínicas de Diálisis del área de San Diego. Específicamente el modelo evaluó si los esquemas de enfermedad negativos y positivos mediarían la relación entre la severidad de enfermedad y la depresión, el apoyo social y la depresión, en un diseño transversal.

El modelo utilizó el Inventario Cognitivo - Depresivo (CDI), derivado del Inventario de Depresión de Beck (BDI). El análisis de regresión múltiple reveló que mientras la severidad de la enfermedad no se relacionaba con la depresión, los esquemas negativos de enfermedad contribuyeron a producir elevadas puntuaciones en los Inventarios Cognitivo - Depresivo (CDI) y de Depresión de Beck (BDI), y los esquemas positivos de enfermedad contribuyeron a puntuaciones bajas en los inventarios. Además, los esquemas positivos de enfermedad median la relación entre apoyo social y depresión. Los resultados ilustran la importante contribución de los esquemas de enfermedad a la depresión en esta grave enfermedad.

En la misma línea, en el año 2001 Álvarez et al pertenecientes a la Sección de Nefrología del Hospital General de Segovia, realizaron un estudio sobre "Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes que asisten a un programa de Hemodiálisis". Los objetivos de los autores eran establecer la frecuencia y severidad de síntomas somáticos y trastornos emocionales - ansiedad y/o depresión- en pacientes con Hemodiálisis Crónica (CHD) y de otro lado, estudiar la relación entre ellos así como su influencia sobre el estado de salud percibido. Los sujetos elegidos para ser incluidos en el estudio debían ser pacientes con Hemodiálisis Crónica y haber estado en el programa por un mínimo de tres meses. Ocho de ellos fueron excluidos, seis por su incapacidad de contestar los cuestionarios y dos porque rehusaron participar. Los restantes 58 sujetos fueron elegidos y su edad promedio era de 68.5 años con una duración promedio de Hemodiálisis crónica de 29.5 meses.

Los sujetos contestaron los siguientes cuestionarios: 1) Cuestionario Dimensión de Síntomas Físicos de la Enfermedad del Riñón; 2) Cuestionario Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAI), 3) Inventario de Depresión de

Beck y, 4) Perfil de Estado de Salud de Nottingham (NHP). Los resultados demuestran que los síntomas más severos y frecuentes eran el cansancio, la sed, prurito, dolor de huesos y perturbación en el sueño. La severidad de los síntomas fueron asociados positivamente con el género femenino con relevantes niveles clínicos de ansiedad y depresión. Aproximadamente el 25% de los pacientes presentaron ansiedad y casi el 50% de ellos sufrían de depresión.

Igualmente, se presentó comorbilidad entre los trastornos emocionales - ansiedad y depresión-, asociados con severos síntomas somáticos. Únicamente la ansiedad y la depresión se encontraron significativamente asociados con el puntaje global de la prueba Perfil de Estado de Salud de Nottingham (NHP). Los autores concluyeron que los síntomas somáticos son comunes en pacientes con Hemodiálisis Crónica y dichos síntomas parecen estar asociados con trastornos emocionales, los cuales influyen significativamente en su estado de salud percibido.

En otro estudio sobre “Tensión, Adaptación y Calidad de Vida entre pacientes crónicos en Hemodiálisis”, Cristovao (1999) identificó los estresores más significativos percibidos por individuos sometidos a Hemodiálisis y los métodos de adaptación más a menudo usados por los pacientes y su Calidad de Vida. El estudio contó con la participación de 75 pacientes en edades comprendidas entre los 18 y 65 años en tratamiento regular de Hemodiálisis al menos durante un año. Los resultados demostraron que los pacientes percibieron altos niveles de estrés y que los estresores psicosociales son tan problemáticos como los fisiológicos. Aunque su Calidad de Vida fue satisfactoria estuvieron poco satisfechos acerca de su bienestar físico.

En el año 2004 J Belkys J. Atencio, Eligio Nucette Ríos, José Colina Chourio, Hedelbert Sumalave, Flor Gómez Atencio, delmo Hinestroza Finol de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia. Maracaibo (Venezuela),

presentaron el trabajo “Evaluación de la Depresión y Ansiedad en pacientes con Insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis”.

Estudio prospectivo, aleatorio y longitudinal, con una muestra de 62 pacientes, 79.48 % de la población total, de ambos sexos, entre 17 y 66 años, con IRC, en tratamiento con hemodiálisis. A los pacientes se les realizó Historia Clínica con Examen Mental y Escalas de Hamilton para depresión y ansiedad. La tabulación de la información se hizo manualmente y el análisis estadístico mediante el cálculo de porcentajes. Resultados: 17 pacientes (27.42%) resultaron deprimidos al Examen Mental y Escala de Hamilton para depresión y 49 (79.03%) resultaron ansiosos: 47 por Escala de Hamilton para ansiedad y 2 por ésta y Examen Mental. Depresión y ansiedad son mas frecuentes en el sexo femenino: 70.59% y 51.02% respectivamente. Hay antecedentes personales de depresión en 100% y de ansiedad en 12.24%, y antecedentes familiares en 17.65% de deprimidos y 14.29% de ansiosos.

Conclusiones: La IRC, enfermedad progresiva e irreversible, cursa con frecuencia con ansiedad y depresión e influye en la vida familiar, escolaridad, ocupación de los pacientes, causando dificultades que aumenta los síntomas psicológicos. La sintomatología física de ansiedad y depresión puede confundirse con la de IRC, por lo cual se impone una evaluación integral para realizar el diagnóstico e indicar el tratamiento adecuado y oportuno.

De otra parte, en el año 2005 Jadoul, et al, del Departamento de Psicopatología de la Universidad Católica de Louvain, Bruselas, realizaron una investigación sobre “Ansiedad y Depresión en Hemodiálisis Crónica: algunos determinantes somatofísicos”. Los autores plantean que la ansiedad y la depresión son comunes en los pacientes que asisten a Hemodiálisis e hipotetizan que ambos trastornos contribuyen a las sensaciones somáticas subjetivas de los mismos. Para su estudio, utilizaron un diseño transversal e investigaron la relación entre angustia Psicológica y quejas somáticas en un grupo de 54 pacientes en Hemodiálisis a los cuales se les aplicó varios cuestionarios, como el Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAI), la Escala

de Ansiedad - Depresión Hospitalaria (HADS), la versión corta (13 ítems) del Inventario de Depresión de Beck y la forma corta de la Prueba de Calidad de Vida en la enfermedad del riñón.

El análisis principal les permitió a los autores enfocarse en el puntaje total de la Escala de Ansiedad - Depresión Hospitalaria (HADS), la cual fue confirmada a ser representativa de los resultados obtenidos de ansiedad y depresión de los cuestionarios STAI y BECK, respectivamente. Luego, se hizo un análisis correlacional y de regresión obteniéndose como resultado que el puntaje total obtenido en el HADS está inversamente asociado con el uso de la negación como mecanismo de defensa psicológica ( $p < 0.001$ ), y positivamente relacionado con la dificultad de identificar emociones ( $p < 0.001$ ), con dificultades en expresar sentimientos ( $p < 0.05$ ) y con la intensidad de quejas somáticas subjetivas (0.001). Los autores concluyen que las quejas físicas subjetivas están asociadas con la angustia Psicológica en pacientes con Hemodiálisis Crónica. La percepción subjetiva de la enfermedad parece también tener un importante impacto sobre la ansiedad y los niveles de estado de ánimo, los cuales también pueden ser influenciados por las capacidades de regulación emocional.

En el año 2006, Eduardo Bermudez Alvarado, Luis Cardeño Bedoya y Schneider Guerra Barrera de la facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (Colombia), presentaron el trabajo "Niveles de Depresión, Ansiedad, Estrés y Salud Mental Positiva de Pacientes Hipertensos en Diálisis del Servicio de Terapia Renal de Santander". La investigación se basó en lineamientos de una investigación transeccional cuantitativa de tipo descriptivo. El estudio evidencia, que ni la cantidad de eventos estresantes, ni la afectación en el tiempo de estos eventos llegan a ser determinantes para generar niveles de Estrés, sin embargo el estrato económico y el tipo de Diálisis son factores determinantes en los niveles altos de estrés. Dentro de la población a su vez, se evidencia que tanto el género, como el procedimiento de Diálisis no son factores determinantes para generar niveles significativos de depresión y ansiedad.

## Psicología De La Salud

La preocupación por la salud y la enfermedad ha sido una constante para el hombre, pues son cualidades inherentes a la naturaleza del ser humano y a su supervivencia. En las primeras sociedades la enfermedad se atribuía a un carácter mágico o totémico. La recuperación requería que los espíritus malignos fueran exorcizados del cuerpo afligido.

Los griegos fueron los primeros en comprender la enfermedad como un fenómeno natural. El ejemplo paradigmático de la medicina griega es la teoría hipocrática de los humores: la enfermedad surgía como consecuencia de un desequilibrio entre los humores que circulaban por el cuerpo. La recuperación conllevaba el buscar el equilibrio de los mismos. Durante la Edad Media la comprensión de la enfermedad se sustentó en términos espirituales. La violación de las leyes divinas desembocaba en enfermedad, luego en Renacimiento se retomaron las explicaciones naturales de la enfermedad. El estudio de las matemáticas, la química y la física, la invención del microscopio, los trabajos de Morgagni en autopsia, los de Virchow en patología y los de Pasteur en bacteriología, prepararon el camino para los avances médicos, siendo los cimientos de la medicina moderna. La salud de los individuos mejoró cuantitativa y cualitativamente con el desarrollo de la teoría del germen en el siglo XIX, así como con los avances en inmunología, salud pública, patología y técnicas quirúrgicas. Las tasas de mortalidad declinaron sensiblemente en enfermedades tan conocidas como el cólera, la fiebre tifoidea y la escarlatina, entre otras.

Durante toda su historia, el hombre ha hecho frente a distintos padecimientos que amenazan en ocasiones su existencia. Muchas han sido las personas que a pesar de los métodos terapéuticos tradicionales de la medicina, ésta no lograba curar sus enfermedades. Desde antes de 1900, las enfermedades mentales no hacían cuenta dentro del ámbito de la salud, los medios de “curación” era nada sofisticados y en muchas ocasiones no se



comprendía del todo la enfermedad. Recientemente, a pesar de todos los avances tecnológicos; muchos pacientes seguían enfermos y no encontraban nada más allá del alivio pasajero de los medicamentos; esto es debido a que muchas veces se deja de lado una parte muy importante de la enfermedad: los aspectos emocionales y sociales que están influyendo tanto en la etiología de la enfermedad como en su mantenimiento a lo largo del tiempo.

### *Concepto de salud y enfermedad*

No existe una línea divisoria clara entre salud y enfermedad. Esto ocurre con todas las enfermedades. Una persona puede satisfacer todos los criterios de salud, aunque tenga un sistema intrínsecamente defectuoso - sea éste bioquímico, fisiológico o psicológico - simplemente porque su capacidad adaptativa no ha sido excedida. Este delicado e inestable equilibrio adaptativo se puede romper al acentuarse la manifestación de un defecto determinado genéticamente o a través del aumento relativo de los factores estresantes que ejercen presión en el sistema. Es así que algunas deficiencias genéticamente determinadas pueden manifestarse tempranamente en el desarrollo, tardíamente o nunca, de acuerdo a un proceso adaptativo, a un interjuego constante entre el grado de penetrancia o de manifestación del déficit y la cantidad e intensidad de variables estresantes.

Cabe señalar que el defecto, la deficiencia o disfunción latente pueden ser de origen genético o adquirido en el curso del desarrollo. A su vez, los factores estresantes (estresores) pueden ser: biológicos de tipo químico, físico e infeccioso, factores de tipo psicológico: eventos vivenciales, rasgos de personalidad, etc. y sociales: familiares y culturales.

En este delicado balance entre vulnerabilidad y múltiples estresores hay que agregar factores protectores. Estos tienden a inclinar la balanza hacia el estado de salud o mantención del equilibrio a través de ampliar el repertorio de recursos adaptativos y la flexibilidad del organismo en su lidiar con vulnerabilidades de base, embates físicos, psicológicos y socioculturales.

La enfermedad crónica se define como un “trastorno orgánico y funcional que obliga a una modificación del modo de vida normal del paciente y que ha persistido, o es probable que persista, durante largo tiempo”. De acuerdo con otra definición, se trata de un "proceso incurable, con una gran carga social, tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Tiene una etiología múltiple y un desarrollo poco predecible".

Las enfermedades crónicas, se han incrementado de una forma significativa y constituyen las principales causas de mortalidad y padecimientos en la población de todo el mundo. El 50% de los orígenes de estas enfermedades se deben a factores psicológicos y comportamentales relacionados con aprendizajes y hábitos no saludables, tales como una alimentación inadecuada, un estilo de vida sedentario y falta de ejercicio; patrones irregulares en el comportamiento del sueño, tendencia a la ira, el coraje, la ansiedad, el estrés y la depresión, esquemas de pensamiento erróneos con respecto a la salud y enfermedad, entre otros.

Ser diagnosticado con una enfermedad crónica, suele asociarse con una serie de temores, miedos, perplejidad, incompreensión, incertidumbre, entre otros aspectos. En suma, el diagnóstico de estas enfermedades supone sufrimiento en mayor o menor grado. A pesar del impacto psicológico que genera esta situación, el curso de la vida de los pacientes, y en cierto modo, el curso de la enfermedad, estará relacionado con el tipo de estrategias de afrontamiento ante los miedos, las preocupaciones, los recuerdos negativos, los pensamientos y las sensaciones ante el tratamiento y en relación al futuro. Si el afrontamiento de tales eventos privados/cognitivos supone respuestas literales de lo que esos miedos y preocupaciones "dicen o aconsejan hacer", se puede llegar a producir un empobrecimiento vital que termina por incrementar considerablemente el sufrimiento personal.

La intervención psicológica en el comportamiento del paciente con una enfermedad crónica, a nivel cognitivo, emocional, conductual, social y espiritual, contribuye para un mejor afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente, permitiendo una readaptación rápida, con la finalidad de volver a una nueva faceta de vida igualmente satisfactoria, con la máxima calidad de vida que el curso de la enfermedad lo permita.

### *Fases temporales de la Enfermedad*

En la historia natural de la enfermedad pueden describirse tres fases principales: 1) De crisis, 2) Crónica, y 3) Terminal

#### *Fase Crónica*

Los pacientes crónicos exhiben un peor funcionamiento social y físico, tienden a una salud mental más deteriorada y experimentan mayor dolor que los pacientes sin estas enfermedades. El grado de intrusión de los síntomas se correlaciona con el tiempo que requiere el tratamiento, los síntomas en sí, la magnitud del cansancio y el grado de interferencia de la enfermedad en las actividades cotidianas. Rolland (2000).

Cada fase de una enfermedad tiene sus demandas psicosociales y tareas de desarrollo específicas, que les exigen al paciente y a su familia fortalezas, actitudes o cambios muy diferentes.

La fase crónica de una enfermedad, sea larga o corta, es el lapso que transcurre entre el diagnóstico inicial y el período de adaptación y la fase Terminal, cuando predominan las cuestiones relativas a la muerte y la agonía.

Éste es un período que se puede caracterizar por la constancia, la progresión o el cambio episódico. En este sentido, su significado no puede ser captado a través del simple conocimiento del comportamiento biológico de la enfermedad. Es, más bien, un constructo social, al que a veces se llama “la larga travesía” o la fase de convivencia cotidiana con la enfermedad.

En este periodo, la tarea clave de la familia es mantener algo parecido a una vida normal bajo las condiciones “anormales que presenta la enfermedad crónica y el aumento de la incertidumbre. Esto pone de manifiesto otra tarea crucial de esta fase: mantener la máxima autonomía de todos los miembros del grupo familiar a pesar de la tendencia hacia la dependencia y el cuidado mutuo. Esta autonomía necesita florecer dentro de un contexto de comunicación que permita la expresión de las necesidades individuales y las actividades independientes de cada miembro.

De esta manera, las enfermedades crónicas difieren en su impacto, no sólo en lo que respecta a su gravedad, sino en la medida que interfieren en la vida de los pacientes. Un importante impacto de las enfermedades crónicas es el modo en que las personas se conciben así mismas; en otras palabras, el diagnóstico de una enfermedad crónica modifica la auto percepción, obligando a los pacientes a reevaluar sus vidas, sus relaciones con otras personas y su imagen corporal, mediante estrategias de afrontamiento para tratar sus enfermedades, incluyendo intentos para centrarse en aspectos positivos de éstas.

El mantenimiento de relaciones personales también constituye un reto para los enfermos crónicos; cuando las personas enferman, su comportamiento suele cambiar, las relaciones, la expectativas de sus familiares y amistades varían significativamente, aun cuando el apoyo social sea un factor importante en el mantenimiento de la salud del paciente. Esto generalmente se debe al papel que asumen las personas enfermas, sin embargo, es una labor difícil que las personas que padezcan este tipo de enfermedades se adapten a este papel.

La fase de crisis que enfrenta un enfermo es un periodo de socialización en los hechos básicos de convivir con una enfermedad crónica durante la cual la familia pone con frecuencia otros planes de vida en suspenso para acomodarse a la socialización en el proceso de la enfermedad. Esto ocurre en la transición a la fase crónica, en la cual se hace hincapié en la autonomía y la

creación de una estructura de vida permanentemente viable a la vista de las realidades de la enfermedad. Las tareas de desarrollo separado, de convivir con una afección crónica y de vivir las otras partes de nuestra vida deben reconciliarse y constituirse en una estructura de vida coherente. Velasco, M., Sinabaldi, J. (2001).

La Psicología de la salud es una rama de la Psicología que nace a finales de los años 70 dentro de un modelo biopsicosocial según el cual la enfermedad física es el resultado no sólo de factores médicos, sino también de factores psicológicos como: emociones, pensamientos, conductas, estilo de vida, estrés; y factores sociales como: influencias culturales, relaciones familiares, apoyo social, etc. Todos estos factores interactúan entre sí para dar lugar a la enfermedad. La Psicología de la salud se centra fundamentalmente en las enfermedades crónicas, y las investigaciones y desarrollo de planes de intervención se han centrado en enfermedades tan diversas como la hipertensión, dolor crónico, artritis, asma, diabetes, cáncer, trastornos cardiovasculares, enfermedades reumáticas, diabetes, SIDA, intestino irritable, dolor de cabeza, úlcera, dismenorrea, enfermedad inflamatoria intestinal, etc.

La aparición de este modelo biopsicosocial ocurre en 1977 cuando Engel presenta una crítica al modelo médico tradicional. Lo califica como un dogma que forma parte de planteamientos reduccionistas y mecanicistas. La enfermedad hasta esta época es considerada como: un modelo unifactorial en donde solo primaba la disfunción biológica, enfermedad como algo reducido a un modelo simple, la enfermedad como mayor importancia (mayor que el estar sanos) y que la enfermedad propiciaba una posición de poder y obediencia frente al paciente.

Según Hernández (2005)<sup>1</sup>, La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1964) define la salud como: "un estado de bienestar completo físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia". Esta definición

---

<sup>1</sup> Disponible en [red]: [http://perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/apunt\\_psicolog\\_salud\\_1.htm](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_psicolog_salud_1.htm)

subraya la naturaleza biopsicosocial de la salud y pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad. El bienestar y la prevención son parte de nuestro sistema de valores y continuamente se nos invita a evitar aquellos hábitos que afecten negativamente sobre la salud como la dieta pobre, la falta de ejercicio y el consumo de alcohol. Los pensamientos, sentimientos y estilo general de manejo son considerados como requisitos para lograr y mantener la salud física, es lo que podríamos denominar integración mente y cuerpo. Resulta generalmente aceptado que el primer intento de definición formal de la psicología de la salud parece deberse a Matarazzo (1980), quien la consideró como "el conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la Psicología, la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas".

Esta definición acabó por convertirse en la definición "oficial", de la División de la Psicología de la Salud de la *American Psychological Association* (APA), ya que en su reunión anual 1980, fue adoptada como tal con muy pocos cambios. A partir de ese momento, se estableció como punto de arranque conceptual para señalar los objetivos, tratando de diferenciarlas de otras especialidades afines y complementarias. Gatchell y Baum (1983), lo define como "disciplina relativa al papel primario de la psicología como ciencia y profesión en las áreas de la medicina conductual y salud conductual"; Bloom (1988), "estudio científico de la conducta, pensamientos, actitudes y creencias relacionados con la salud y la enfermedad"; Sarafino (1990) la definió como: "Campo de la Psicología introducido a finales de los 70 para examinar las causas de las enfermedades y estudiar vías para promover y mantener la salud, prevenir y tratar la enfermedad y mejorar el sistema sanitario"; Carboles (1993), "Campo de especialización de la Psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de la salud especialmente físicos u orgánicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar o rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y

los conocimientos de la actual Psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de la salud existentes en la actualidad”; Simón (1993), “confluencia de las contribuciones específicas de las diversas parcelas del saber psicológico (Psicología clínica, Psicología básica, Psicología social, psicobiología), tanto a la promoción y mantenimiento de la salud como a la prevención y tratamiento de la enfermedad”; Marks (1995), “la aplicación de la Psicología a la salud, los problemas de la salud y cuidado de la salud para la promoción, mantenimiento y restauración de la misma” y finalmente Taylor (1995) como “Campo de la Psicología dedicado al conocimiento de las influencias psicológicas en como la gente permanece sana, por qué enferman y como responden cuando están enfermos”

#### *Objetivos de la Psicología de la Salud.*

Los objetivos de la Psicología de la salud quedaron definidos en Yale en 1977 y en el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias en 1978, quedan resumidos en:

- Aumento de salud y bienestar de las personas.
- Prevención o modificación de las enfermedades
- Mejor funcionamiento de casos con trastornos

Es por esto que en la actualidad, las enfermedades físicas son abordadas también desde un punto de vista psicológico, hay factores como la presencia de estresores ambientales, conductas relacionadas con la salud y las características personales pueden estar implicados en el desarrollo de evolución de una enfermedad orgánica. Diversas investigaciones demuestran que los factores psicológicos pueden desempeñar un papel en el origen y trayectoria de distintas enfermedades físicas.

### *Áreas de intervención de la Psicología de la Salud.*

- Promoción de un estilo de vida saludable.
- Prevención de las enfermedades: modificación de hábitos insanos asociados a enfermedades (por ejemplo, el tabaco).
- Tratamiento de enfermedades específicas, como las mencionadas más arriba. En ese caso los psicólogos trabajan junto a otros especialistas de la salud combinando los tratamientos médicos habituales junto con los tratamientos psicológicos.
- Evaluación y mejora del sistema sanitario.

### *Delimitación Conceptual de la Psicología de La Salud*

Es de gran importancia para una especialidad reciente definir con claridad su objeto de estudio, a la vez que delimitar su área de actuación a nivel académico, investigador y profesional, de otras disciplinas, especialidades y campos de estudio con los que puedan encontrarse solapamientos totales o parciales, así como contradicciones.

*Medicina Conductual:* es el Campo interdisciplinario referido al desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas y de las conductas relevantes para la salud y la enfermedad, y la aplicación de esos conocimientos y técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

*Psicología Clínica:* Es el conjunto de actuaciones sobre sujetos que presentan problemas o trastornos psicológicos. Su principal característica será, pues, el establecimiento de una relación entre el psicólogo y su paciente con una dimensión de apoyo y ayuda, a través de los conocimientos y la actuación psicológica.

*Psicología Comunitaria:* Es la destinada a la comprensión, explicación y solución de los problemas desde el punto de vista supraindividual (social



comunitario), enfocando su actuación preferentemente, aunque no únicamente, en el cambio y la mejora del medio.

*Psicología de la Salud:* Conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria<sup>2</sup>

La Psicología de la Salud, al integrar la Psicología Positiva como un enfoque prometedor que está reafirmando sus logros y ampliando aún más las perspectivas de intervención positivas del ser humano. El objeto de este interés no es otro que aportar nuevos conocimientos acerca de la psique humana no sólo para ayudar a resolver los problemas de Salud Mental que adolecen a los individuos, sino también para alcanzar una mejor calidad de vida y bienestar.

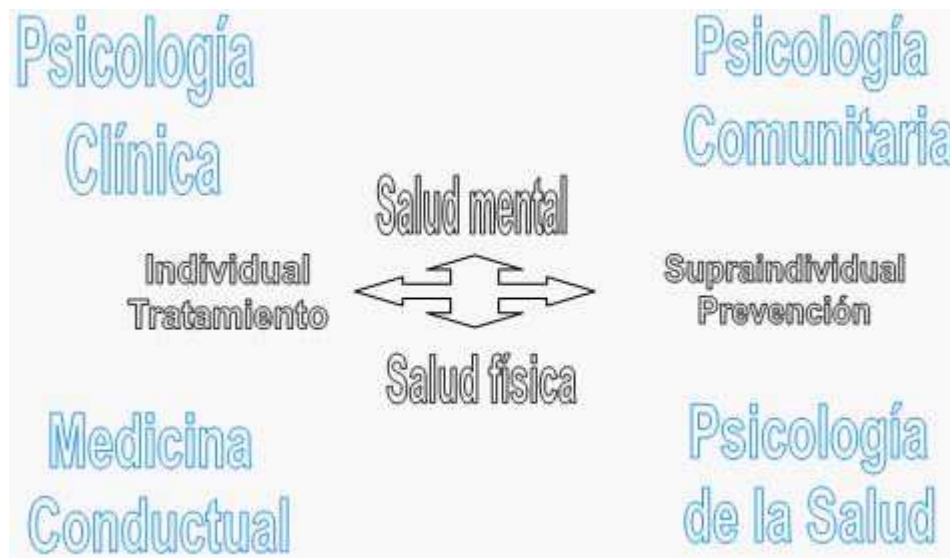


Figura 1. *Psicología de la Salud frente Otros Campos de la psicología.* Tomado de: <http://www.monografias.com/trabajos26/psicologia-salud/psicologia-salud.shtml>

<sup>2</sup> Disponible en red: <http://www.monografias.com/trabajos26/psicologia-salud/psicologia-salud.shtml>

## Psicología Positiva

La Psicología Positiva es una rama de la Psicología de reciente aparición que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano, los trabajos en Psicología positiva, han sido trabajados por el Psicólogo Martín Seligman. Desde Vera Poseck (2006) “La Psicología positiva es una rama de la Psicología de reciente aparición que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano, durante tanto tiempo ignoradas por la Psicología. El objeto de este interés no es otro que aportar nuevos conocimientos acerca de la psique humana no sólo para ayudar a resolver los problemas de salud mental que adolecen a los individuos, sino también para alcanzar mejor calidad de vida y bienestar, todo ello sin apartarse nunca de la más rigurosa metodología científica propia de toda ciencia de la salud. La psicología positiva representa un nuevo punto de vista desde el que entender la psicología y la salud mental que viene a complementar y apoyar al ya existente”.

Seligman & Cols, (2005) citados por Cecilia Prada (2005) nos dice que por definición la Psicología Positiva es el estudio científico de las experiencias positivas y los rasgos individuales positivos, además de las instituciones que facilitan su desarrollo. Un campo concerniente al bienestar y el funcionamiento óptimo, el propósito de la Psicología Positiva es ampliar el foco de la Psicología clínica más allá del sufrimiento y su consecuente alivio.

Seligman y Csikcentmihalyi (2000) la definieron como “una rama de la Psicología, que busca comprender, a través de la investigación científica, las fuerzas personales positivas, en procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano, ayudando a resolver los problemas de salud mental que padecen los individuos, e indagando como lograr una mejor calidad de vida y bienestar. La Psicología positiva representa un nuevo punto

de vista desde el entender de la Psicología y la salud mental que viene a complementar y apoyar a los modelos existentes”

Vera Poseck (2006) aclara que: “La Psicología positiva no es un movimiento filosófico ni espiritual, no pretende promover el crecimiento espiritual ni humano a través de métodos dudosamente establecidos. No es un ejercicio de autoayuda ni un método mágico para alcanzar la felicidad. No pretende ser un abrigo bajo el que arropar creencias y dogmas de fe, ni siquiera un camino a seguir por nadie. La psicología positiva no debe ser confundida en ningún caso con una corriente dogmática que pretende atraer adeptos ni seguidores, y en ningún caso debe ser entendida fuera de un riguroso contexto profesional”

La Psicología Positiva (PP) es un área que se concentra en estudiar:

- Las llamadas "emociones positivas". Serían, entre otras, la seguridad, la esperanza, la confianza, la capacidad de perdonar, etc. Según algunos estudios, el desarrollo de emociones positivas es mejor, para enfrentar los momentos adversos de la vida, que la angustia, la ansiedad o el resentimiento.
- Los rasgos positivos, que incluyen las fortalezas y virtudes y las habilidades generales como la inteligencia o la capacidad artística. Dentro de estos rasgos se incluyen el valor, la objetividad, la integridad, la equidad, la bondad y la lealtad, entre otras.
- Las instituciones positivas. Serían la democracia, las libertades individuales y de información y las familias integradas. Se trata de conocer y estudiar los factores que promueven y conforman la salud psíquica. La realidad nos muestra que el simple hecho de vivir es estresante, las situaciones ansiógenas y conflictivas son comunes y habituales. Sin embargo, hay personas que normalmente, despliegan una serie de recursos y habilidades para llevar adelante la vida cotidiana. Es necesario conocer con mayor

precisión metodológica las variables que hacen posible un desarrollo sano, porque la capacidad de sentir bienestar es inherente al hecho de estar vivos.

Dentro de la Psicología Positiva se trabajan elementos como El optimismo, La resiliencia, el flujo de la conciencia, la felicidad y el bienestar, la creatividad y el humor y la risa.

### *El Optimismo.*

Según Vera Poseck (2006), el optimismo “Puede definirse como una característica disposicional de personalidad que media entre los acontecimientos externos y la interpretación personal de los mismos. Es la tendencia a esperar que el futuro depare resultados favorables. El optimismo es el valor que nos ayuda a enfrentar las dificultades con buen ánimo y perseverancia, descubriendo lo positivo que tienen las personas y las circunstancias, confiando en nuestras capacidades y posibilidades junto con la ayuda que podemos recibir.”.

Al parecer, las personas más optimistas tienden a tener mejor humor, mayor perseverancia y posibilidad de éxito.

### *La Resiliencia.*

En física, resiliencia es la capacidad de los materiales de volver a su forma, cuando éstos son forzados a deformarse. Trasladado al campo psico-social, es la capacidad para enfrentar situaciones difíciles, sobreponerse y salir fortalecido, en vez de debilitado, por la experiencia de adversidad.

Posteriormente, surge el concepto de Personalidad Resiliente. Según Vera Poseck (2006) El concepto de personalidad resistente aparece por primera vez en la literatura científica en 1972, en relación a la idea de protección frente a los estresores. Son Kobasa y Maddi los autores que desarrollan el concepto, a través del estudio de aquellas personas que ante hechos vitales negativos parecían tener unas características de personalidad que les protegían. Así, se

ha establecido que las personas resistentes tienen un gran sentido del compromiso, una fuerte sensación de control sobre los acontecimientos y están más abiertos a los cambios en la vida, a la vez que tienden a interpretar las experiencias estresantes y dolorosas como una parte más de la existencia.

### *La Felicidad y el Bienestar.*

La felicidad ha sido considerada una meta o más como una finalidad. Según Vera Poseck (2006) “El ser humano ha tendido siempre a perseguir la felicidad como una meta o un fin, como un estado de bienestar ideal y permanente al que llegar, sin embargo, parece ser que la felicidad se compone de pequeños momentos, de detalles vividos en el día a día, y quizá su principal característica sea la futilidad, su capacidad de aparecer y desaparecer de forma constante a lo largo de nuestras vidas”. La felicidad, concepto con profundos significados, incluye alegría, pero también otras muchas emociones, algunas de las cuales no son necesariamente positivas (compromiso, lucha, reto, incluso dolor). Es la motivación, la actividad dirigida a algo, el deseo de ello, su búsqueda, y no el logro o la satisfacción de los deseos, lo que produce en las personas sentimientos positivos más profundos.

### *Flujo de Conciencia.*

El flujo de conciencia ha sido desarrollado por el psicólogo Mihaly Csikszentmihalyi, (1990), quien lo ha definido como un estado en el que la persona se encuentra completamente absorta en una actividad para su propio placer y disfrute, durante la cual el tiempo vuela y las acciones, pensamientos y movimientos se suceden unas a otras sin pausa. La persona está en Flujo de conciencia cuando se encuentra completamente absorbida por una actividad durante la cual pierde la noción del tiempo y experimenta una enorme satisfacción.

### *La creatividad.*

Creatividad es la producción de una idea, un concepto, una creación o un descubrimiento que es nuevo, original, útil y que satisface tanto a su creador como a otros durante algún periodo. Para Vera Poseck (2006) “La creatividad es el principio básico para el mejoramiento de la inteligencia personal y del progreso de la sociedad y es también, una de las estrategias fundamentales de la evolución natural. Es un proceso que se desarrolla en el tiempo y que se caracteriza por la originalidad, por la adaptabilidad y por sus posibilidades de realización concreta” Desde este punto de vista, la creatividad puede adquirir cualquier expresión posible por el ser humano; desde una pintura, hasta una melodía.

### *El Humor y la Risa.*

Vera Poseck (2006) nos dice del humor “El humor sirve como una válvula interna de seguridad que nos permite liberar tensiones, disipar las preocupaciones, relajarnos y olvidarnos de todo. Así mismo nos dice que: “La risa provoca una tremenda liberación de hormonas, las endorfinas conocidas merecidamente como las hormonas de la felicidad. Además, liberamos serotonina, dopamina y adrenalina. La explosión de carcajadas provoca algo muy parecido al éxtasis: aporta vitalidad, energía e incrementa la actividad cerebral. Cuando nos invade la risa, muchos músculos de nuestro cuerpo que permanecían inactivos se ponen en funcionamiento. Es un estímulo eficaz contra el estrés, la depresión y, evidentemente, la tristeza”

## Salud Mental

La salud mental según la OMS puede definirse como: “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS 2001, citado en OMS 2004 p. 14). Como definición es la base para el bienestar

y funcionamiento efectivo de un individuo en la comunidad. Sin salud mental, no hay salud; puesto que es ésta la encargada de modular las conductas de los individuos y si estas conductas no son adaptativas o no se encuentran encaminadas a hábitos saludables o que vayan en beneficio tanto propio como comunitario, no puede existir una salud completa.

Su promoción forma parte integral de la salud pública, como salud mental es más que la ausencia de enfermedad y en últimas, sin salud mental no hay salud posible.

### *Salud Mental como parte integral de la Salud Pública*

En términos generales, salud mental y problemas mentales, se encuentran estrechamente ligados. El riesgo de enfermedad mental en países en vías de desarrollo es proporcionalmente mayor que en países industrializados. Los indicadores de pobreza y trastornos mentales parece ser un indicador de relevancia mundial. La inseguridad y la desesperanza, el cambio social impuesto, la violencia y la escasez de cobertura y garantías en salud son solo algunos elementos que en determinado momento influyen en la salud mental. “Factores tales como la inseguridad y la desesperanza, el rápido cambio social y los riesgos de violencia y problemas de salud física pueden explicar la mayor vulnerabilidad de las personas pobres en cualquier país, a desarrollar enfermedades mentales (Patel & Kleiman, 2003).

### *Salud Mental: ausencia de enfermedad*

Más que ausencia de la enfermedad, es el estar en buenas condiciones. Según Valiant (2003) “Salud mental promedio no es lo mismo que saludable, ya que promedio siempre incluye mezclar con el término saludable la cantidad prevalente de psicopatología. Lo que es considerado saludable algunas veces depende de la geografía, la cultura y el momento histórico. También se debe aclarar si se está analizando la condición o la característica - ¿es saludable o no un atleta que esta temporalmente discapacitado debido a un tobillo

fracturado o la persona asintomática con una historia de trastorno afectivo bipolar? También existe doble peligro de contaminación por los valores. Desde Valiant, el solo hecho de no presentar una patología o una discapacidad no nos hace saludables, este término implica el cómo vivimos nuestra vida y bajo que términos regionales, departamentales o nacionales se nos juzga.

*Sin Salud Mental No Hay Salud Posible: Salud Mental Y Conducta*

Dentro de este margen, la salud mental es entendida como conducta de riesgo. Una no adecuada salud mental, puede llevarnos al consumo desmesurado de alcohol y drogas ilícitas; que se relacionan en muchas oportunidades con delitos y deserción escolar. La práctica de sexo no seguro, los traumas ocurridos en carretera y la inactividad física son indicadores de conducta de salud mental no adecuada; en la mayoría de las ocasiones, pueden terminar con serias implicaciones tanto físicas como psicológicas y muchas veces legales o civiles. Los estudios sobre los vínculos entre depresión, enfermedades cardiovasculares, son evidencia de la relación entre salud física y salud mental.

### Ansiedad

La ansiedad es definida por Lazarus (1976) como “la relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. El modelo propuesto por Lazarus, se aparta de antiguas definiciones de ansiedad basadas en el modelo conductual en cuanto a términos de estímulo y respuesta.

Según Villarroel (2001) la ansiedad está mediada por factores como la evaluación cognitiva y el afrontamiento que el individuo realiza de lo que es ansiedad. La evaluación Cognitiva, según Villarroel (2001) sería un proceso evaluativo que determina por que y hasta que punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante o amenazante. Esta percepción se encuentra mediada por el aprendizaje o las



experiencias previas del individuo, pero a diferencia del modelo mecanicista; es importante la evaluación dada por el sujeto de lo que es amenazante para él y lo que puede no llegar a serlo en otra situación.

El afrontamiento, es otro factor que medía en el proceso de ansiedad. Según Villarroel (2001), sería el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo – ambiente que evalúa como estresante y las emociones que ello genera.

Según Villarroel (2001), la definición de Lazarus, se acerca a considerar la ansiedad no como una variable, sino referida a un cierto número de variables que la integran, y a un tipo particular de relaciones entre ellas. La ansiedad entraría a formar parte de un sistema de variables que según la evaluación cognitiva del sujeto y el afrontamiento por parte de este; puede tener ciertas características en determinadas ocasiones y en otras no ser igual.

Según Villarroel (2001). “La ansiedad es científicamente conocida como la respuesta de lucha-huida ya que su propósito principal es activar el organismo y protegerlo del daño. Asociados con esta respuesta, hay un número de cambios físicos, comportamentales y mentales. Es importante tener en cuenta que, una vez que el peligro ha desaparecido, muchos de estos cambios (especialmente los físicos) pueden continuar, casi por sí mismos, debido al aprendizaje y a otros cambios corporales a largo plazo. Cuando los síntomas físicos ocurren en ausencia de una explicación obvia, la gente malinterpreta frecuentemente los síntomas normales de lucha-huida como indicadores de un grave problema físico o mental. En este caso, las mismas sensaciones pueden convertirse frecuentemente en amenazantes y empezar toda la respuesta de lucha-huida de nuevo”

La ansiedad puede presentarse de forma crónica, como un rasgo de personalidad presente durante casi toda la vida del individuo ("trastorno de ansiedad generalizada") o en forma de episodios recortados de gran intensidad.

La prevalencia de los trastornos de Ansiedad en la población Colombiana es del: 19.3%<sup>3</sup>

La Ansiedad se caracteriza por diversos síntomas tales como:

Síntomas físicos:

- Fasciculaciones o temblores
- Tensión muscular, dolores de cabeza
- Sudoración
- Resequedad en la boca, dificultad para deglutir
- Dolor abdominal (puede ser el único síntoma de estrés especialmente en un niño)

Otros síntomas que pueden acompañar la ansiedad:

- Mareo
- Frecuencia cardiaca rápida o irregular
- Respiración rápida
- Diarrea o necesidad frecuente de orinar
- Fatiga
- Irritabilidad, incluyendo pérdida del temperamento
- Dificultad para dormir y pesadillas
- Disminución de la capacidad de concentración
- Problemas sexuales

### *Causas comunes*

Ciertas drogas, tanto alucinógenas como medicinales, pueden llevar a que se presenten síntomas de ansiedad ya sea debido a los efectos secundarios o a la abstinencia de la droga. Tales drogas comprenden: cafeína, alcohol, nicotina, remedios para el resfriado, descongestionantes,

---

<sup>3</sup> Estudio de Salud Mental y Estilos de Vida. Diario el Pais.com.co Disponible en [Red]: <http://www.elpais.com.co/paionline/notas/Marzo272004/A527N3.html>

broncodilatadores para el asma, antidepresivos tricíclicos, cocaína, anfetaminas, pastillas para dietas, medicamentos para el trastorno de hiperactividad y déficit de atención, y medicamentos para la tiroides.

Una dieta deficiente (por ejemplo, niveles bajos de vitamina B12) también puede contribuir al estrés o a la ansiedad. La ansiedad por el desempeño es un tipo de ansiedad relacionada con situaciones específicas, como tomar un examen o hacer una presentación en público. El trastorno de estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés) se desarrolla después de un evento traumático como la guerra, una agresión física o sexual o un desastre natural. Las personas con el trastorno de ansiedad generalizada experimentan preocupación o ansiedad casi constantes acerca de muchas cosas en más de la mitad de todos los días durante 6 meses. El trastorno o los ataques de pánico involucran un miedo inexplicable y repentino, respiración rápida y aumento de las palpitaciones. En casos muy poco comunes, un tumor de la glándula suprarrenal (feocromocitoma) puede ser la causa de ansiedad. Los síntomas son causados por una sobreproducción de hormonas responsables de los sentimientos de ansiedad.

## Depresión

Según Antonini (2006) La depresión es uno de los más comunes y más serios problemas de la salud mental que enfrenta la gente hoy en día. Millones de personas en el mundo sobreviven en medio de la depresión. Ricos, pobres, ciudadanos, campesinos, hombres y mujeres, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebrovascular) mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar.

Según Antonini (2006) Depresión viene del latín depressio: hundimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia. Es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad.

Según García Higuera (2004) Se define en general por sus síntomas que pueden parecer enfermedades somáticas como dolores, cansancio, tristeza constante, entre otras. Clasificaciones clásicas distinguen tres clases de síntomas: Cognitivos, Afectivos y Motores o conductuales. Así como presencia de pensamientos negativos acerca del yo, el mundo y el futuro.

La depresión no es siempre la misma, dentro de ella existen niveles de complejidad que difieren uno de otro. Una depresión puede considerarse desde un episodio aislado, hasta un trastorno de tipo crónico que afecta a todas las esferas del individuo. Según el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastorno de tipo mental (DSM IV). Este es un trastorno de estado de animo, que puede presentarse en episodio de tipo mayor (sintomatologías marcadas) o como un episodio menos severo pero de mayor duración como el caso de una dístimia. Sea cual fuere de estas dos, ambas se caracterizan por síntomas como el estado de animo triste o vacío, la pérdida gradual de peso, sentimientos de distintas índole como la culpa, la inutilidad y el desamparo. La persona presenta cansancio, pérdida del placer por las cosas, entre otras sintomatologías.

Al igual que en otras enfermedades, por ejemplo las enfermedades del corazón, existen varios tipos de trastornos depresivos:

- Depresión severa. La depresión severa se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir

sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces de la vida.

- **Distimia.** Es un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos a largo plazo, que no incapacitan tanto, sin embargo impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.
- **Trastorno bipolar.** Otro tipo de depresión es el trastorno bipolar, llamado también enfermedad maníaco-depresiva. No es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el paciente se meta en graves problemas y situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca la persona puede sentirse feliz o eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas. Si la manía se deja sin tratar puede empeorar y convertirse en un estado sicótico (el paciente pierde temporalmente la razón).
- **Depresión posparto.** El Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH siglas en inglés) menciona que los estudios sugieren que las mujeres que experimentan con depresión mayor después del parto frecuentemente tuvieron anteriormente episodios depresivos aún cuando quizá no hayan sido diagnosticados y tratados.

Según el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastorno de tipo mental (DSM IV) se pueden presentar los siguientes síntomas:

- Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad e impotencia.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta."
- Dificultad en concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer demasiado y aumento de peso.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

### *Causas de la depresión*

Algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar. Los estudios de familias con miembros que padecen del trastorno bipolar en cada generación, han encontrado que aquellos que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman. Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar lo padecen. Al parecer, hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio.

En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo está a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales.

Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista. Las personas con poca autoestima y que se abruma fácilmente por el estrés están predispuestas a la depresión. No se sabe con certeza si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad.

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Enfermedades tales como los accidentes cerebro-vasculares, los ataques de corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales, pueden llevar a una enfermedad depresiva.

La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender a sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en una relación personal, los problemas económicos, o cualquier situación estresante en la vida (situaciones deseadas o no deseadas) también pueden precipitar un episodio depresivo. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés.

### *Consecuencias de la Depresión*

La depresión disminuye la calidad de vida de las personas, quedando esta reducida entre los episodios depresivos. Las personas con depresión ven

afectado su nivel social ya que tienen pocos amigos, viven solas o tienen problemas con sus parejas, hijos o amigos, así mismo el estar deprimido reduce la libido y la actividad sexual, aumentando los problemas de pareja y autoestima.

La Depresión profunda puede ser sumamente grave. Un 15% de las personas que la padecen se quitan la vida y un porcentaje incluso mayor lo intentan. La mayoría de los suicidios tienen lugar durante las primeras fases de la enfermedad.

Las personas deprimidas tienen mayores probabilidades de padecer enfermedades físicas, Asimismo, puede producirse un aumento de la mortalidad por diabetes y otras enfermedades.

### Estrés

Según Rojas (1989) El Estrés es la interacción del organismo con el medio ambiente; esto quiere decir que el organismo humano, y el medio ambiente puede consistir en propiedades físicas o en los demás organismos que constituyen el medio ambiente. En si el estrés “Es la respuesta del organismo a un estado de tensión excesiva y permanente que se prolonga más allá de las propias fuerzas, es decir, lo que le ocurre al “estresado” es que se sitúa en unas condiciones de vida que le llevan continuamente al borde del agotamiento, una acumulación de sobreesfuerzo constante, una tensión emocional y/o intelectual fuerte, sin tiempo para nada”

Selye (1989<sup>4</sup>) definió estrés como una respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante. Al conjunto de trastornos que sufre el organismo a causa del estrés, Selye (1978), lo llamó "síndrome de adaptación" (que significa, grupo de manifestaciones patológicas que tienen su origen en el esfuerzo que realiza el organismo para adaptarse a los estímulos).

---

<sup>4</sup> Disponible en [Red]: [http://html.rincondelvago.com/estres\\_9.html#](http://html.rincondelvago.com/estres_9.html#)



El estrés es la respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier demanda, ya sea causada por o ya tenga por resultado, condiciones agradables o desagradables. Durante ambos, estrés ("buen estrés") y distrés ("mal estrés") el cuerpo experimenta, en la práctica, las mismas respuestas inespecíficas a los diversos estímulos positivos o negativos que actúan sobre él. Selye(1978)

Según Rojas (1989) Aun existen muchas maneras de definir el estrés; en su mayoría caen en una de tres categorías: las definiciones basadas en los estímulos, las fundamentales en las respuestas, y las centradas en el concepto estímulo-respuesta.

- Definición basada en los estímulos Una de las definiciones dentro de este grupo podría ser: Estrés es la fuerza o estímulo que actúa sobre el individuo y que da lugar a una respuesta de tensión, en la cual tensión es sinónimo de presión o, en sentido físico, de deformación.
- Definición basada en la respuesta Una de ella sería: Estrés es la respuesta fisiológica o psicológica que manifiesta un individuo ante el estresor ambiental, en la cual el estresor puede consistir en un evento externo o en una situación, ambos potencialmente dañinos.
- Definición basada en el concepto estímulo-respuesta En realidad esta constituye una combinación de las dos clases anteriores. Estrés es una consecuencia de la interacción de los estímulos ambientales y la respuesta idiosincrásica del individuo.
- Una definición funcional: Una respuesta adaptativa, medida por las características y/o por procesos psicológicos, la cual es a la vez consecuencia de alguna acción, de una situación o un evento externos que plantean a la persona especiales demandas físicas y/o psicológicas.

El estrés puede ser positivo o negativo. Es positivo cuando el individuo interpreta que las consecuencias de la situación serán favorables para sus intereses. Por el contrario, si percibe que dichas consecuencias serán desagradables o perjudiciales, el estrés será negativo. En ambos casos el

estrés produce cansancio, activación fisiológica, etc.; sin embargo, el estrés positivo genera emociones positivas o agradables, mientras que el estrés negativo produce emociones negativas o desagradables.

El estrés puede ser producido por situaciones de carácter exógeno, como la situación política y económica del país, la situación laboral, la inseguridad en el futuro y las relaciones familiares o de pareja, pero también por aspectos internos, como problemas de salud, por ejemplo las personas hipertensas, son propensas, ya que su propio organismo genera taquicardia y cuadros de ansiedad, aunque no tenga motivos, preocupando al paciente.

Cada persona manifiesta los síntomas del estrés de una manera diferente. Se pueden dar cuadros de ansiedad, angustia, aceleración de los latidos, impulsos motrices -mover continuamente una parte del cuerpo-, hacer dibujos mientras se habla por teléfono, doblar clips, e incluso a nivel físico como erupciones, manchas en la piel y problemas estomacales.

Los síntomas psicológicos más comúnmente percibidos bajo la situación de estrés son:

- Falta de concentración: Todo lo que se hace cuesta más y los resultados son menos exitosos, debido a la gran dispersión a que se ve sometida la mente de cada persona.

- Comportamiento irritable y agresivo: El organismo segrega una elevada tasa de adrenalina que es la hormona que se produce frente a una situación de agresión. Su puesta en marcha está relacionada con respuestas defensivas. Produce hipertensión muscular y excitación.

- Introspección: Está relacionada con la exploración obsesiva de los fenómenos físicos internos de cada uno. Todo se agranda y se lleva al extremo.

- Debilidad de la memoria: Más de un 80% de las personas en situación de estrés padecen debilitamiento o dispersión de la memoria. El proceso asociativo de la memoria se ve debilitado ya que la persona estresada no puede poner voluntad para lograrlo ni concentrarse efectivamente.

- Insomnio: ideas, fantasmas, personajes intrusos que no permiten conciliar el sueño. Elevada adrenalina en sangre que activa los procesos de hiperexcitabilidad.

- Inseguridad emocional y pérdida de autoestima: miedos y desconsideración hacia uno mismo.

- Ansiedad: Incapacidad de la persona para encontrar la fuente de su tensión y la raíz del problema

dentro de los síntomas fisiológicos más comunes están las enfermedades de la piel: irritaciones, erupciones, escamaciones, picor.

Enfermedades del aparato digestivo: úlceras, gastritis, mala digestión y las patologías cardíacas : palpitaciones, taquicardias, infartos. Como expresan Valdés y De Flores, (1990): “La tensión crónica implica estilos de vida que también incluyen acontecimientos estresantes, estrategias de afrontamiento malsanas o fallidas, cogniciones anómalas y dificultad para que el organismo vuelva a sus valores basales”.

Como consecuencia de elevados niveles de estrés las personas padecen (y generan) trastornos psicosomáticos que actúan como indicadores de la tensión vivida.

Las consecuencias del estrés pueden generar en las personas fracasos adaptativos, pues no encuentran solución a las situaciones estresoras, según Valdés y De Flores (1990), cada persona puede oponerse a la situación o al agente estresante, bien a través de mecanismos de defensa o bien procediendo a la acción para modificar el contexto

### Salud Mental Positiva

Salud mental positiva, es un término que no ha sido ampliamente estudiado durante la última década; a excepción de los trabajos llevados por Lluch (1999, 2002) y el planteamiento conceptual abordado desde Jahoda (1958); lo que podemos encontrar por salud mental positiva es poco.

Lo que si se hace evidente dentro de una revisión conceptual del término Salud Mental tanto del modelo médico como Psicológico, es que éstos se han centrado en el tratamiento de Patologías y hasta hace muy poco en su promoción y prevención. Tenemos infinidad de textos que hablan de cómo tratar con patologías psiquiátricas, desde como detectarla hasta el momento del tratamiento y su remisión; inclusive el cuerpo médico especializado en la salud mental (tanto Psiquiatras como Psicólogos), cuenta con un extenso manual de clasificación de trastornos (DSM IV); pero en términos de promoción y prevención en salud mental o mas específicamente, como determinadas características de sujetos pueden en determinado momento, llegar a ser factores protectores frente a enfermedades terminales o de curso crónico (Como la Insuficiencia Renal) no se ha estudiado en casi nada. **Para el presente trabajo de investigación, se sospecha que la Salud Mental influye de manera positiva dentro del contexto de enfermedad en unidades renales, e inclusive puede llegar a ser factor determinante en reducir los niveles de ansiedad y estrés, obtener una mejor adherencia al tratamiento y mejores términos de evolución en este tipo de pacientes.** El no llegar a tener una conciencia de la enfermedad tan realista (o derrotista) puede realizar mejores evoluciones en este tipo de enfermedades.

Desde esta perspectiva positiva (positiva en el hecho de que se presume aparte de la Ausencia de...) La salud es algo más que una ausencia total de enfermedad, que permite por consiguiente el orientar el trabajo hacia la promoción en salud y no hacia el tratamiento. La Organización Mundial de la Salud en el año 1948, define que “La Salud es el estado de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o dolencia”. La federación Mundial para la Salud Mental la define en el 62 como “el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes”. La OMS, la redefine nuevamente en el 2001 como “un estado de bienestar en el cual el propio individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Esta perspectiva positiva, concibe a la

salud mental como el estado de funcionamiento óptimo de la persona, no sencillamente la ausencia de enfermedad, y buscando en últimas la promoción y la facilitación del máximo desarrollo posible.

Jahoda (1958) estudia la salud mental positiva desde una perspectiva psicológica en donde se aceptan la influencia de los aspectos físicos y psicológicos de la persona. La Salud física es condición necesaria pero no suficiente de salud en general. Jahoda, no dicotomiza la relación salud física vs. salud Mental, propone que ambas son necesarias para obtener el máximo grado de salud posible. Por otra parte, la salud total, se considera como algo utópico; ya que el ser humano convive tanto con prácticas de buena salud, como con otras no tan saludables, que en predominancia de unas sobre otros, determinan la salud actual del sujeto.

El modelo propuesto por Jahoda en 1958, es al parecer el único modelo existente de salud mental positiva, y el único en dar directrices y componentes son sub.-factores de lo que abarca la salud mental positiva. Sin embargo, Jahoda desde su modelo, se limita al planteamiento puramente teórico, describiendo los seis factores importantes del modelo, sin aclarar en realidad de cómo están interrelacionados estos factores ni de que peso específico (referente a carga factorial) ocupa cada una de estos factores. Inclusive, una evaluación empírica del modelo conceptual de Jahoda, llevado a cabo por Maria Teresa Lluch en el año 2002, concluye que tal vez estos factores no sean tan ciertos e inclusive muchos de los sub.-factores no se relacionan de manera concluyente con el factor principal representado dentro de su categoría. Así mismo no se sabe a ciencia cierta de cómo cada uno de los factores se relaciona de manera específica con el término Salud Mental Positiva.

### *Crterios de salud mental positiva*

El modelo de salud mental positiva elaborado por Jahoda y publicado en 1958<sup>5</sup> como *“Current concepts of positive mental health”* muestra los primeros conceptos de salud mental positiva y una organización multidimensional de lo

---

<sup>5</sup> Tomado de: Maria Teresa Lluch. Tesis Doctoral. Construcción de una escala para salud mental positiva

que para Jahoda, son los componentes de la Salud Mental Positiva. Se proponen seis Dimensiones Generales, seguidas de 16 Sub-dimensiones. Las dimensiones Generales son:

1. Actitudes hacia sí mismo
2. Crecimiento y autoactualización
3. Integración
4. Autonomía
5. Percepción de la realidad
6. Dominio del entorno

Jahoda, no muestra de forma clara en como estos criterios pueden llegar a interrelacionarse entre sí o de si cumplen importancia jerárquica o de si alguno de ellos prime sobre el otro.

#### Dimensión N° 1: Actitudes Hacia Sí Mismo

El planteamiento central de esta dimensión, se centra en los aspectos referidos al auto concepto, enfatizando en la importancia de la auto percepción.

Esta dimensión (Actitudes hacia el si mismo) se describe bajo términos como la Auto aceptación, que implica el que la persona haya aprendido a vivir consigo misma y aceptarse tal cual es; la auto confianza, englobada como autoestima y respeto hacia si (auto respeto); auto confianza se traduce en ser fuerte y capaz de ejecutar una acción propuesta. La auto dependencia, se incluye como concepto de auto confianza pero enfatizado en la independencia de los demás (traducido en iniciativa propia), Jahoda (1958) propone que las actitudes hacia el si Mismo tienen cuatro dimensiones o sub factores:

- Accesibilidad del yo a la conciencia
- Concordancia yo real-yo ideal
- Autoestima
- Sentido de identidad

#### Accesibilidad del yo a la conciencia.

Este subfactor hace referencia al autoconocimiento; contenidos como los valores, los deseos y los sentimientos que uno mismo debe conocer y debe ser consciente de que se poseen; sin embargo el auto concepto no ha de estar dominado permanentemente la conciencia. Este si mismo solo puede ser accedido en momentos específicos como la introspección o al exploración (reflexión).

#### Concordancia yo real-yo ideal.

Esta dimensión o subfactor, implica la capacidad de mirarse a sí mismo de forma objetiva y realista. Una auto percepción adecuada ha de ser objetiva, sin darse casos de distorsiones del pensamiento como la magnificación; o de esa capacidad de diferenciar lo que soy y lo que quiero llegar a ser. Es indicador de salud mental positiva por ende, la capacidad de la persona para percibirse a sí misma (para definirse) de un modo que corresponda o se ajuste a la realidad y que, refleje la auto aceptación sin miedo ni temor a ser lo que es. Una concepción ideal del si mismo es adecuada y muchas veces catalizadora de desarrollo personal, pero esta concepción puede tornarse negativa cuando no se es capaz de diferenciar lo que soy (yo real) y lo que quiero ser (yo ideal)

#### Autoestima.

Esta subdimensión o subfactor equivale a los sentimientos que uno tiene con respecto a sí mismo. La autoestima por ende está estrechamente ligada al auto concepto, ya que es a través de éste, que el sujeto se reconoce y se acepta inicialmente de lo que es con todas sus dificultades, así como de los aspectos que lo hacen sentir orgulloso. Jahoda, considera que la auto aceptación se refiere a los sentimientos de uno mismo acerca de la configuración total del auto concepto y no a unos atributos en particular.

### Sentido de identidad.

Aspecto o subdimensión del auto concepto ligado a la auto aceptación, pero como atributo integrador del sí mismo. El sentido de identidad no es igual o equivalente a la auto aceptación; el sentido de identidad hace referencia a esa claridad de la auto imagen, el conocerse de quien es y no establecerse dudas de su propia identidad.

### Dimensión Nº 2: Crecimiento y Autoactualización

Esta dimensión está relacionada con lo que la persona hace o realiza con su vida. La autoactualización, también puede ser denominada como autorrealización o crecimiento personal. Esta tiene dos sentidos: En un primer sentido, como un principio general de vida (como fuerza generadora de movilidad) o como un criterio de salud mental positiva que a su vez posee doble dimensionalidad (motivación por la vida e implicación por la vida)

#### La autoactualización como motivación por la vida.

Esta dimensión está vinculada al significado de la vida, al hecho de estar motivado no solo por cubrir las necesidades básicas (alimentación, vestido, vivienda, etc.) sino por tener una dirección de crecimiento y desarrollo hacia metas superiores, proyectos a largo plazo e ideales de vida.

La actualización es una aventura a aprender de lo desconocido, una persona psicológicamente sana ve la actualización como un reto que da significado a la vida, que a su vez es estimulante y placentero. Este tipo de personas poseen una orientación positiva y optimista (¿progresista?) del futuro.

#### Implicación en la vida.

La implicación permite la participación activa en las diferentes actividades de la vida como en su trabajo, en el tiempo libre, en las relaciones con los demás. Es característico de una orientación no egoísta de las relaciones con los demás; realmente se interesa por ellos. Es decir, que esté pendiente no solo de su vida sino de la vida de los demás como parte de la suya propia.



### Dimensión N° 3: Integración

La integración implica la interrelación de todos los procesos y atributos de la persona.

La integración, como criterio de salud mental positiva, puede ser tratada bajo una de las tres perspectivas siguientes:

- Equilibrio psíquico
- Filosofía personal sobre la vida
- Resistencia al estrés

#### Equilibrio psíquico.

Esta sub.-dimensión, está entendida desde una perspectiva psicodinámica. Esta forma de entender la integración está basada en una orientación psicodinámica. La integración implica un equilibrio entre las instancias psicológicas del ello, el yo y el súper yo, o topográficamente hablando entre el consciente, el PRE-consciente y el inconsciente.

#### Filosofía personal sobre la vida.

Esta subdimensión se aborda desde una perspectiva cognitiva, ligada a dimensiones como autoactualización y sentido de identidad. El comportamiento y crecimiento personal es guiado y dado de significado por la filosofía de la vida, que es individual a cada persona.

#### Resistencia al estrés.

El afrontamiento de situaciones estresantes, así como el manejo del estrés, son integrantes de esta subdimensión. La integración es entendida dentro de ese marco como el prototipo general de respuesta ante la ansiedad y, más específicamente como la resistencia frente a situaciones estresantes y la tolerancia a la frustración.

Desde esta subdimensión, se sospecha que a pesar de que sanos y enfermos comparten las mismas respuestas de ansiedad, frecuentemente afrontan situaciones de estrés y día a día encuentran obstáculos que ponen a

prueba su tolerancia la frustración; la diferencia fundamental reside en las estrategias de afrontamiento y en la capacidad para mantener un nivel de integración adecuado ante situaciones de presión.

Según la autora, aspectos como la autoafirmación y la valentía (el coraje) pueden ser las vías apropiadas para afrontar de forma positiva la propia ansiedad.

#### Dimensión Nº 4: Autonomía

La relación de la persona con el mundo (su ambiente) así como su estado de independencia y autodeterminación. El grado de Dependencia /independencia frente a las influencias sociales es un indicador del estado de la salud mental. El no depender en cierto grado del mundo y de los demás y el tener cierta autonomía son indicadores de una salud psicológica sana (sin caer en excesos). La relación presentada entre la persona y su ambiente, implícitamente nos lleva a la toma de decisiones; la autonomía significaría una discriminación consciente que realiza el sujeto de los factores ambientales que desea aceptar o rechazar. El criterio de autonomía puede (y debe) entenderse desde una o ambas de las dos siguientes subdimensiones:

- Autorregulación
- Conducta independiente

##### Autorregulación.

La autorregulación, hace referencia al grado en que una persona auto dirige sus acciones. Según Jahoda se incluye la independencia y la confianza en sí mismo. La autorregulación también hace referencia a esa capacidad de guiar el propio comportamiento, partiendo de estándares internalizados (reglas) e implica el mantenimiento continuo del auto respeto.

El proceso de regulación interna favorece un crecimiento personal independiente y permite que la conducta esté determinada por la interacción equilibrada entre las exigencias externas y los valores, necesidades, creencias y metas personales.

### Conducta independiente.

La autonomía permite mantener un comportamiento relativamente estable; la conducta no es dependiente del mundo exterior como del mundo interior, fluctúa con menos facilidad. Las personas autónomas mantienen cierta serenidad y felicidad en situaciones difíciles que pueden conducir a otras personas a desequilibrios emocionales. El sujeto a través de la autonomía se “inmuniza de lo malo” de los golpes duros, de las privaciones y de las frustraciones.

La persona autónoma es capaz de ajustarse a normas de conducta dictadas por una sociedad (sea esta favorable o no) pero siempre manteniendo sus propios criterios personales. La autonomía permite este ajuste a las demandas de la sociedad y protege de adaptarse por inercia, tradición o dependencia de los demás.

### Dimensión Nº 5: Percepción De La Realidad

Esta dimensión se estructura en el supuesto de “La percepción del ambiente no puede ser totalmente objetiva, pero sí lo bastante aproximada para permitir interacciones eficientes entre la persona y su medio ambiente” Jahoda (1958).

Dentro de los procesos cognitivos, la percepción no es aislada de otros procesos cognitivos como la atención, el juicio o el pensamiento y está estrechamente vinculada a la percepción social. Existen dos dimensiones de la percepción de la realidad: La Percepción objetiva y la empatía o sensibilidad social

#### Percepción objetiva.

Jahoda (1958) considera la percepción objetiva como un criterio íntimamente relacionado con la adaptación a la realidad, puesto que la adaptación está basada en la percepción correcta del ambiente. Lo objetivo no puede ser considerado una postura individual, ¿Qué es lo objetivo? Jahoda

para la descripción de la percepción objetiva, que la realidad es un prisma natural, en donde pueden coexistir múltiples formas de percibir el mundo.

Jahoda, sustituye lo correcto por la expresión de psicológicamente sano. La percepción psicológicamente sana implica una forma particular de vivenciar el mundo teniendo en cuenta sus propios deseos y, sin embargo, no distorsionar la percepción para conseguirlos. Está ligado a la realidad dentro de lo posible frente a sus deseos. La persona mentalmente sana puede “testar la realidad” para comprobar el grado de correspondencia entre sus necesidades, deseos o temores y la realidad.

#### Empatía o sensibilidad social.

La percepción de los sentimientos y de las actitudes de los otros configura un criterio independiente al autoconcepto (que es la percepción del sí mismo). La persona debe ser capaz de tratar con respeto la vida interior de los demás y de llegar a conclusiones objetivas acerca de ellos. Una persona sana tiene más habilidad para entender e interpretar correctamente las actitudes y los sentimientos de los demás, así como el reconocimiento de mayores puntos de vista. Es más precisa y exacta frente a estas interpretaciones pudiendo anticipar y predecir el comportamiento futuro con los que interactúa.

#### Dimensión Nº 6: Dominio Del Entorno

Según Jahoda (1958). El área del funcionamiento humano seleccionada con más frecuencia como criterio de salud mental es la capacidad para manejarse en la realidad.

Este criterio está vinculado a dos temas fundamentales: el éxito (que enfatiza el logro o resultado) y la adaptación (que enfatiza el proceso). Dentro de este criterio Jahoda (1958), distingue seis dimensiones íntimamente relacionadas:

- Satisfacción sexual
- Adecuación en el amor, el trabajo y el tiempo libre

- Adecuación en las relaciones interpersonales
- Habilidad para satisfacer las demandas del entorno
- Adaptación y Ajuste
- Resolución de problemas

#### Satisfacción sexual

La capacidad para experimentar el placer sexual y para mantener relaciones sexuales gratificantes; son principal características de esta subdimensión. Según Jahoda (1999). Aunque la función sexual no sea lo más importante para la salud mental del ser humano, es necesario reconocer la sexualidad como un indicador extremadamente sensible del funcionamiento global de la persona.

#### Adecuación en el amor, el trabajo y el tiempo libre

Según Jahoda (1999) El amor, el trabajo y el tiempo libre son tres áreas cruciales de la actividad del ser humano. La persona sana es capaz de realizar un trabajo de forma correcta, mantenerlo y ser creativo, dentro de las limitaciones de sus capacidades. Además, es capaz de relajarse, disfrutar de las oportunidades para la diversión, querer a otros, vivir en pareja y formar una familia.

#### Adecuación en las relaciones interpersonales

Esta subdimensión, hace referencia a la capacidad de establecer una interacción con los demás, manteniendo relaciones interpersonales satisfactorias y afectivas. La competencia en las relaciones interpersonales se manifiesta en la manera en que los miembros de un grupo significativo, por ejemplo la familia, son capaces de interactuar para conseguir fines comunes y, a la vez, mantener su desarrollo y auto expresión individual.

Desde Jahoda (1999). En definitiva, se considera que una persona tiene salud mental positiva si es capaz de:

- Tener relaciones afectivas positivas
- Promover el bienestar de los demás, sin obtener necesariamente un beneficio personal.
- Trabajar e interaccionar con los demás para el beneficio mutuo.

#### Habilidad para satisfacer las demandas del entorno

Desde lo planteado por Jahoda en 1958, es la capacidad para dar una respuesta válida a las necesidades de una situación. Los requerimientos sociales están en función del entorno y, por tanto, deben definirse y valorarse específicamente en cada contexto.

Por ejemplo, si se quiere evaluar la habilidad de un niño para satisfacer las demandas del entorno escolar se pueden distinguir tres requerimientos situacionales: establecer relaciones apropiadas con la autoridad (profesora), con los compañeros, y adquirir conocimientos y habilidades.

#### Adaptación y Ajuste

Según Jahoda (1999) La adaptación implica la capacidad para alcanzar un equilibrio entre las necesidades y habilidades del individuo y la realidad. Un término que se utiliza con mayor frecuencia que el de adaptación es el de ajuste, que puede entenderse bien como un concepto pasivo de aceptación de lo que la vida brinda o bien como sinónimo de adaptación con una connotación activa.

La interacción del hombre con el medio es adaptativa cuando existe un equilibrio entre los componentes activos y pasivos. Es decir, el entorno en ocasiones es inmodificable y hay que ser capaz de aceptarlo, mientras otras veces la persona puede realizar cambios activos en el mismo.

#### Resolución de problemas

Esta dimensión engloba tanto el procedimiento como el resultado en la solución de los problemas. Una forma de entender la resolución de problemas es poniendo el énfasis en el producto final; la solución. Si se aplica este criterio

a los problemas reales, el éxito es un criterio de salud mental positiva. Pero, el éxito no depende sólo del comportamiento individual sino también de circunstancias externas que escapan al control de la persona. Por tanto, no puede considerarse únicamente como un atributo de la persona o como una consecuencia de sus acciones. Sin embargo, en nuestra sociedad, las personas sanas tienen, en general, mayores posibilidades de éxito.

La otra forma de entender la resolución de problemas es haciendo hincapié en el proceso. El simple hecho de afrontar un problema puede ser suficiente para indicar un cierto grado de salud mental. Sin embargo, Jahoda (1958) describe tres aspectos que definen el proceso idóneo que se debería seguir:

a) La secuencia temporal de las etapas: análisis del problema, búsqueda de posibles soluciones, toma de decisiones y, finalmente, implementación de la solución. Estos pasos equivalen a una descripción formal del proceso de pensamiento, pero en la práctica se aplican de forma mucho más dialéctica e interactiva.

b) El tono emocional (*feeling tone*) y la actitud que la persona mantiene durante el proceso. Cuando no existe un tono y una motivación favorable el procedimiento de solución de problemas se realizará de forma incorrecta y, probablemente, se interrumpirá el avance hacia las siguientes etapas que configuran la secuencia correcta.

c) La forma directa o indirecta de afrontar los problemas. Por ejemplo, si una persona percibe su trabajo como insatisfactorio, la posición directa implica cambiar de trabajo; una alternativa indirecta podría ser buscar satisfacciones sustitutorias en las actividades del tiempo libre.

La autora indica que el buen solucionador de problemas combina las tres dimensiones:

- La tendencia a superar todas las etapas
- El mantenimiento de un tono emocional apropiado
- El ataque directo sobre el problema.

Jahoda (1958) considera que los criterios para definir y evaluar la salud mental positiva están interrelacionados y, en función del momento o de la situación personal, predominan unos u otros. Es decir, para adaptarse a las condiciones ambientales, especialmente cuando son desfavorables, la persona tiene que pagar el precio de desarrollar un componente a expensas de otro. Sin embargo, los diferentes criterios interactúan dialécticamente y configuran un funcionamiento psicológico unificado. La combinación idónea de criterios para cada situación es una cuestión pendiente de investigación empírica.

### *Factores Propuestos por Lluch, para evaluación de la Salud Mental Positiva*

Lluch (1999), realiza un pilotaje exploratorio con la finalidad de someter a validación el modelo teórico de la Salud Mental Positiva propuesto por Jahoda. Para esta validación, Lluch realiza el estudio con una muestra de 137 estudiantes de enfermería de primer curso de la Universidad de Barcelona; la selección se realizó al azar y no se realizó previo aviso para la ejecución de esta prueba. La muestra para este estudio fue mayoritariamente femenina (117 mujeres, 20 hombres).

La muestra comprendía una edad media de 20.2 años de edad cumplidos en el momento de la ejecución. El 91% de los sujetos participantes en el estudio no presentaban problemas en cuanto a su salud física y un 97% de la muestra refirió el no tener ningún tipo de problemas de Salud Mental, aunque un 14% informó, en el momento de practicado el estudio, de haber asistido en algún momento al psiquiatra o al Psicólogo.

Para la construcción del instrumento, se respetaron los parámetros teóricos propuestos por Jahoda (1952) dentro del modelo de Salud Mental Positiva en seis (6) factores y dieciséis (16) subfactores. Posteriormente, Lluch realizó una búsqueda documental prueba a prueba, con la finalidad de identificar factores correspondientes a la Salud Mental Positiva medidos desde



otros instrumentos. Para el diseño del cuestionario se revisaron 200 escalas, dentro de las cuales se seleccionaron 50 escalas.

Las distintas escalas se transcriben dentro de una batería de pruebas para la revisión de su idoneidad y redacción. Esta primera revisión evidencia la transcripción de 240 ítems. Se somete a un proceso de validez de contenido a cinco expertos en Salud Mental Positiva. El primer cuestionario es validado con un total de 176 ítems, 129 de carácter positivo y 47 de ellos en carácter negativo.

La prueba se analiza en base de datos SPSS 8.0 e ITEMAN 1994. Así mismo, es sometida a análisis de ítems a partir del índice de Homogeneidad, Análisis de Frecuencias y Varianzas, Análisis de Fiabilidad a través del Coeficiente de Alpha de Cronbach, teniendo en cuenta la estructura de seis factores generales y dieciséis subfactores y, Análisis de Validez mediante la Validez de Contenido (expertos) y Validez de Constructo.

Dentro de este primer estudio, Lluch (1999) concluye que la estructura de los 16 subfactores no se cumple, por lo que se eliminan distintos ítems con la finalidad de ofrecer una mejor consistencia interna y depuración de factores sobrecargados de ítems.

Para la realización del segundo estudio, el modelo de 16 subfactores se suprime y solo se tiene en cuenta el modelo general de 6 factores.

<i>Factores Generales Modelo Hipotético</i>	
Factor	Actitudes hacia el sí
1	mismo
Factor	Crecimiento y auto
2	actualización
Factor	Integración
3	
Factor	Autonomía
4	
Factor	Percepción de la

5	Realidad
Factor	
6	Dominio del Entorno

Tabla 1. Factores Generales "Modelo Hipotético Salud Mental Positiva" (Jahoda).

Para este segundo estudio, la muestra se extiende a 387 estudiantes de primer y segundo curso de enfermería de la Universidad de Barcelona. La muestra es mayoritariamente femenina (87% mujeres, 13% hombres) y comprende una edad media de 20.9 años de edad cumplidos.

El 87% de los sujetos dentro del estudio manifestó no tener ningún tipo de problema de salud física y un 97% de los sujetos el no presentar ningún tipo de problema de Salud Mental; sin embargo el 14% manifestó haber asistido alguna vez al Psiquiatra o al Psicólogo.

	Aspectos de autoconcepto y autoestima:
Factor 1: ACTITUDES HACIA SÍ MISMO	- Físico - Social - Ético – moral - Personal - Familiar
Factor 2: CRECIMIENTO Y AUTOACTUALIZACIÓN	- Orientación positiva y optimista hacia el futuro - Propósitos, ideales y metas - Aspiraciones y deseos de superación - Sentido de crecimiento y desarrollo personal continuo - Interés por experiencias nuevas
Factor 3: INTEGRACIÓN	- Equilibrio emocional / Resistencia / Control emocional - Tolerancia a la ansiedad y al estrés / Vitalidad

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tolerancia a la frustración</li> <li>- Capacidad para afrontar adversidades</li> <li>- Flexibilidad y relatividad</li> </ul>
Factor 4: AUTONOMÍA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independencia</li> <li>- Seguridad personal / Confianza en si mismo</li> <li>- Autorregulación de la propia conducta</li> <li>- Autorresponsabilidad</li> </ul>
Factor 5: PERCEPCIÓN DE LA REALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implicación social / Compromiso</li> <li>- Respuesta ante los problemas de los demás / Deseos de ayudar a los otros / Predisposición a brindar ayuda</li> <li>- Respeto / Aceptación de los otros</li> <li>- Comprensión de los demás / Sensibilidad con los sentimientos y necesidades ajenas / Perceptividad del sufrimiento ajeno</li> <li>- Confianza en los demás</li> </ul>
Factor 6: DOMINIO DEL ENTORNO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expresión de afecto a las personas que se quiere</li> <li>- Establecimiento de relaciones interpersonales profundas y satisfactorias</li> <li>- Sentirse satisfecho de las relaciones con sus amigos</li> <li>- Mantener buenas relaciones con la gente</li> <li>- Relacionarse de forma abierta con la autoridad</li> <li>- Adaptarse bien a los cambios</li> <li>- Buscar soluciones a los problemas</li> </ul>

Tabla 2. Factores del Cuestionario del segundo estudio.

Para la construcción de este nuevo cuestionario se tienen en cuenta todas las directrices propuestas desde el primer estudio así como las sugerencias aportadas por los expertos. Se reduce el número de ítems a 10 por factor, agrupando los seis factores generales, mostrando un total de 60 ítems, aceptados 37 ítems del primer cuestionario y creando 23 ítems. Nuevamente se someten a calificación de expertos para la validación de ítems y prueba.

Posterior a su aplicación, la prueba se reduce a 42 ítems de los 60 propuestos. El modelo de Salud Mental Positiva es nuevamente aceptado en seis factores generales; así mismo, Lluch propone una mejor denominación para los seis factores, obteniendo:

1	Factor	Satisfacción Personal
2	Factor	Actitud Pro social
3	Factor	Integración
4	Factor	Autonomía
5	Factor	Resolución de problemas y auto-actualización
6	Factor	Habilidades de Relación Interpersonal

Tabla 3. *Resultados del segundo estudio.*

El tercer estudio, es un estudio definitivo para la validación de la información presentada en los resultados y las recomendaciones presentadas en el segundo estudio, donde tres de los 42 ítems son eliminados por problemas de consistencia interna. El análisis estadístico realizado a este tercer

cuestionario es satisfactorio para cada uno de los seis factores generales propuestos por Lluch

<i>Factores</i>		<i>Alpha</i>
1:	Factor Satisfacción personal	0.8282
2:	Factor Actitud pro social	0.5820
3:	Factor Autocontrol	0.8146
4:	Factor Autonomía	0.7729
5:	Factor Resolución de problemas y autoactualización	0.7903
6:	Factor Habilidades de relación interpersonal	0.7133
Escala Global		0.9061

Tabla 4. *Coefficientes Alpha para cada uno de los seis factores.*

Los expertos estuvieron de acuerdo en señalar que el contenido de los ítems del factor 4 “Integridad” está más vinculado a aspectos relacionados con autocontrol. Por tanto, se modifica el nombre del factor. Uno de los expertos, opinó que el factor 2 “Actitud prosocial” podría denominarse Sensibilidad Social. Sin embargo, tanto el resto de los expertos como la propia autora, pensaron que era más idóneo mantener la etiqueta inicial. Finalmente, consideraron que el nombre del resto de los factores reflejaba correctamente el contenido de los ítems que los configuran.

*Factores Resultantes.*

Factor 1, Satisfacción Personal: Queda configurado por un total de 8 ítems, con un índice de saturación comprendido entre 0.53 y 0.76.

Factor 2, Actitud Prosocial: Está formado por 5 ítems, con un nivel de saturación que oscila entre 0.42 y 0.68.

Factor 3, Autocontrol: Está compuesto por 5 ítems, con un rango de saturación que va de 0.42 a 0.78.

Factor 4, Autonomía: Consta de 5 ítems, con un índice de saturación comprendido entre 0.41 y 0.77.

Factor 5, Resolución de Problemas y Autoactualización: tiene 9 ítems, con un valor de saturación que oscila entre 0.43 y 0.67.

Factor 6, Habilidades de Relación Interpersonal: está formado por 7 ítems, con un rango de saturación comprendido entre 0.62 y 0.44.

## Factores de la Salud Mental Positiva según Lluch (1999)

## Satisfacción Personal

Para Lluch (1999), la satisfacción personal implica el autoconcepto, la satisfacción con la vida personal y la satisfacción con las perspectivas de futuro. Se observa que este criterio se basa en una concepción personal y por lo tanto puede ser vivenciada de diversas maneras por cada persona.

## Actitud Prosocial

Lluch (1999), define la *actitud prosocial* como aquella predisposición activa hacia lo social / hacia la sociedad, la actitud social "altruista". La actitud de ayuda-apoyo hacia los demás, la aceptación de los demás y los hechos sociales diferenciales. Este criterio, expone la relación de cada persona con los otros, involucrando la colaboración ante las semejanzas y diferencias de otros seres humanos.

### Autocontrol

Es una dimensión fundamental para mantener el equilibrio emocional, un antídoto contra el estrés y un requisito básico para el funcionamiento adaptativo de la persona (Lluch, 1999). Sugiere que la persona capaz de autocontrolar su conducta, es más independiente de las dudas que le presenta el ambiente, el autocontrol influye positivamente en la autoestima de los niños incrementando su competencia personal (Bermúdez, 1997, citado por Lluch, 1999). Incluye la capacidad para el afrontamiento del estrés de situaciones conflictivas, el equilibrio emocional/control emocional y la tolerancia a la ansiedad y al estrés. Hace alusión a que en determinadas circunstancias de tensión o presión, se maneje un equilibrio, en las áreas emocionales, para afrontar mejor los conflictos (Lluch 1999).

### Autonomía

La persona Psicológicamente sana, tiene una cierta autonomía y no depende fundamentalmente del mundo y de los demás. Esta relación persona-ambiente conlleva un proceso de toma de decisiones. En este sentido, la autonomía significa una discriminación consciente, por parte de la persona, de los factores ambientales que desea aceptar o rechazar. El criterio de autonomía puede entenderse desde una o ambas de las dos siguientes dimensiones (Jahoda, 1958, citado por Lluch, 1999). La *autonomía*, se refiere a la capacidad para tener razonamientos y juicios personales, enfatizando en la independencia, en el control de la propia conducta, en la confianza y en las propias capacidades.

### Resolución de Problemas y Autoactualización

Para Lluch (1999), la Resolución de problemas hace referencia a la búsqueda activa de soluciones frente a los problemas como cambios en la rutina, solicitar información, tomar decisiones por si mismo. En cuanto a la Autoactualización, consiste en el aprovechamiento de las experiencias para

mejorar como persona, capacidad para aprender las situaciones adversas, motivación desde la rutina diaria y desarrollo de las aptitudes.

#### Habilidades de Relaciones Interpersonales.

Implica la habilidad para establecer relaciones interpersonales, que pueden ser de carácter íntimo o no, abarca la capacidad para entender los sentimientos de los demás, brindando apoyo emocional (Lluch 1999). Cuando se habla de habilidades, se dice que una persona es capaz de ejecutar una conducta y si se habla de habilidades sociales, se dice que una persona es capaz de ejecutar una conducta de intercambio con resultados favorables.

#### Calidad de Vida

Definir Calidad de Vida es impreciso por la dificultad para concretarlo como una parte o un todo; Neugarten (1974), expresaba que la satisfacción de la vida contiene la satisfacción en las actividades diarias, el significado de la vida individual y colectivo, haciéndose responsables de la misma; la percepción de logro de metas de vida, la auto-imagen y la actitud hacia la vida. Es la respuesta a una interrelación de estímulos a nivel individual y social en un ambiente total. En síntesis, es un ejercicio de los valores sociales.

Conjugando estas definiciones y lo objetivo – subjetivo con lo individual y lo colectivo, la definición de Calidad de Vida podría sintetizarse en la conceptualización multidimensional que hace la psicóloga Rocío Fernández Ballesteros citada por Maya (2001), en la cual globaliza la participación de factores personales y socioambientales para alcanzar una satisfacción de necesidades que origine Calidad de Vida y por consiguiente desarrollo.

Entre los factores personales, la autora incluye la salud, el ocio, las relaciones sociales, las habilidades funcionales y la satisfacción de necesidades. Entre los segundos las condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente y factores culturales de apoyo social.



Unos y otros, por su naturaleza física, social o ideológica, determinan estilos de vida individuales o colectivos.

Según Bibeau & Cols (1985), citados por Maya (2001), desde una perspectiva integral es necesario que los Estilos de Vida formen parte de una dimensión colectiva y social, que comprenden tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico. En lo material, el Estilo de Vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido. En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones. Y por último, en el plano ideológico, los Estilos de Vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

Desde esta perspectiva integral, los Estilos de Vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo que como fue expuesto es dignificar la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar.

### Estilo de Vida

El Estilo de Vida Saludable es la manera como la gente se comporta con respecto a la exposición a factores nocivos que presentan riesgo para la salud. Es por ello que los comportamientos o conductas son determinantes decisivos de la salud física, mental y del estado de la salud pública, estando fuertemente vinculados al bienestar.

Según Henderson, et al (1980), citados por Rodríguez Marín (1995), citado por Arrivillaga (2002), el Estilo de Vida es el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona. De otro lado, Sánchez, et al (2000), citados por Molina (2001) considera que el Estilo de Vida es la forma para conocer a la persona, permite predecir su conducta. La manera como la gente se comporte determinará el que enferme o permanezca sana, y en caso

de que enferme, su papel va a ser decisivo en la recuperación y en la velocidad en que ésta se produzca. Debido a ello, es importante mencionar y resaltar que dichos comportamientos en conjunto se convierten en hábitos y conductas rutinarias, y como tal, hacen parte de los Estilos de Vida asumidos por los individuos.

Los comportamientos de bienestar representan una acción que ayuda a prevenir la enfermedad y accidente y a su vez promueve la salud individual y colectiva y/o mejora la calidad del ambiente. Por el contrario, el comportamiento de riesgo es una acción que incrementa la incidencia de enfermedades y accidentes, amenaza la salud personal, de otros y a destruir el ambiente.

La función de los Estilos de Vida es la de organizar, simplificar, solucionar problemas, controlar la experiencia, construir mitos sobre la autoimagen y la imagen del mundo, además de tener un efecto autoprotector en el sujeto. En el Estilo de Vida se manifiestan los hábitos estables, las costumbres y conocimientos del individuo, así como sus valores morales, aspiraciones y esperanzas. Toda persona es libre de elegir la forma de vivir que le gusta, puede autoformarse, basada en decisiones conscientes, en la búsqueda de su propio crecimiento y perfección. Es importante resaltar que los Estilos de Vida que se van adquiriendo a través de los años, están condicionados por diferentes experiencias de aprendizaje, las cuales se van adaptando, obteniendo o modificando de acuerdo a los comportamientos deseados.

### *Componentes del Estilo de Vida*

Dentro de los Estilos de Vida Saludables se encuentran factores protectores que, al apropiarse de ellos, ayudan a prevenir desajustes en el bienestar de la salud en todas sus dimensiones, lo cual genera una mejor Calidad de Vida, satisfacción de necesidades y desarrollo en el Ser Humano. De acuerdo con Maya (1997), algunos de estos factores protectores podrían ser:

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar
- Tener satisfacción con la vida
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación
- Capacidad de Autocuidado
- Seguridad Social en Salud y control de factores de riesgo
- Ocupación de tiempo libre y disfrute de Ocio
- Comunicación y participación a nivel familiar y social
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, cultura, recreación, entre otros
- Seguridad económica

### Insuficiencia Renal

Según la Universidad de Virginia (2006) <sup>6</sup>La insuficiencia renal se refiere al daño transitorio o permanente de los riñones, que tiene como resultado la pérdida de la función normal del riñón el cual éstos son incapaces de excretar las sustancias tóxicas del organismo de forma adecuada así como para mantener la homeostasis del agua, los electrolitos y el equilibrio ácido base del organismo en su conjunto. Las causas de la insuficiencia renal son diversas; algunas conducen a una rápida disminución de la función renal (insuficiencia renal aguda), mientras que otras conducen a una disminución gradual de dicha función (insuficiencia renal crónica).

Según Tierney, L. y Papadakis, M. (1999) definen como insuficiencia Renal Crónica (IRC) la pérdida de función de los riñones, independiente de cual sea la causa. La IRC se clasifica en aguda y crónica en función de la forma de aparición (días, semanas, meses o años) y sobre todo en la recuperación o no

---

<sup>6</sup> Universidad de Virginia. Sistema de Salud. Disponible en:  
[http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds\\_urology\\_sp/renal.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_urology_sp/renal.cfm)

de la lesión. En la insuficiencia renal aguda es reversible en la mayoría de los casos y la crónica presenta un curso progresivo hacia la insuficiencia renal crónica Terminal. Esta evolución varía en función de la enfermedad causante y dentro de la misma enfermedad de unos pacientes a otros. La IRC los síntomas se desarrollan lentamente. Al inicio están ausentes y la alteración del riñón sólo se puede detectar con análisis de laboratorio. Una persona con insuficiencia renal entre ligera y moderada presenta sólo síntomas leves a pesar del aumento de la urea (un producto metabólico de desecho) en la sangre. En este estadio, puede sentirse la necesidad de orinar varias veces durante la noche (nicturia) porque los riñones no pueden absorber el agua de la orina para concentrarla como lo hacen normalmente en la noche. Como resultado, el volumen de orina al cabo del día es mayor. En las personas que padecen insuficiencia renal a menudo aparece hipertensión arterial porque los riñones no pueden eliminar el exceso de sal y agua. La hipertensión arterial puede conducir a un ictus (accidente cerebral vascular) o una insuficiencia cardiaca.

Según el Instituto Nacional de la Diabetes y de Enfermedades Digestivas y Renales (Citado por Care New England Health System, 2001)<sup>7</sup> Las dos causas más comunes de la insuficiencia renal son:

- Diabetes – alto nivel de azúcar en la sangre, consecuencia de daños en los nefrones provocados por la diabetes
- Presión sanguínea alta – daños a los capilares de los riñones

Otras causas de la insuficiencia renal incluyen (Citado por Care New England Health System, 2001):

- Pielonefritis
- Glomerulonefritis
- Poliquistosis renal
- Lupus

---

<sup>7</sup> Care New England System. Disponible en:  
<http://www.carenewengland.org/body.cfm?id=170&chunkiid=23763>

- Defectos de nacimiento
- Envenenamiento
- Trauma grave
- Uso de largo plazo de medicamentos que contengan:
  - Aspirina
  - Paracetamol
  - Ibuprofeno
- Shock
- Bloqueo de las vías urinarias debido a:
  - Tumor en la vejiga o colon
  - Piedra grande en el riñón
  - Agrandamiento de próstata
- Acumulación de sustancias anormales dentro de los riñones, tales como:
  - Piedras en los riñones
  - Amiloidosis
  - Acumulación de proteínas
- Reacción tóxica a fármacos o colorantes para rayos X
- Enfermedades sistémicas, incluyendo:
  - Lupus eritomatoso sistémico (lupus)
  - Poliarteritis
  - Granulomatosis de Wegener y Goodpasture
- Problemas de salud que causan la reducción intensa del volumen de los fluidos/sangre circulantes, tales como:
  - Hemorragia grave
  - Quemaduras
  - Altos niveles de calcio debido a la diabetes insipidus
  - Pancreatitis
  - Peritonitis
  - Septicemia
  - Insuficiencia cardíaca
  - Enfermedad hepática

### *Diagnostico de Insuficiencia Renal.*

El diagnostico de insuficiencia Renal, no es algo fácil. Además de un examen físico y los antecedentes médicos completos, el médico del paciente puede solicitar los siguientes exámenes de diagnóstico:

- Análisis de sangre - para determinar el recuento de células sanguíneas, los niveles de electrolitos y la función renal
- Análisis de orina
- Radiografía de tórax - examen de diagnóstico que utiliza rayos de energía electromagnética invisible para producir imágenes de los tejidos internos, los huesos y los órganos en una placa radiográfica.
- Centellograma óseo - método nuclear de diagnóstico por imágenes que sirve para evaluar cualquier cambio artrítico o degenerativo en las articulaciones, detectar enfermedades y tumores de los huesos o determinar la causa del dolor o de la inflamación de los huesos.
- Ecografía renal (También llamada sonografía.) - examen no invasivo por medio del cual se pasa sobre el área del riñón un transductor que produce ondas sonoras que rebotan contra el riñón y transmiten la imagen del órgano a una pantalla de vídeo. El examen se usa para determinar el tamaño y la forma del riñón y para detectar masas, cálculos renales, quistes y otras obstrucciones o anomalías.
- Electrocardiograma (ECG o EKG) - examen que registra la actividad eléctrica del corazón, muestra los ritmos anormales (arritmias o disritmias) y detecta el daño en el músculo cardíaco.
- Biopsia renal - procedimiento en el que se toman muestras de tejido del cuerpo (con aguja o durante una cirugía) para examinarlas con un microscopio.

## Insuficiencia Renal Crónica

Según Delgado, García & Mora (2000) Se define como enfermedad renal crónica la presencia de daño renal estructural o funcional con o sin deterioro de la función renal, o la disminución de la función renal por debajo de 60 ml/min por un periodo mayor a tres meses. Anteriormente la glomerulonefritis (GN) era su principal causa, pero dado al aumento de la supervivencia de los pacientes con hipertensión están ocupando hoy los primeros lugares. La uremia es el síndrome clínico que padecen los pacientes con pérdida grave de la función renal; se denominó de esta manera por que se creía que era debido a la retención de urea, pero hoy se sabe que el cuadro se acompaña de diversas alteraciones metabólicas y endocrinológicas.

La incidencia de ERC estado 5 es cada día mayor tanto en los Estados Unidos como en Europa, debido a un incremento en el número de pacientes que ingresan a terapia de reemplazo renal y a su mayor sobrevivencia. En los Estados Unidos más de 30% de los pacientes en diálisis crónica son mayores de 65 años y más de 50% en Europa. Los signos y síntomas de la ERC aparecen a medida que la masa renal disminuye y se deteriora la función renal. Sólo hasta cuando la depuración de creatinina está por debajo de 20 a 35 cc/min comienza a presentarse hiperazotemia, anemia y más tardíamente algunos síntomas inespecíficos como náuseas y malestar general. Luego al comprometerse más la función renal con mayor pérdida del número de neuronas, el paciente entra en ERC estado 5 y sintomáticamente presenta uremia. García & Mora (2000)

En la ERC intervienen varios factores en su desarrollo, entre éstos se encuentran:

- ❖ Las toxinas urémicas que son los componentes tóxicos producidos por bacterias gastrointestinales en pacientes con enfermedad renal y por el metabolismo de proteínas y aminoácidos. Su cantidad puede variar según la ingestión proteica. Son muchas las sustancias que se pueden

considerar como toxinas en los pacientes urémicos dentro de las cuales se encuentran: La urea, Productos del metabolismo bacteriano, Aminas Alifáticas, Aminas Aromáticas, Poliaminas, Mioinositol, Moléculas de tamaño mediano, Homocisteina, Productos finales de Glucosilación.

Según García & Mora (2000). La ERC puede tener origen en múltiples entidades, tanto primarias como secundarias. Dentro de las primarias se encuentran: la glomerulonefritis primarias (sin enfermedad sistémica) y en las secundarias se encuentran las de causa metabólica como la diabetes mellitas, las inmunológicas como el lupus erimetaso, las neoplásicas, etc.

El diagnóstico de la ERC se realiza con base en una buena historia clínica y con pruebas de laboratorio que determinen la función renal. Dentro de éstas se encuentra la creatinina sérica, cuyo valor en mujeres debe ser menor de 1.0 mg/dl y en hombres menor de 1.2 mg/dl; el nitrógeno ureico con valores entre 10 y 20 mg%; el parcial de orina en el que se puede observar si hay hematuria, proteinuria, leucocituria, cilindruria u otros hallazgos que nos sugieran enfermedad glomerular.

### *Causas.*

A nivel mundial las causas más frecuentes (pero no las únicas) de Enfermedad Renal Crónica son la diabetes, la hipertensión, las enfermedades obstructivas de las vías urinarias (cálculos, tumores, etc), algunas enfermedades inflamatorias de los riñones (llamadas en conjunto glomerulonefritis) y el uso de medicamentos tóxicos para el riñón (especialmente medios de contraste y algunos antibióticos). La función renal en la mayoría de los casos se deteriora lentamente a lo largo de varios años permitiendo que el paciente no sienta muchas cosas a pesar de tener anemia e incluso tener altos niveles de toxinas en la sangre. Cuando el paciente se siente mal, generalmente estamos ante casos muy avanzados de enfermedad en los cuales la mayoría de las veces se hace necesario iniciar prontamente una terapia para reemplazar la función del riñón.



Los síntomas de la insuficiencia renal crónica pueden incluir:

- Poco apetito
- Vómitos
- Dolor de huesos
- Dolores de cabeza
- Atrofia en el crecimiento
- Malestar general
- Ausencia de excreción de orina o diuresis (excreción aumentada de orina)
- Infecciones recurrentes del tracto urinario
- Incontinencia urinaria
- Palidez de la piel
- Mal aliento
- Deficiencia auditiva
- Masa abdominal detectable
- Tumefacción de los tejidos
- Irritabilidad
- Escaso tono muscular
- Cambios en la vigilia mental

#### Insuficiencia Renal Aguda

Según Rivera & Leguizamón (2000) La Insuficiencia Renal Aguda (IRA) es un síndrome caracterizado por una disminución rápida y usualmente reversible de la filtración glomerular (FG), con alteración de la homeostasis de los líquidos, electrolitos y del equilibrio ácido-base.

La IRA se puede presentar en tres situaciones clínicas principales:

- Como una respuesta adaptativa a una severa disminución del volumen plasmático e hipotensión, con neuronas estructural y funcionalmente intactas

- En Respuesta a lesiones por agentes citotóxicos al riñón
- En Respuesta la a obstrucción del paso o drenaje de la orina

La IRA es una entidad frecuente que afecta más de 5% de todos los pacientes hospitalizados y puede llegar hasta 10 a 30% de los pacientes en unidades de cuidado intensivo. La IRA adquirida en la comunidad tiene como principal etiología la prerrenal, en especial causada por estados de deshidratación por pérdidas gastrointestinales y abuso de diuréticos.

Según Rivera y Leguizamón (2000) Las causas del IRA se han dividido de manera convencional y conveniente en tres categorías: prerrenal, renal y póstreña, respectivamente. La IRA prerrenal se presenta en un riñón estructuralmente normal que responde a estados de hipoperfusión con disminución de la filtración Glomerular. La IRA renal o Intrínseca se refiere a condiciones donde la patología afecta estructuralmente el riñón como la necrosis tubular aguda (NTA) y por último la IRA póstreña es causada por obstrucción del tracto urinario. Esta clasificación es útil para realizar el enfoque clínico y los diagnósticos diferenciales del síndrome

Según Brady & Brenner (2001) La insuficiencia renal aguda se sospecha cuando disminuye el volumen de producción de orina. Los análisis de sangre que determinan las concentraciones de creatinina y de nitrógeno ureico (urea) en la sangre (productos de desecho presentes en la sangre que normalmente son eliminados por los riñones) contribuyen a ratificar el diagnóstico. Un aumento progresivo de la creatinina indica insuficiencia renal aguda.

La causa de una insuficiencia renal aguda puede ser cualquier afección que disminuya el aporte de flujo sanguíneo hacia ambos riñones que se produce de forma brusca y que en general se recupera en un periodo limitado de tiempo riñones, que obstruya el flujo de la orina que sale de los mismos o que lesione los riñones. Diversas sustancias tóxicas pueden lesionar los riñones, como fármacos, tóxicos, cristales que precipitan en la orina y anticuerpos dirigidos contra los riñones.

Según la Universidad de Virginia (Sistema De Salud, 2006) Los síntomas de la insuficiencia renal aguda y crónica pueden ser diferentes. A continuación se enumeran los síntomas más comunes de la insuficiencia renal aguda y crónica. Sin embargo, cada persona puede experimentarlos de una forma diferente.

Los síntomas de la insuficiencia renal aguda pueden incluir: (Los síntomas de la insuficiencia renal aguda dependen en gran medida de la causa principal)<sup>8</sup>.

- Hemorragia
- Fiebre
- Erupción
- Diarrea con sangre
- Vómitos severos
- dolor abdominal
- ausencia de excreción de orina o diuresis (excreción aumentada de orina)
- Antecedentes de infección reciente
- Palidez de la piel
- Antecedentes de ingestión de ciertos medicamentos
- Antecedentes de traumatismo
- Tumefacción de los tejidos
- Inflamación de los ojos
- Masa abdominal detectable
- Exposición a metales pesados o a solventes tóxicos

#### Tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica y la Insuficiencia Renal Aguda

El tratamiento específico para la insuficiencia renal será determinado por el médico del paciente basándose en lo siguiente:

---

<sup>8</sup> Universidad de Virginia. Sistema de Salud, disponible en:  
[http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds\\_urology\\_sp/online.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_urology_sp/online.cfm)

- La edad de la persona, su estado general de salud y sus antecedentes médicos
- La gravedad de la enfermedad
- El tipo de enfermedad (aguda o crónica)
- La tolerancia de su hijo a determinados medicamentos, procedimientos o terapias
- Sus expectativas para la evolución de la enfermedad
- Su opinión o preferencia

El tratamiento de la insuficiencia renal aguda depende de la causa principal. El tratamiento puede incluir:

- Hospitalización
- Administración de líquidos por vía endovenosa (IV) en grandes cantidades (para reemplazar el volumen de sangre disminuido)
- Terapia o medicamentos diuréticos (para aumentar la cantidad de orina)
- Vigilancia rigurosa de los electrolitos importantes, como el potasio, el sodio y el calcio
- Medicamentos (para controlar la presión sanguínea)
- Régimen alimenticio específico

El tratamiento de la insuficiencia renal crónica depende del grado de función renal que quede. El tratamiento puede incluir:

- Medicamentos (para ayudar con el crecimiento, prevenir la pérdida de densidad de los huesos y, o tratar la anemia)
- Terapia o medicamentos diuréticos (para aumentar la cantidad de orina)
- Restricciones alimenticias específicas

- Diálisis
- Transplante de riñón

Según Merck Sharp & Dome España (2005)<sup>9</sup>. La insuficiencia renal aguda y sus complicaciones inmediatas a menudo se pueden tratar con éxito. El índice de supervivencia es variable, y oscila desde menos del 50 por ciento para los que sufren insuficiencia de varios órganos, hasta cerca del 90 por ciento para aquellos con disminución del flujo de sangre a los riñones causada por la pérdida de líquidos corporales, producida por una hemorragia, vómitos o diarrea.

Según Merck Sharp & Dome España (2005) Con frecuencia, lo único que se requiere para que los riñones puedan curar por sí mismos es un tratamiento simple pero meticuloso. El consumo de agua se limita a reemplazar el volumen perdido por el organismo. Se mide diariamente el peso corpóreo para controlar el consumo de agua. Cuando el peso aumenta de un día para otro significa que se está tomando demasiado líquido. Además de alimentos con glucosa o con hidratos de carbono altamente concentrados, para mantener los valores apropiados de proteínas se administran por vía oral o endovenosa ciertos aminoácidos (que son los componentes que van a constituir las proteínas). Se debe limitar estrictamente el consumo de todas las sustancias que se eliminan a través de los riñones, incluyendo varios fármacos como la digoxina y algunos antibióticos. Dada la capacidad que tienen los antiácidos, que contienen aluminio, de adherirse al fósforo en el intestino, estos antiácidos se pueden suministrar para prevenir que el valor sanguíneo del fósforo aumente demasiado. A veces se administra sulfonato de polistireno sódico por vía oral o rectal, para tratar una concentración elevada de potasio en sangre.

A medida que la insuficiencia renal evoluciona y se acumulan sustancias tóxicas en la sangre, el sujeto comienza a sentirse pesado, se cansa fácilmente

---

<sup>9</sup> Tomado de Merck Sharp & Dome España. Disponible en:  
[http://www.msd.es/publicaciones/mmerck\\_hogar/seccion\\_11/seccion\\_11\\_123.html](http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_11/seccion_11_123.html)

y disminuye su agilidad mental. Conforme aumenta la formación de sustancias tóxicas, se producen síntomas nerviosos y musculares, como espasmos musculares, debilidad muscular y calambres. También puede experimentarse una sensación de hormigueo en las extremidades y perderse la sensibilidad en ciertas partes.

Las convulsiones (ataques epilépticos) se pueden producir como resultado de la hipertensión arterial o de las alteraciones en la composición química de la sangre que provocan el mal funcionamiento del cerebro. La acumulación de sustancias tóxicas afecta también al aparato digestivo, provocando pérdida del apetito, náuseas, vómitos, inflamación de la mucosa oral (estomatitis) y un sabor desagradable en la boca. Estos síntomas pueden llevar a la desnutrición y a la pérdida de peso. Los sujetos que padecen una insuficiencia renal avanzada desarrollan frecuentemente úlceras intestinales y hemorragias.

Por lo común, la insuficiencia renal crónica tiende a agravarse independientemente del tratamiento, y si no se trata es mortal. La diálisis o el trasplante de riñón pueden salvar la vida del paciente.

### *Diálisis*

La diálisis es un procedimiento que se realiza de rutina en personas que sufren de insuficiencia renal crónica o aguda. El proceso implica la eliminación de sustancias de desecho y líquidos de la sangre que normalmente se eliminan por los riñones.

La diálisis también puede usarse para prevenir el desarrollo de insuficiencia renal en personas que hayan estado expuestas a sustancias tóxicas o que las hayan ingerido. Hay dos tipos de diálisis a los que puede someterse una persona: Peritoneal o Hemodiálisis

## Diálisis Peritoneal

Según el Sistema de Salud de la Universidad de Virginia (2006)<sup>10</sup>, en la diálisis peritoneal es un procedimiento que se realiza mediante la colocación quirúrgica de una cánula especial, hueca y blanda, en la parte baja del abdomen del paciente, cerca del ombligo. Después de colocar la cánula, se vierte una solución especial llamada dializador en la cavidad peritoneal. La cavidad peritoneal es el espacio del abdomen que aloja los órganos y está recubierta por dos capas membranosas especiales llamadas peritoneo. El dializado se deja en el abdomen por un período de tiempo establecido determinado por el médico. La solución para dializado absorbe los productos de desecho y las toxinas a través del peritoneo. Posteriormente la solución se drena del abdomen, se mide y se desecha. Hay dos tipos diferentes de diálisis peritoneal: diálisis peritoneal continúa ambulatoria (DPCA) y diálisis peritoneal continúa cíclica (DPCC). Para realizar la DPCA no es necesario utilizar ninguna máquina. Los intercambios, a menudo llamados "lavados", pueden hacerse de tres a cinco veces al día, durante las horas de vela. La DPCC requiere el uso de una máquina de diálisis especial que puede usarse en el hogar. Este tipo de diálisis se hace automáticamente, incluso mientras el paciente duerme. Generalmente la diálisis peritoneal no se efectúa en aquellas personas que tienen infecciones de la pared abdominal, conexiones anormales entre el pecho y el abdomen, un injerto de un vaso sanguíneo recientemente colocado en el interior del abdomen, o una herida abdominal reciente.

## Hemodiálisis

La hemodiálisis puede realizarse en el hogar, en un centro de diálisis o en un hospital, por profesionales del cuidado de la salud capacitados. Por medio de una intervención quirúrgica se realiza un tipo de acceso especial, llamado fístula arteriovenosa (AV), en el brazo de la persona. Esto comprende

---

<sup>10</sup> Universidad de Virginia. Sistema de Salud. Tomado de:  
[http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds\\_urology\\_sp/dialysis.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_urology_sp/dialysis.cfm)

la unión de una arteria y una vena. También puede colocarse un catéter endovenoso (IV) externo central, pero es menos común para la diálisis a largo plazo. Una vez establecido el acceso, el paciente es conectado a una máquina grande de hemodiálisis, denominada dializador; la cual drena la sangre y la lava en una solución especial para dializado que elimina líquidos y sustancias de desecho, y luego la devuelve al torrente sanguíneo. La hemodiálisis se realiza por lo general varias veces por semana y dura de cuatro a cinco horas. Debido al tiempo de duración de la hemodiálisis, podría resultar útil llevarle juegos o material de lectura para la persona para mantenerse ocupado durante el procedimiento.

En cuanto a la hemodiálisis es un procedimiento mediante el cual se extrae la sangre del cuerpo. Para facilitar este acceso se efectúa quirúrgicamente una conexión artificial entre una arteria y una vena (fístula arteriovenosa). Los dializadores tienen diversos tamaños y diversos grados de eficacia. Las unidades más modernas son muy eficaces, permitiendo que la sangre fluya más rápidamente y acortando el tiempo de la diálisis, por ejemplo, de 2 a 3 horas, tres veces por semana, en comparación con las 3 a 5 horas, tres veces por semana, necesarias con las unidades más antiguas. Los que padecen insuficiencia renal crónica, por lo general, necesitan hemodiálisis tres veces por semana para mantenerse en buen estado de salud.

Los médicos deciden comenzar la diálisis cuando la insuficiencia renal causa un funcionamiento anormal del cerebro (encefalopatía urémica), inflamación de la envoltura del corazón (pericarditis), elevada acidez de la sangre (acidosis) que no responde a otros tratamientos, insuficiencia cardíaca o una concentración muy elevada de potasio en la sangre (hiperpotasemia). La reversión de los síntomas de alteración del funcionamiento cerebral causados por insuficiencia renal, una vez iniciada la diálisis, por lo general necesita varios días y en raras ocasiones, hasta 2 semanas de tratamiento.



Muchos médicos usan la diálisis de forma preventiva en caso de insuficiencia renal aguda, cuando la producción de orina es baja y continúan el tratamiento hasta que los análisis de sangre indiquen que la función renal se está recuperando. En el caso de una insuficiencia renal crónica, se puede comenzar con la diálisis cuando las pruebas indican que los riñones no están extrayendo los productos de desecho de modo suficiente, o cuando la persona ya no puede llevar a cabo sus actividades diarias habituales. La frecuencia de las sesiones de diálisis varía de acuerdo con el nivel de función renal restante, pero habitualmente se requiere diálisis tres veces por semana. Un programa de diálisis permite llevar una vida razonablemente normal, ingerir una dieta adecuada, disponer de un recuento aceptable de glóbulos rojos, tener una presión arterial normal y no desarrollar ninguna lesión nerviosa. Se puede usar la diálisis como terapia a largo plazo para la insuficiencia renal crónica o como medida provisional hasta que se pueda efectuar un trasplante de riñón. En los casos de insuficiencia renal aguda, la diálisis se puede necesitar sólo durante unos pocos días o semanas, hasta que se restablezca la función renal. También se puede usar la diálisis para eliminar ciertos medicamentos o tóxicos del organismo. La persona sobrevive con frecuencia a la intoxicación si se le proporciona asistencia respiratoria y cardíaca inmediata mientras el tóxico es neutralizado.

A los pacientes que necesitan diálisis crónica, los tratamientos regulares los mantienen con vida. Sin embargo, a menudo la diálisis causa estrés porque las sesiones se hacen varias veces por semana y duran varias horas. Las personas sometidas a diálisis pueden experimentar limitaciones en todos los aspectos de su vida. La potencial pérdida de independencia puede llegar a ser especialmente frustrante. Estas personas están bajo la dependencia del equipo de terapia. Los pacientes sometidos a hemodiálisis necesitan que su transporte a los centros de tratamiento sea organizado de modo regular, porque deben tener un acceso ininterrumpido a esta terapia. Las sesiones de diálisis, planificadas a menudo según la conveniencia de otros, influyen en los horarios laborales o escolares y en las actividades de ocio. Un puesto de trabajo a

tiempo completo podría llegar a ser algo imposible. Las personas sometidas a diálisis pueden necesitar una ayuda por parte de la comunidad para hacer frente a los costos elevados del tratamiento, de los fármacos, de las dietas especiales y del transporte. Las personas de edad sometidas a diálisis pueden volverse más dependientes de sus hijos o pueden ser incapaces de vivir solas. A menudo, tienen que modificarse las responsabilidades y los roles establecidos para adaptarlos a la rutina de la diálisis, creando estrés y sentimientos de culpa e incapacidad.

Las personas en diálisis se enfrentan también a alteraciones estresantes de su propia imagen y de las funciones corporales. Los niños con problemas de crecimiento pueden sentirse aislados y distintos a sus compañeros. Los jóvenes y los adolescentes que normalmente se cuestionan sobre su propia identidad, la independencia y su imagen corporal, pueden encontrar más problemas de este tipo, si están sometidos a diálisis.

Como consecuencia de estas pérdidas, muchas personas que están en diálisis se deprimen y se vuelven ansiosas. No obstante, la mayoría de los sujetos se adaptan a la diálisis. La manera como las personas en programa de diálisis (así como su equipo de terapia) se enfrenta a estos problemas afecta no solamente a su adaptación social sino también a su supervivencia a largo plazo. Los problemas psicológicos y sociales por lo general disminuyen cuando los programas de diálisis motivan a las personas a ser independientes y a asumir de nuevo sus intereses anteriores. La asistencia psicológica y de trabajo social es útil tanto a las familias como a las personas en programa de diálisis, en los casos de depresión, problemas de comportamiento y circunstancias que impliquen pérdidas o modificaciones de las costumbres. Estos equipos están formados por asistentes sociales, psicólogos y psiquiatras. Muchos centros de diálisis brindan apoyo psicológico y social.

## Variables

Se entenderá como variable Independiente de esta investigación La salud Mental Positiva; y como variable dependiente los niveles o grados posibles de Ansiedad, Depresión y estrés. Cada una de ellas se definirá a continuación

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional
Depresión	<p>Según García Higuera (2004) Se define en general por sus síntomas que pueden parecer enfermedades somáticas como dolores, cansancio, tristeza constante, entre otras. Clasificaciones clásicas distinguen tres clases de síntomas: Cognitivos, Afectivos y Motores o conductuales. Así como presencia de pensamientos negativos acerca del yo, el mundo y el futuro.</p>	<p>Se medirá utilizando la escala de Hospital anxiety and depresión Scale. La escala HADS es un cuestionario diseñado para la aplicación hospitalaria no psiquiatrica. Comprende 14 enunciados. Para la medición de depresión, 7 de los enunciados de le escala se centran hacia la experimentación subjetiva de síntomas como la anhedonia (incapacidad de disfrutar por uno mismo o de tomar placer de las cosas del día a día). La definición de depresión en la escala se centra hacia la sintomatología física experimentada por esta. (Apéndice A)</p>
Ansiedad	<p>La ansiedad es definida por Lazarus (1976, citado por Villarroel 2001) como “la</p>	<p>Se medirá utilizando la escala de Hospital anxiety and depresión Scale. La escala</p>

	<p>relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.</p>	<p>HADS es un cuestionario diseñado para aplicación hospitalaria no psiquiátrica. Comprende 14 enunciados referentes a la experiencia subjetiva en el transcurso de una semana. Para el caso de Ansiedad, 7 de los enunciados son referentes al tipo de ansiedad de manera generalizada (no clínica)</p>
Estrés	<p>El estrés es la respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier demanda, ya sea causada por o ya tenga por resultado, condiciones agradables o desagradables. Al conjunto de trastornos que sufre el organismo a causa del estrés, Selye (1978), lo llamó "síndrome de adaptación" (que significa, grupo de manifestaciones patológicas que tienen su origen en el esfuerzo que realiza el organismo para adaptarse a los estímulos).</p>	<p>Se medirá utilizando la escala de Perfil de Estrés que evalúa 15 áreas relacionadas con el estrés y el riesgo para la salud permitiendo abordar áreas como hábitos de salud, conducta tipo A, estilo de afrontamiento, bienestar Psicológico, red de apoyo social, etc.; además de contar con una medida de sesgo y un índice de inconsistencia en las respuestas. (Apéndice B).</p>
Salud Mental Positiva	<p>La salud mental positiva es un estado de funcionamiento óptimo de la persona (psicológico, social y físico),</p>	<p>Se medirá utilizando la escala de medición de salud mental positiva (Lluch, 1999) que evalúa factores que componen</p>

	que implica la promoción de las cualidades del ser humano facilitando su máximo desarrollo potencial (Lluch, 1999)	la variable satisfacción personal, actitud pro-social, autocontrol, autonomía, resolución de problemas, autoactualización y habilidades de relaciones interpersonales (Apéndice C)
--	--	--

Tabla 5. *Variables de estudio: Definición conceptual y operacional.*

## Método

### *Tipo de Investigación y Diseño*

La presente investigación se desarrolla con base en los lineamientos de investigación transeccional cuantitativa que consiste en hallar la relación existentes entre dos o más variables en función de un único momento; es decir, se analiza su incidencia en un momento determinado de recolección de datos en el que no existe seguimiento de la evolución del fenómeno; la información que se toma de los sujetos se hace una vez y esto hace que la investigación sea de tipo transeccional (Hernández, Fernández y Baptista, 1998). La investigación es de tipo cuantitativo porque permite expresar los grados de niveles de estrés, ansiedad y depresión frente a la variable independiente Salud Mental Positiva y además posibilita realizar un análisis estadístico, así como expresar en porcentajes y frecuencias los resultados.

### *Sujetos*

Este estudio incluyó una muestra aleatoria de población asistente al servicio de Terapia Renal de Santander, (Hospital Universitario de Santander). 19 personas intervenidas con Hemodiálisis y 19 con Diálisis de Tipo Peritoneal, de los dos géneros, tanto hombres como mujeres en general, Colombianos entre 20 y 81 años de edad pertenecientes a los estratos 1,2,3 y 4. Ingresan en el estudio

sólo aquellos sujetos que cumplen las anteriores condiciones y además, que manifiestan a través de una Carta de Consentimiento Informado -Ver apéndice A- su autorización para participar en la investigación.

Los sujetos que participan en esta investigación son la personas diagnosticadas con insuficiencia Renal Crónica que actualmente se encuentran en terapia de Diálisis en el Servicio de Terapia Renal de Santander (Hospital Universitario de Santander)

<i>Hemodiálisis</i>		<i>Diálisis Peritoneal</i>	
Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
19	50%	19	50%

Tabla 6. *Distribución de la muestra por Tipo de Procedimiento de Diálisis*

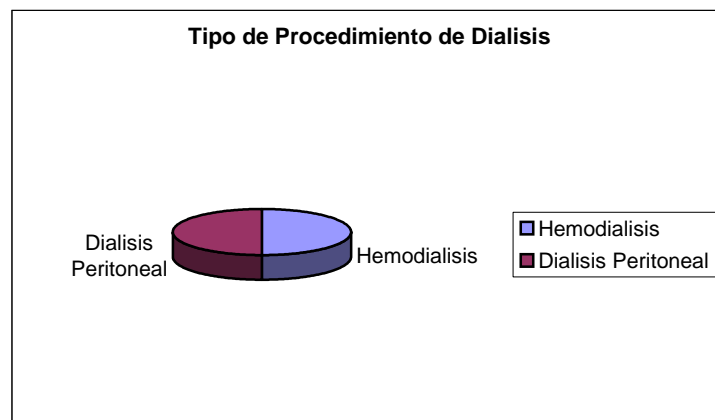


Figura 2. Tipo de Procedimiento de Diálisis

Se puede observar que el tipo de procedimiento de Diálisis, se encuentra distribuido en un 50% para el procedimiento de Hemodiálisis y un 50% para Diálisis Peritoneal.

<i>Estrato Socio Económico</i>							
<i>Uno</i>		<i>Dos</i>		<i>Tres</i>		<i>Cuatro</i>	
Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
9	24%	18	47%	7	18%	4	11%

Tabla 7. *Distribución de la muestra por Estrato Socioeconómico.*

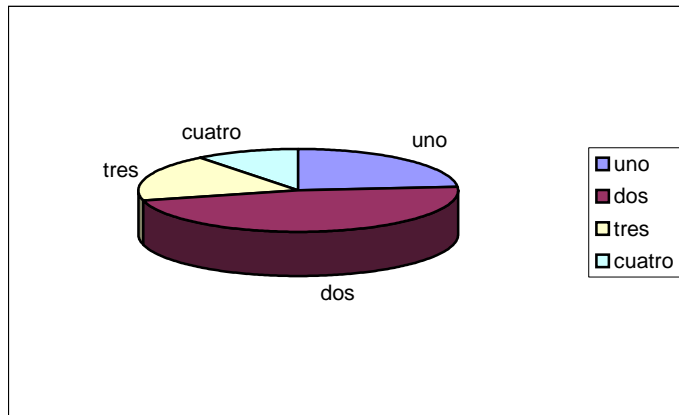


Figura 3. *Distribución de la muestra por Estrato Socioeconómico*

La muestra del estudio presenta una concentración de sujetos pertenecientes al estrato Socioeconómico de Nivel 2 ya que el 47% de los sujetos se encuentran agrupados en dicho estrato. Para los otros estratos –1, 3 y 4–, se observa la tendencia a distribuirse forma similar.

#### *Criterios de inclusión*

Pacientes que actualmente reciben terapia dialítica peritoneal y hemodiálisis en el Servicio de Terapia Renal de Santander (Hospital Universitario de Santander).

Con edades entre los 20 y los 81 años

Hombres y Mujeres en Estratos socioeconómicos de niveles 1 al 4

### *Criterios de exclusión*

Pacientes con diagnóstico con déficit cognitivo que actualmente reciben terapia dialítica peritoneal y hemodiálisis, en el Servicio de Terapia Renal de Santander (Hospital Universitario de Santander).

Niños en Diálisis, las pruebas aplican para adolescentes en adelante

### *Instrumentos*

Con el fin de realizar los procedimientos necesarios para la investigación se aplicó la siguiente batería compuesta por:

Escala de depresión y de ansiedad hospitalaria HADS, escala de medición de salud mental positiva y el cuestionario de ansiedad de estado A-E.

### *Escala de depresión y de ansiedad hospitalaria HADS*

La escala de ansiedad depresión hospitalaria (HADS), es una escala de auto-valoración que se utiliza como instrumento para detectar estados de depresión y ansiedad en el marco de las consultas externas, desarrollada por Zigmond y Snaith (1983), en la versión castellana de los mismos autores. Las subescalas de depresión y ansiedad son también medidas válidas de la severidad de las alteraciones emocionales.

El HADS es una escala de autovaloración del humor específicamente diseñada para ser usada en departamentos hospitalarios no psiquiátricos. El cuestionario se puede completar en muy poco tiempo, es breve y está limitado a los dos aspectos más comunes presentes en la persona cuando se somete a una situación de estrés ambiental, o causado por síntomas somáticos. Los ítems que componen la subescala de depresión están ampliamente basados en los síntomas centrales de la psicopatología de la depresión. Los ítems que comprenden la subescala de ansiedad están basados en manifestaciones psíquicas de la ansiedad situacional.



La escala cuenta con un número de 14 ítems, dividida en 7 ítems para ansiedad y 7 ítems para depresión. El llenar la escala lleva un tiempo entre 2 y 5 minutos. La recomendación general para contestar el cuestionario es no pensar detenidamente las preguntas, puesto que las reacciones inmediatas pueden ser más precisas, que el pensar cada una de las preguntas.

Cada ítem es valorado según una escala de 4 puntos de frecuencia que va desde 0-3. Los ítems que son de la escala de Depresión, se refieren casi exclusivamente al estado anhedónico (5 de los 7 ítems, reflejan una incapacidad para experimentar placer), que se considera el rasgo central de la enfermedad depresiva y el mejor marcador clínico.

La prueba se valoró teniendo en cuenta la siguiente escala de rangos: nivel bajo de 0 a 7 puntos; nivel medio de 8 a 12 puntos y nivel alto de 13 a 21 puntos.

### *Escala de Apreciación de Estrés*

ID de prueba: EAE

Nombre: Apreciación del Estrés

Área de evaluación: Estrés

Autores: J, L Fernandez Seara & N, Mielgo Robles

Administración: Individual y Colectiva

Tiempo de aplicación: 20 a 30 minutos aproximadamente

ID. País: México

Distribuidor: Manual Moderno

Población: Adultos desde 18 a 85 años de edad

Material: Manual cuadernillo de respuesta y calificación (15)

Significación: Se evalúa a partir de las situaciones que potencialmente generan estrés, la incidencia y la intensidad con que afectan en la vida de cada sujeto.

Descripción: La escala de Apreciación del estrés consta de 53 reactivos considerados importantes dentro de la vida de los sujetos. Esta distribuido en

cuatro grandes temáticas: Salud, Relaciones Humanas, Estilo de Vida y Asuntos Laborales y Económicos. Su objetivo es observar la incidencia de los distintos acontecimientos estresantes que han tenido lugar a lo largo del ciclo vital de cada sujeto. Esta Prueba va dirigida a la población en general abarcando edades entre los 18 y 85 años. Como Variable de Control se tiene en cuenta la edad y el sexo. Esta Prueba fue diseñada con el objetivo de conocer el peso de los distintos acontecimientos en la vida de los individuos, es importante destacar tres objetivos a saber que son: Conocer el número de acontecimientos estresantes que han estado presentes en la vida del sujeto, apreciar la intensidad con que cada uno vive o ha vivido esos sucesos vitales; y por último, conocer si esos acontecimientos estresantes han dejado de afectarle o todavía le sigue afectando al sujeto.

#### *Escala para la medición de la salud mental positiva*

La escala para la medición de la salud mental positiva, fue elaborada por Lluch en 1999 como trabajo de investigación para optar al título de doctora en psicología en la Universidad de Barcelona. Esta escala se realizó bajo la dirección de Juana Gómez Benito y María Dolores Peris Pascual, en la ciudad de Barcelona, España.

El cuestionario está conformado por 39 ítems positivos y negativos, en donde se preguntan sobre los diferentes factores que componen el modelo de la salud mental positiva. El instrumento tiene cuatro opciones de respuesta tales como siempre o casi siempre, con bastante frecuencia, algunas veces y nunca o casi nunca.

A continuación se muestran los ítems que hacen parte de este instrumento, y el cuestionario completo se presenta en el anexo 1.

Puntuaciones para ítems positivos (+):

Siempre o casi siempre: valor 1

Con bastante frecuencia: valor 2

Algunas veces: valor 3

Nunca o casi nunca: valor 4

Para los ítems negativos (-) las puntuaciones van invertidas:

Siempre o casi siempre: valor 4

Con bastante frecuencia: valor 3

Algunas veces: valor 2

Nunca o casi nunca: valor 1

---

<b>Factor</b>	<b>Item</b>	<b>Preguntas</b>
<b>SATISFACCIÓN PERSONAL</b>	Item nº 4 (+)	Te gustas como eres
	Item nº 6 (-)	Te sientes a punto de explotar en este momento de tu vida
	Item nº 7 (-)	Para ti la vida es aburrida y monótona
	Item nº 12 (-)	Miras tu futuro con pesimismo
	Item nº 14 (-)	Te consideras una persona menos importante que el resto de personas que te rodean
	Item nº 31 (-)	Creer que eres un/a inútil y que no sirves para nada
	Item nº 38 (-)	Te sientes insatisfecha/o contigo misma/o
	Item nº 39 (-)	Te sientes insatisfecha/o de tu aspecto físico
	Item nº 1 (-)	A ti te resulta muy difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes diferentes a las tuyas

---

**ACTITUD PROSOCIAL**

- Item nº 3 (-) Te resulta muy difícil escuchar a las personas que te cuentan sus problemas
- Item nº 23 (+) Piensas que eres una persona digna de confianza
- Item nº 25 (+) Piensas en las necesidades de los demás
- Item nº 37 (+) Te gusta ayudar a los demás

**AUTOCONTROL**

- Item nº 2 (-) Los problemas me bloquean fácilmente
- Item nº 5 (+) Eres capaz de controlarte cuando experimentas emociones negativas
- Item nº 21 (+) Eres capaz de controlarte cuando tienes pensamientos negativos
- Item nº 22 (+) Eres capaz controlarte en situaciones conflictivas de tu vida
- Item nº 26 (+) Si estás viviendo presiones por parte de los demás que son desfavorables, eres capaz de continuar manteniendo tu equilibrio personal, es decir, tu estabilidad.

**AUTONOMÍA**

- Item nº 10 (-) Te preocupa mucho lo que los demás piensan de ti
- Item nº 13 (-) Las opiniones de los demás te influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones
- Item nº 19 (-) Te preocupa que la gente te critique
- Item nº 33 (-) Te resulta difícil tener tus propias opiniones

	Ítem nº 34 (-)	Cuando tienes que tomar decisiones importantes te sientes muy insegura/o
<b>RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y AUTOACTUALIZACIÓN</b>	Item nº 15 (+)	Eres capaz de tomar decisiones por mi misma / o
	Item nº 16 (+)	Intentas sacar los aspectos positivos de las cosas malas que te suceden
	Item nº 17 (+)	Intentas mejorar como persona
	Item nº 27 (+)	Cuando hay cambios en tu medio intentas adaptarte
	Item nº 28 (+)	Cuando hay cambios en tu medio intentas adaptarte
	Item nº 29 (+)	Los cambios que ocurren en tu rutina diaria te motivan
	Item nº 32 (+)	Tratas de aprovechar, desarrollar y elevar tus buenas aptitudes
	Item nº 35 (+)	Eres capaz de decir no cuando quieres decir no
	Ítem nº 36 (+)	Cuando se te presenta un problema intentas buscar posibles soluciones
<b>HABILIDADES DE RELACIONES INTERPERSONALES</b>	Item nº 8 (-)	A ti te resulta muy difícil dar apoyo emocional, es decir, dar aliento a una persona cuando se siente triste o dar una sonrisa / abrazo cuando alguien lo necesite
	Item nº 9 (-)	Tienes dificultades para establecer relaciones con las demás personas, que sean profundas y satisfactorias
	Item nº 11 (+)	Crees que tienes mucha capacidad para ponerte en el lugar de los demás y comprender sus respuestas

---

Ítem nº 18 (+)	Te consideras "un/a buen/a psicólogo/a", es decir, "un/a buen/a consejero/a; las personas vienen a ti cuando tienen problemas
Ítem nº 20 (+)	Crees que eres una persona sociable
Ítem nº 24 (-)	A ti te resulta muy difícil entender los sentimientos de los demás
Ítem nº 30 (-)	Tienes dificultades para relacionarte abiertamente con tus profesores/jefes

---

Tabla 8. Factores de Escala Salud Mental Positiva

### *Procedimiento*

1. Selección del tema.
2. Búsqueda de Información Bibliográfica para el marco teórico. Con una exploración sobre la temática relacionada con Depresión, Ansiedad y Estrés asociados a la Salud Mental Positiva de pacientes en Diálisis.
3. Establecimiento de acuerdo, a través de un convenio con las instituciones Servicio de Terapia Renal de Santander (RTS) Seccional Hospital Universitario de Santander para el desarrollo del proyecto.
4. Selección y revisión de los instrumentos para estandarizar los procedimientos de aplicación y garantizar así el control de variables extrañas que puedan influir de manera negativa en la recopilación de datos y su posterior análisis.
5. Toma de Datos: Sobre un listado de 216 personas, se escogió aleatoriamente una muestra de 40 sujetos, 20 en diálisis peritoneal y 20 en hemodialisis. Se realizó la aplicación de las pruebas Escalas de Medición de Salud Mental Positiva, Escala de Depresión y de Ansiedad Hospitalaria (HADS) y el Cuestionario de Ansiedad - Estado E-A-E.
6. Elaboración del Informe.

## Resultados

A continuación se encuentran los resultados obtenidos de la investigación bajo un análisis estadístico descriptivo de frecuencias. Este análisis permite apreciar de manera descriptiva, los datos de la muestra y el comportamiento de las variables.

El análisis se divide en las siguientes categorías de información:

- Análisis de los factores que integran la Salud Mental Positiva diferenciados por tipo de diálisis (Peritoneal y Hemodiálisis).
- Niveles de Ansiedad, Depresión y Estrés, diferenciados por tipo de diálisis (Peritoneal y Hemodiálisis).

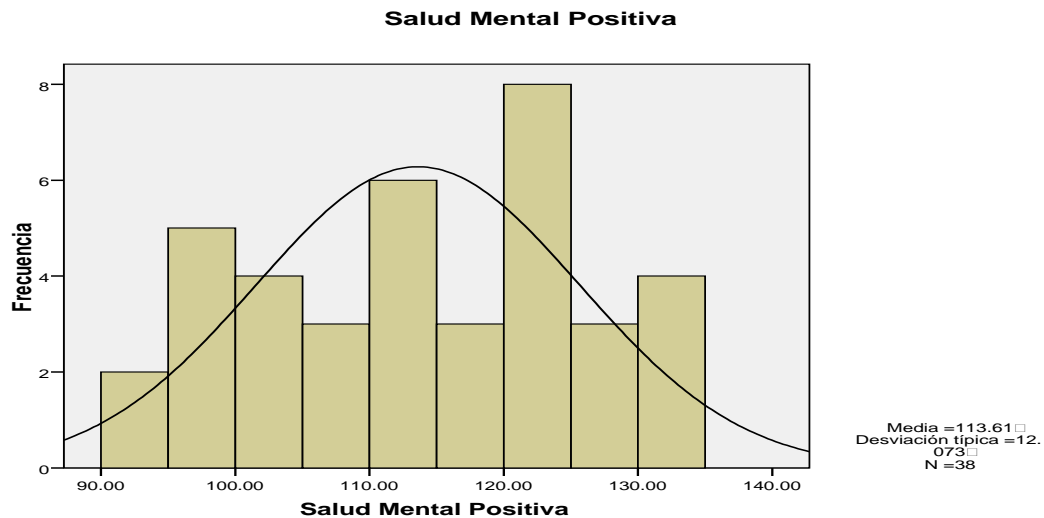
### Salud mental Positiva

#### Estadísticos

	Salud Mental Positiva	Satisfacción Personal	Actitud Prosocial	Autocontrol	Autonomía	Resolución de problemas y autoactualización	Habilidades de relaciones interpersonales
Media	113,6053	26,2105	14,9474	12,7105	15,7895	23,2105	20,7368
Desv. típ.	12,07306	4,07469	2,06577	2,64991	3,03277	4,66243	2,93795
Asimetría	-,046	-,745	,831	,542	-,653	1,141	-,415
Curtosis	-,855	1,687	1,275	,285	,533	,717	-,815

Tabla 9. Estadísticos, Salud Mental Positiva.

La distribución de puntuaciones en el cuestionario de salud mental positiva presenta una media de  $113.60 \pm 12.07$  (puntuación máxima de 156). Se presenta un ligero sesgo hacia las puntuaciones altas ( $ca = -.046$ ), en general se evidencia un estado de Salud Mental Positiva alto.



Grafica 1. Salud Mental Positiva

### Análisis cualitativo de los factores de Salud Mental Positiva

Análisis cualitativo de los factores de Salud Mental Positiva en pacientes en Diálisis peritoneal

#### Satisfacción Personal

El primer factor que compone la Salud Mental Positiva es la Satisfacción Personal, que involucra los aspectos referidos al autoconcepto, resaltando la importancia de la autopercepción, donde el sujeto debe haber aprendido a vivir consigo mismo, a aceptarse como es. Este factor está compuesto por ocho ítems que permiten apreciar la distribución de la muestra en cada uno de ellos.

Según Lluch, 1999 la Satisfacción Personal es una concepción particular del autoconcepto, la satisfacción con la vida personal y la satisfacción que tenga a futuro y puede ser vivenciada de diversas maneras por cada persona.

Los resultados obtenidos en lo que se refiere al factor de Satisfacción Personal se describen a continuación de acuerdo al tipo de diálisis, (Peritoneal y Hemodiálisis).



**SATISFACCIÓN PERSONAL PERITONEAL**

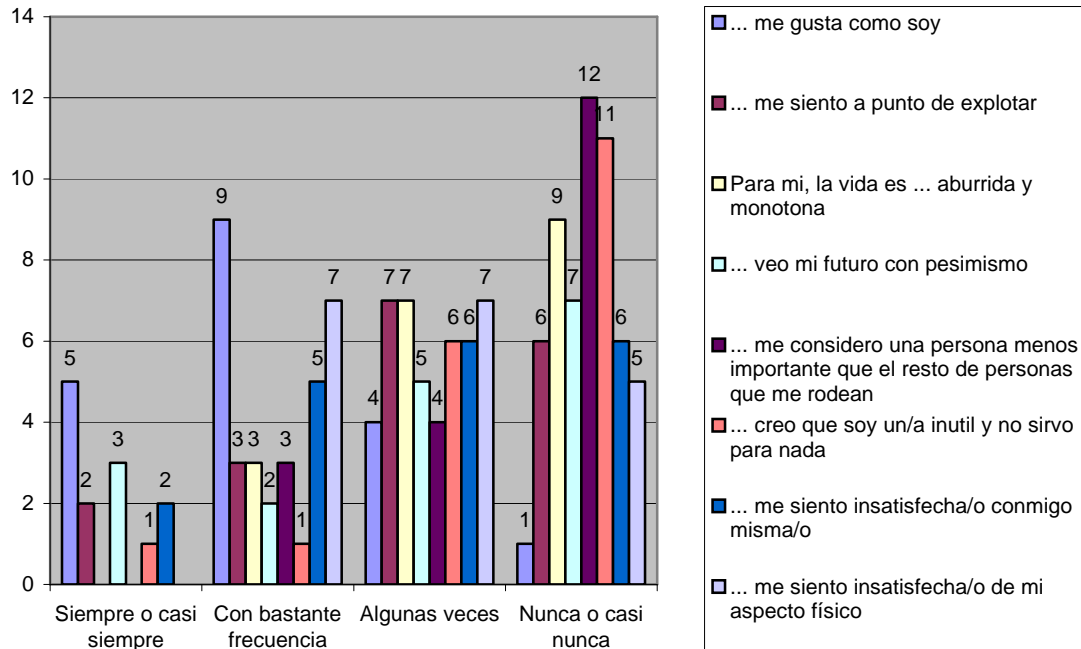


Figura 4. Satisfacción Personal en Pacientes en Diálisis Peritoneal

Los pacientes en Diálisis Peritoneal poseen un buen auto concepto de si mismos, están satisfechos en su estado actual y a pesar de su enfermedad son optimistas frente a las perspectivas hacia el futuro que conllevan a una adecuada autoestima, a pesar del tratamiento riguroso determinado por su enfermedad. Sin embargo los pacientes con bastante frecuencia se muestran insatisfechos con su aspecto físico.

## SATISFACCIÓN PERSONAL HEMODIALISIS

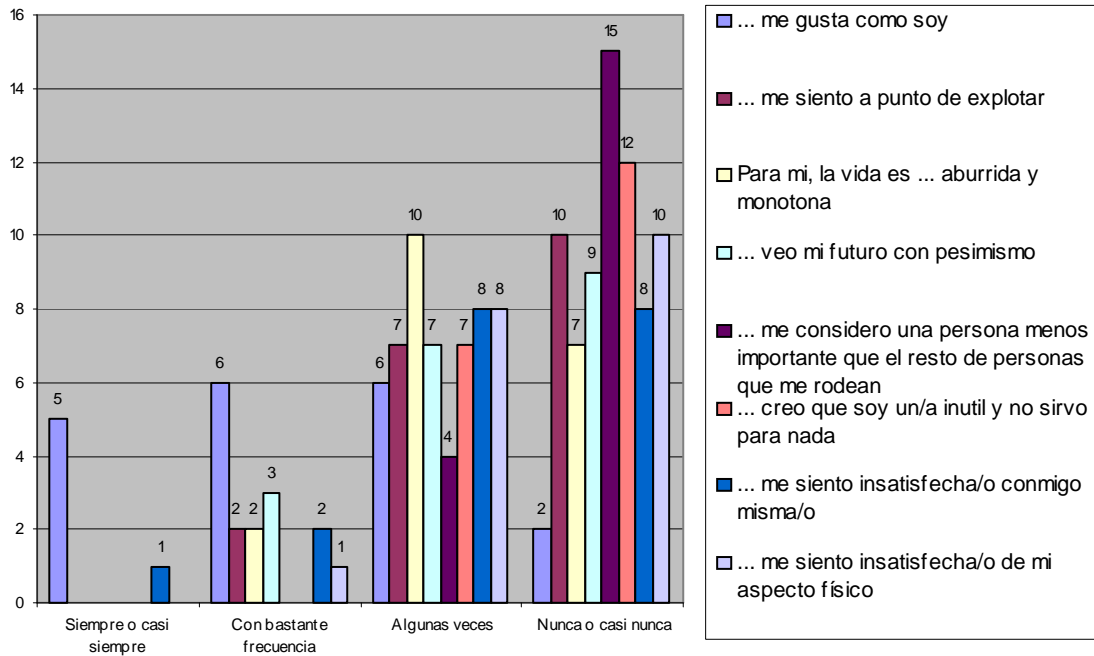


Figura 5. Satisfacción Personal en Pacientes en Hemodiálisis

Los pacientes en Hemodiálisis poseen un buen auto concepto de si mismos, están satisfechos en su estado actual y a pesar de su enfermedad son optimistas frente a las perspectivas hacia el futuro que conllevan a una adecuada autoestima, a pesar del tratamiento riguroso determinado por su enfermedad. Sin embargo un alto porcentaje de los paciente en hemodiálisis afirman en algún momento percibir la vida como aburrida y monótona.

## Actitud Prosocial

Para Jahoda (1958, citado por Lluch, 1999), la actitud Prosocial permite la participación activa en diferentes actividades como el trabajo, el tiempo libre y especialmente en las relaciones con los demás. Es característico de una orientación no egoísta de las relaciones hacia los demás en donde realmente se llega a interesar por ellos. La persona no solo está interesada en su vida, sino en la vida de los demás. La Actitud Prosocial, tiene como característica,

personas con una alta valoración de sí mismas al considerarse dignas de confianza, sensibles a las necesidades de los demás y dispuestos a prestar ayuda.

Los resultados obtenidos en lo que se refiere a Actitud Prosocial se describen a continuación de acuerdo al tipo de diálisis, (Peritoneal y Hemodiálisis).

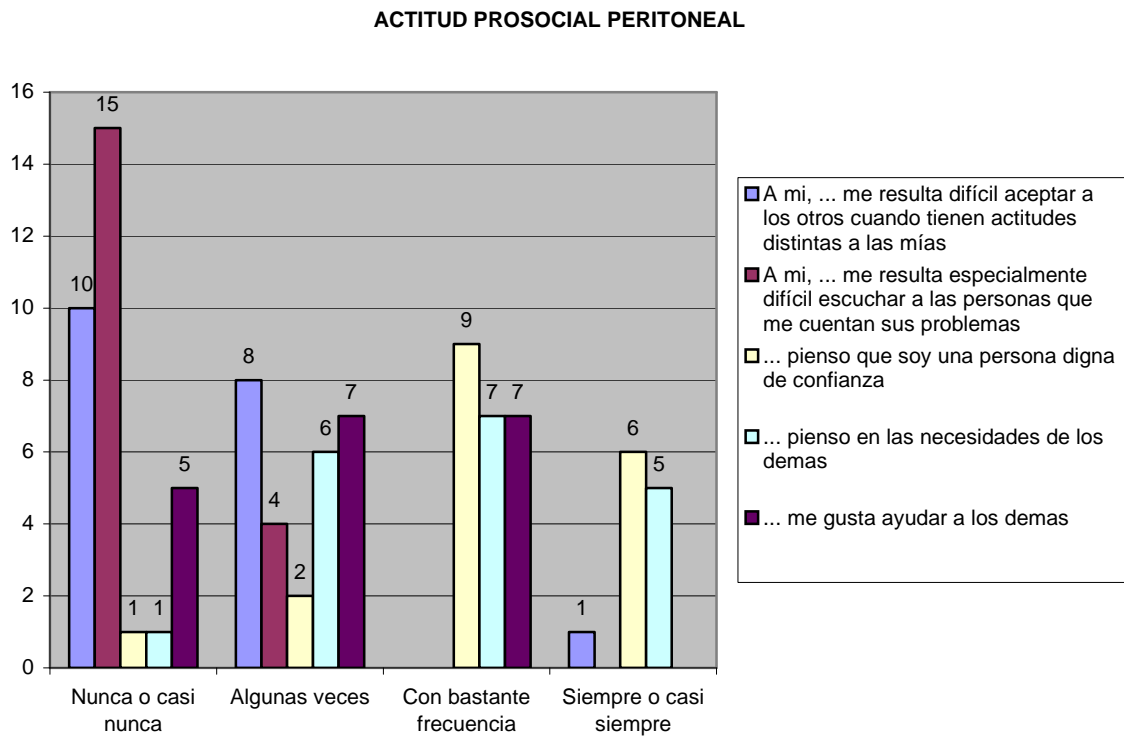


Figura 6. Actitud Prosocial en Pacientes en Diálisis Peritoneal

Como se aprecia en la gráfica con respecto a este factor la mayoría de los sujetos que se encuentran en Diálisis Peritoneal, logran tener adecuada Actitud Prosocial, les resulta fácil escuchar los problemas de las personas, se consideran personas dignas de confianza, les gusta ayudar a los demás y aceptan a los otros aunque tengan actitudes distintas a las suyas.

## ACTITUD PROSOCIAL HEMODIALISIS

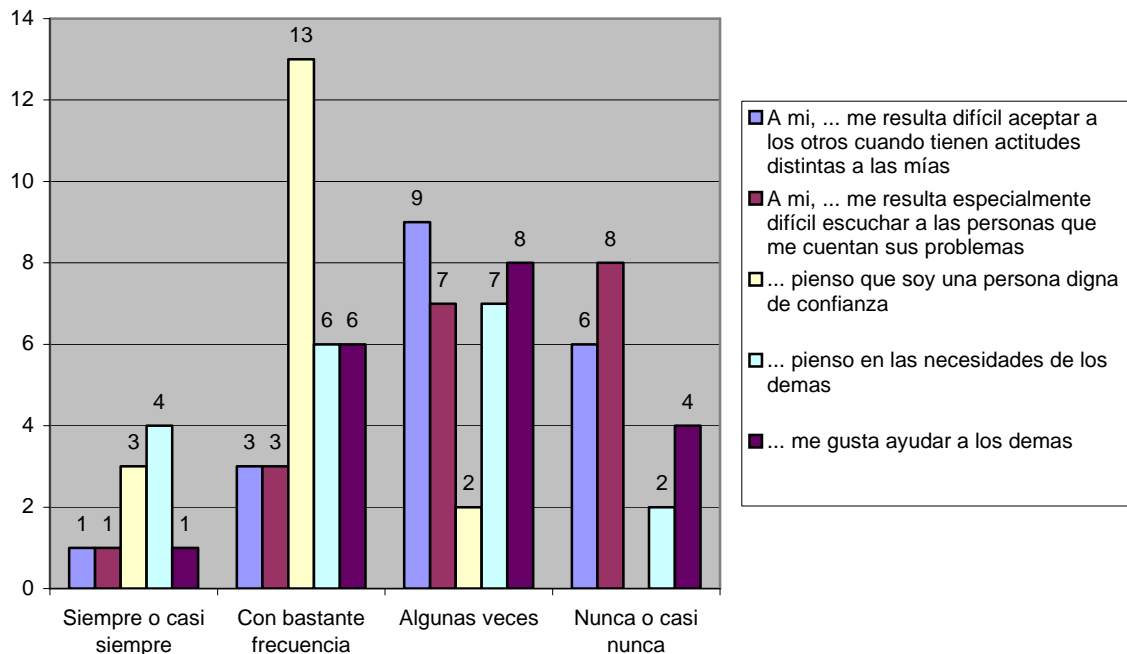


Figura 7. Actitud Prosocial en Pacientes en Hemodiálisis

Como se aprecia en la gráfica con respecto a este factor la mayoría de los sujetos que se encuentran en Hemodialisis, logran tener adecuada Actitud Prosocial, les resulta fácil escuchar los problemas de las personas, se consideran personas dignas de confianza, les gusta ayudar a los demás y aceptan a los otros aunque tengan actitudes distintas a las suyas.

## Autocontrol

El concepto de Autocontrol, es el tercer factor de Salud Mental Positiva. Originariamente, fue considerado como una dimensión de integración que implicaba equilibrio psíquico, filosofía personal de la vida y resistencia al estrés, a lo que posteriormente Lluch (1999) llamó "Autocontrol", que incluía equilibrio emocional, tolerancia a la ansiedad y el estrés y capacidad para afrontar adversidades en la vida. Para este factor y los cinco ítems que lo componen, el

planteamiento se centra en la interacción del organismo con el medio. Para Lluch, 1999, es mantener el equilibrio emocional, es un antídoto contra el estrés y un requisito básico para el funcionamiento adaptativo de la persona.

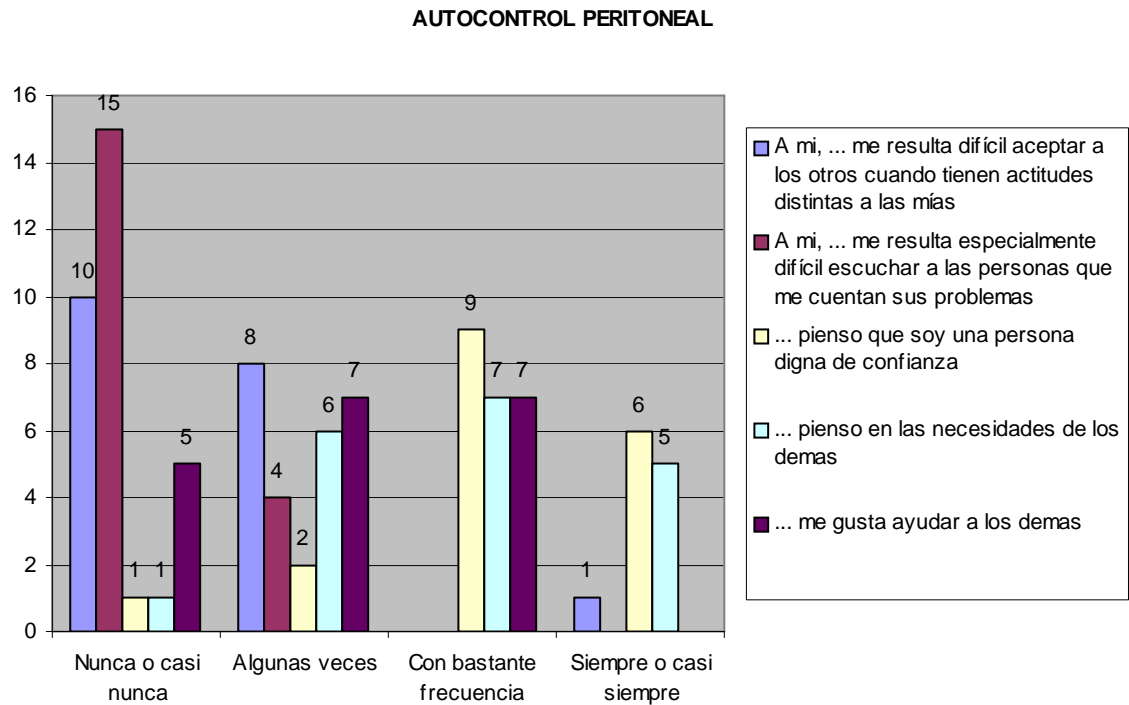


Figura 8. Autocontrol en Pacientes en Diálisis Peritoneal

Como se observa en la grafica en este factor la mayoría de los sujetos, son capaces de mantener un buen nivel de autocontrol en situaciones conflictivas de su vida, no se dejan bloquear fácilmente ante los problemas, son capaces de controlarse cuando tienen pensamientos negativos, son capaces de mantener su equilibrio personal aunque estén viviendo presiones desfavorables y piensan bien antes de hablar o actuar, sin sobresaltarse ni perder el control.

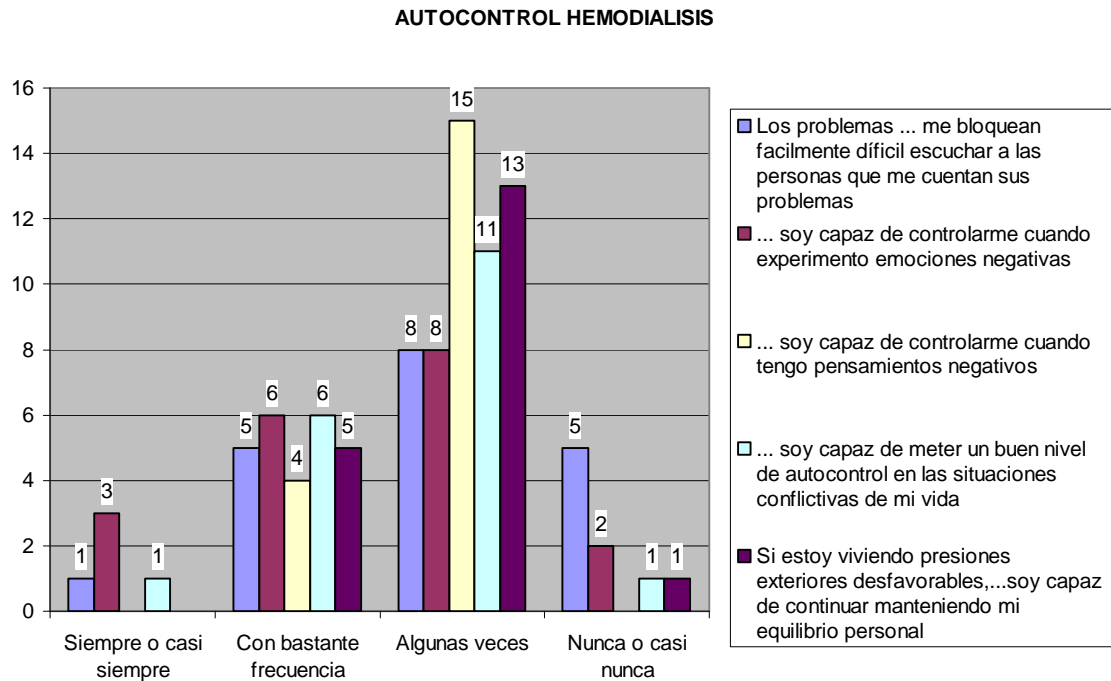


Figura 9. Autocontrol en Pacientes en Hemodiálisis

Como se observa en la grafica en este factor la mayoría de los sujetos, son capaces de mantener un buen nivel de autocontrol en situaciones conflictivas de su vida, no se dejan bloquear fácilmente ante los problemas, son capaces de controlarse cuando tienen pensamientos negativos, son capaces de mantener su equilibrio personal aunque estén viviendo presiones desfavorables y piensan bien antes de hablar o actuar, sin sobresaltarse ni perder el control

### Autonomía

Este cuarto factor esta compuesto de cinco ítems referidos al grado de dependencia e independencia frente a las influencias sociales. Para Jahoda (1958), es la relación de la persona con el mundo así como su estado de independencia y autodeterminación. Es un indicador del estado de la Salud Mental, el no depender del mundo y de los demás, por lo que significa entonces, una discriminación consciente de los factores ambientales que desea

aceptar o rechazar. Este factor se refiere a la relación de la persona con el mundo, con el ambiente, indicando a su vez independencia y autodeterminación. La persona psicológicamente sana tiene una cierta Autonomía y no depende fundamentalmente de los demás, significa una discriminación consciente por parte de la persona, de los factores ambientales que desea aceptar o rechazar (Jahoda, 1958, citado por Lluch, 1999).

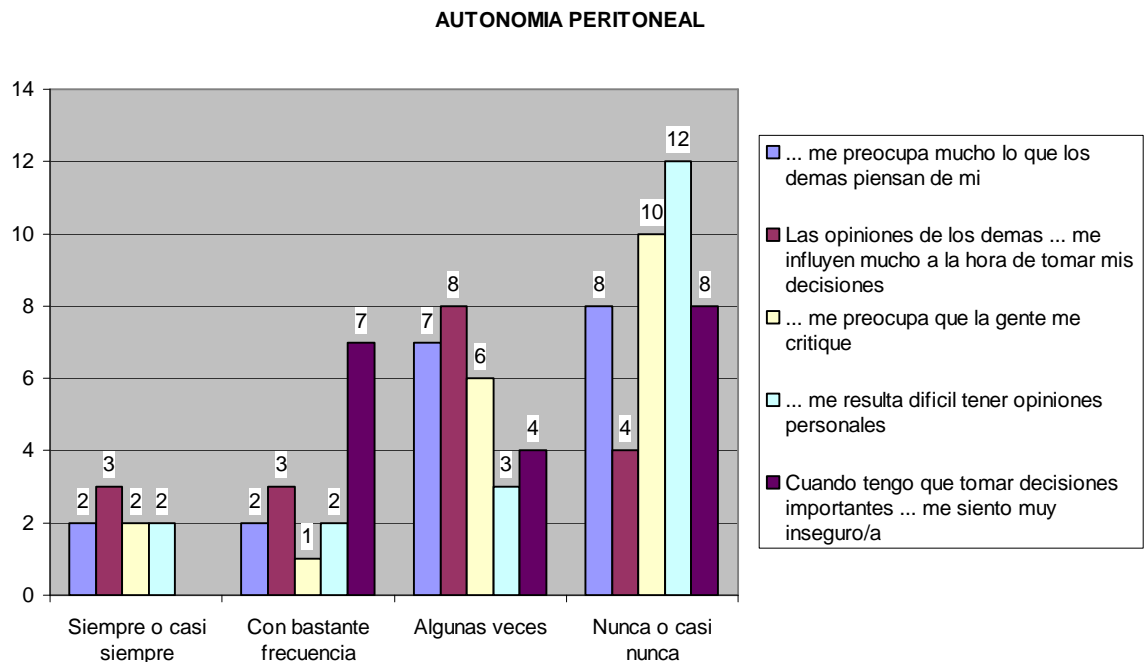


Figura 10. Autonomía en pacientes en Diálisis Peritoneal

Los datos evidencian que los pacientes que se someten a los procedimientos de Diálisis Peritoneal, presentan dificultad a la hora de tomar decisiones importantes, las opiniones de los demás influyen algunas veces en la toma de sus decisiones y les preocupa la opinión que tienen los demás acerca de ellos, sin embargo no es determinante a la hora de tomar decisiones personales.

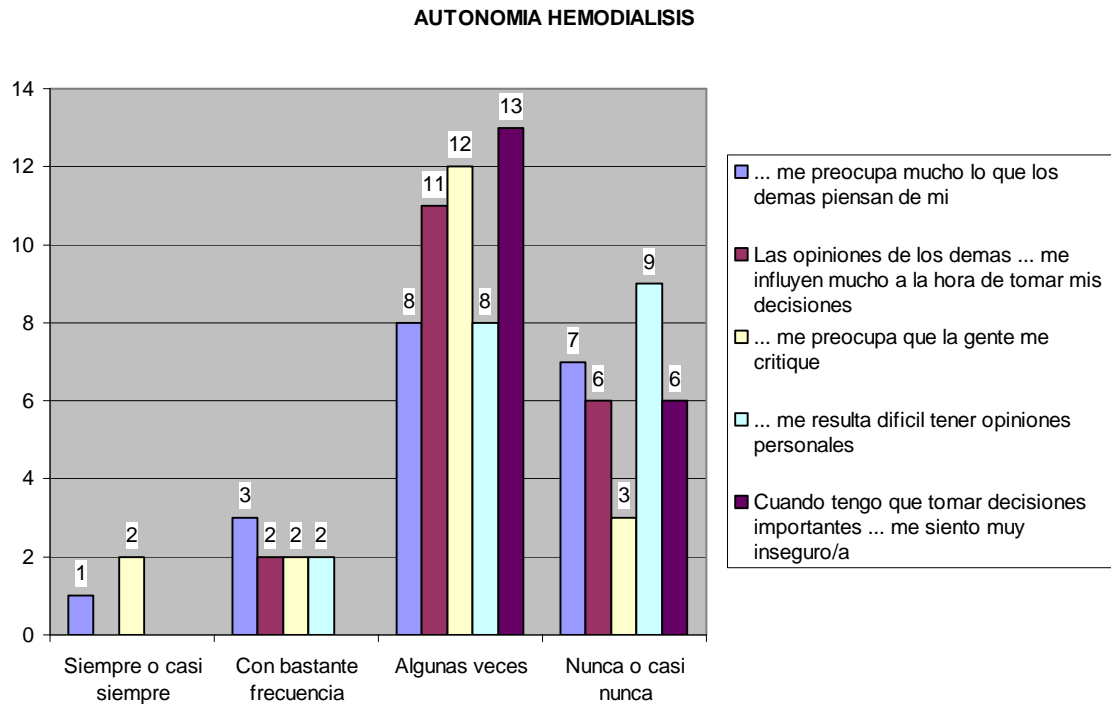


Figura 11. Autonomía en pacientes en Hemodiálisis

Los datos evidencian que los pacientes que se someten a los procedimientos de Hemodiálisis, presentan dificultad a la hora de tomar decisiones importantes, las opiniones de los demas influyen algunas veces en la toma de sus decisiones y les preocupa la opinión que tienen los demas acerca de ellos y presentan alguna dificultad a la hora de tomar decisiones personales.

#### Resolución de Problemas y Autoactualización

Para Lluch (1999), la resolución de problemas involucra el seguimiento adecuado de tres dimensiones: la primera, en cuanto a la tendencia de las personas de poder hacer la planificación y seguimiento adecuado a todas las etapas de la resolución de problemas. La segunda, el mantenimiento de un tono emocional adecuado y la actitud que la persona mantenga durante dicho proceso. Cuando no existe un tono y una motivación favorable dentro de la



Resolución de Problemas esta se realizará de forma incorrecta. Y la tercera y última, hace alusión a la forma directa o indirectamente en que se afronte un problema. Tanto para Jahoda (1958) y Lluch (1999), las personas sanas tienden a tener mayor éxito para la resolución de sus problemas.

De otra parte, la Autoactualización se encuentra estrechamente vinculada al significado de la vida como motivación de esta; es decir, no solamente el hecho de estar motivado por cubrir necesidades básicas - alimentación, vestido, vivienda-, sino por el tener una dirección de crecimiento y desarrollo a metas superiores, la persona psicológicamente sana se actualiza constantemente por que es un reto que le da sentido a su vida.

Cuando a las personas no se les facilita la resolución de problemas, implica que no hay una búsqueda activa frente a ellos, como ocurre cuando hay cambios en la rutina, solicitar información o tomar decisiones por ellos mismos. En cuanto a la Autoactualización no aprovechan las experiencias para mejorar como personas, tampoco en su capacidad para aprender de las capacidades adversas, ni el desarrollo de las aptitudes, están más centrados en la rutina diaria, Lluch (1999).

**RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y AUTOACTUALIZACIÓN PERITONEAL**

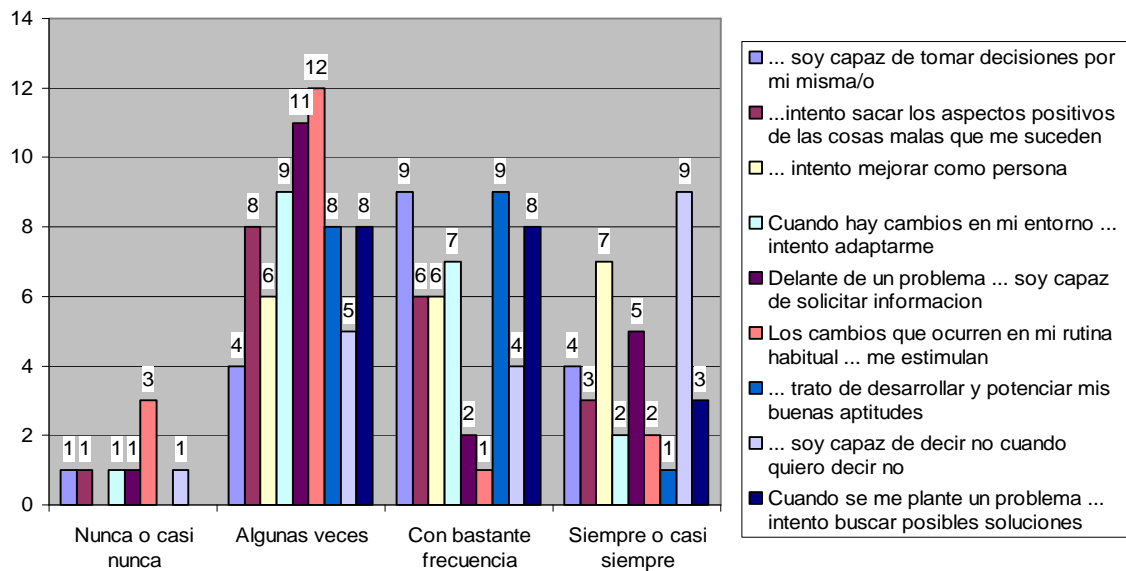


Figura 12. Resolución de Problemas y Autoactualización en Pacientes en Diálisis Peritoneal

La figura evidencia que en este factor los sujetos casi siempre son capaces de tomar decisiones por si mismos, algunas veces son capaces de sacar los aspectos positivos de las cosas malas que les suceden, así como frecuentemente intentan mejorar como personas, presentan buena capacidad de adaptación ante el entorno y solicitan información frente a los problemas. Los cambios que ocurren en la rutina diaria los estimulan, con frecuencia tratan de desarrollar sus potencialidades, casi siempre son capaces de decir no y con bastante frecuencia tratan de buscar soluciones a sus problemas.

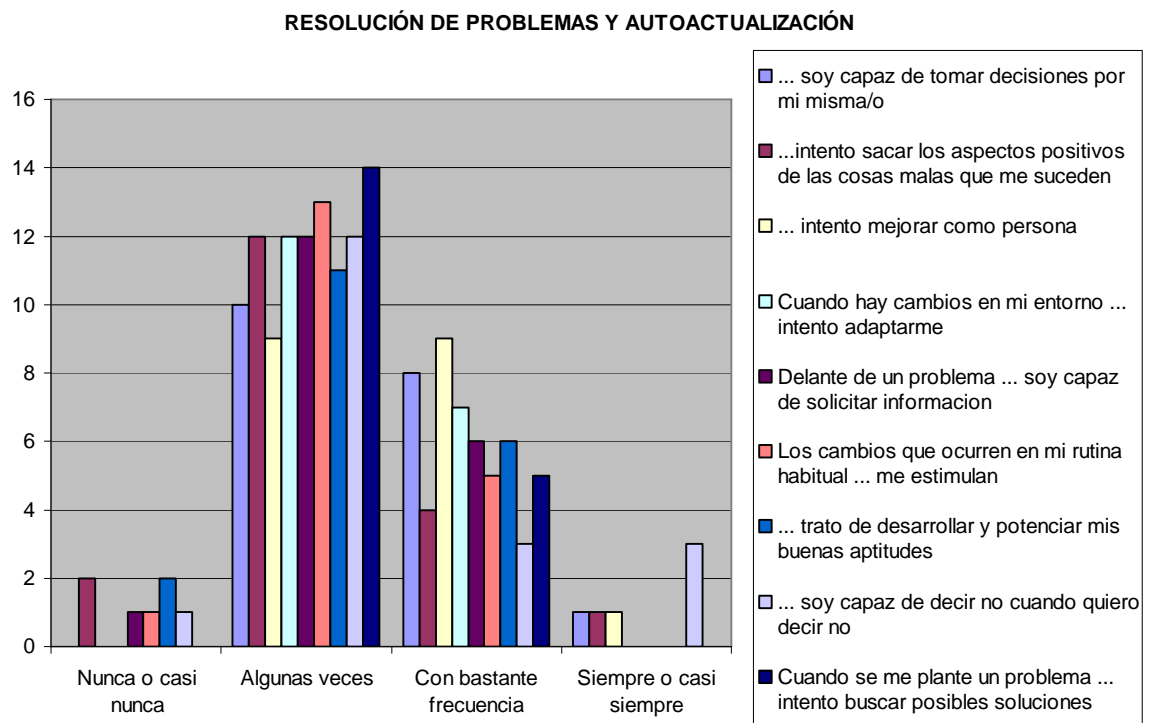


Figura 13. Resolución de Problemas y Autoactualización en pacientes en Hemodiálisis

La figura evidencia que en este factor los sujetos presentan cierta dificultad en la toma de decisiones por si mismos, algunas veces son capaces de sacar los aspectos positivos de las cosas malas que les suceden, así como frecuentemente intentan mejorar como personas, presentan buena capacidad de adaptación ante el entorno y solicitan información frente a los problemas. Algunas veces los cambios que ocurren en la rutina diaria los estimulan, con

frecuencia tratan de desarrollar sus potencialidades y no tienen dificultad para decir no cuando tienen que decirlo y con bastante frecuencia tratan de buscar soluciones a sus problemas.

### Habilidades de Relaciones Interpersonales

Para Jahoda (1958), esta dimensión hace referencia a la capacidad de establecer una interacción con los demás manteniendo relaciones interpersonales satisfactorias y afectivas. La competencia en las relaciones interpersonales se manifiesta en la manera en que los miembros de un grupo significativo, por ejemplo la familia, son capaces de interactuar para conseguir fines comunes y a la vez, mantener su desarrollo y auto expresión individual.

Jahoda (1999). Considera que una persona tiene salud mental positiva si es capaz de: Tener relaciones afectivas positivas, promover el bienestar de los demás, sin obtener necesariamente un beneficio personal y trabajar e interactuar con los demás para el beneficio mutuo.

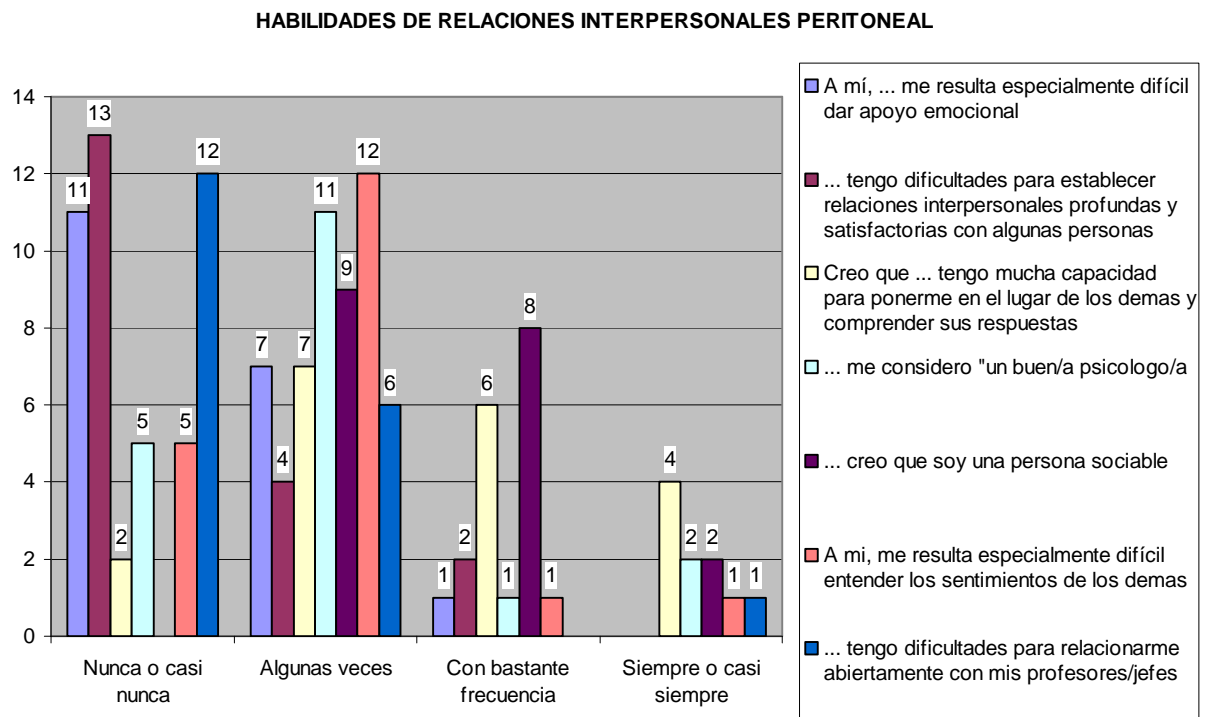


Figura 14. Habilidades de Relaciones Interpersonales en Pacientes en Diálisis Peritoneal.

Los datos evidencian que los pacientes que se someten al procedimiento de Diálisis Peritoneal, se les facilita dar apoyo emocional, no tienen dificultad para entablar relaciones interpersonales y ponerse en el lugar de los demás, se consideran buenos Psicólogos aunque en ocasiones les resulta difícil entender los sentimientos de los demás, son sociables con facilidad y no tienen dificultad para relacionarse con los jefes o profesores.

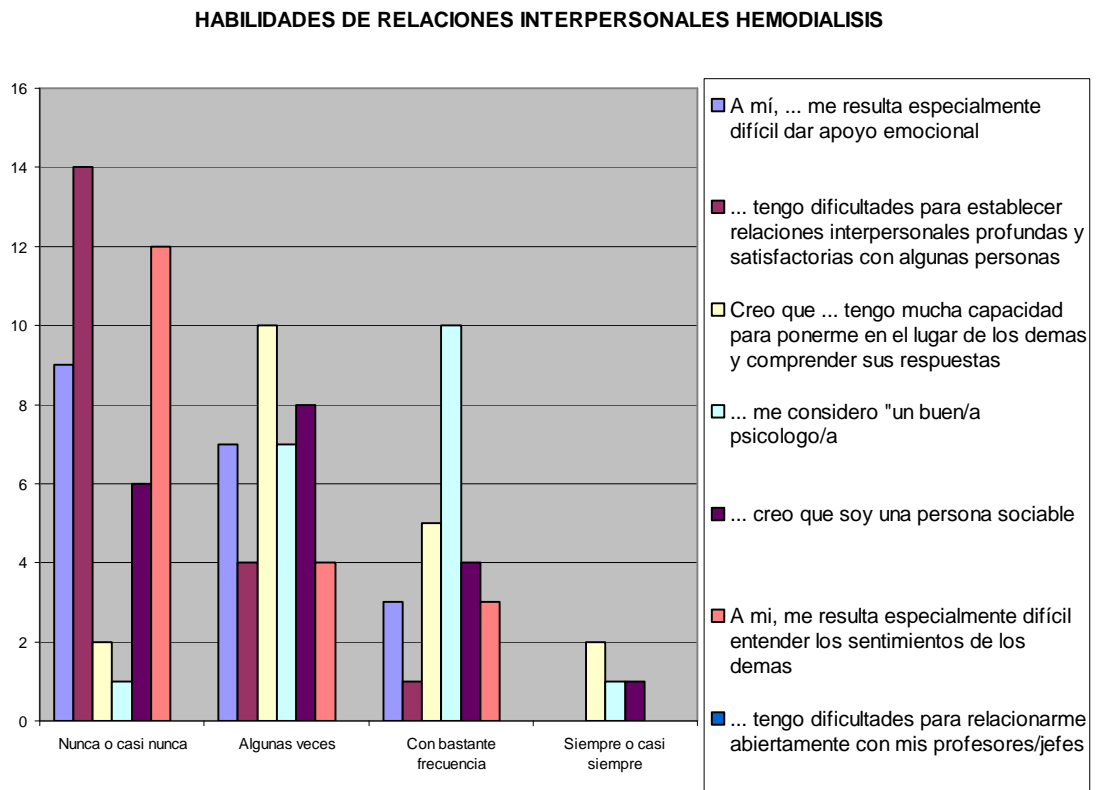


Figura 15. Habilidades de Relaciones Interpersonales en Pacientes en Hemodiálisis

Los datos evidencian que los pacientes que se someten al procedimiento de Hemodiálisis, se les facilita dar apoyo emocional, no tienen dificultad para entablar relaciones interpersonales y ponerse en el lugar de los demás, se consideran buenos Psicólogos y les resulta fácil entender los sentimientos de los demás, son sociables con facilidad y no tienen dificultad para relacionarse con los jefes o profesores.

## Ansiedad

La ansiedad es definida por Lazarus (1976), citado por Villaroel (2001), como “la relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”. En el caso particular, el procedimiento de diálisis sea este de tipo Peritoneal o de tipo Hemodiálisis, es un procedimiento que es percibido ambientalmente por el individuo como invasivo y radical, hecho que puede ser evaluado como amenazante para su integridad y bienestar físico, de modo que la ansiedad se encuentra mediada por factores como la evaluación cognitiva y el afrontamiento. Por medio de la evaluación cognitiva, el usuario realiza un proceso evaluativo que determina porqué y hasta que punto el procedimiento de Diálisis puede llegar a ser considerado amenazante.

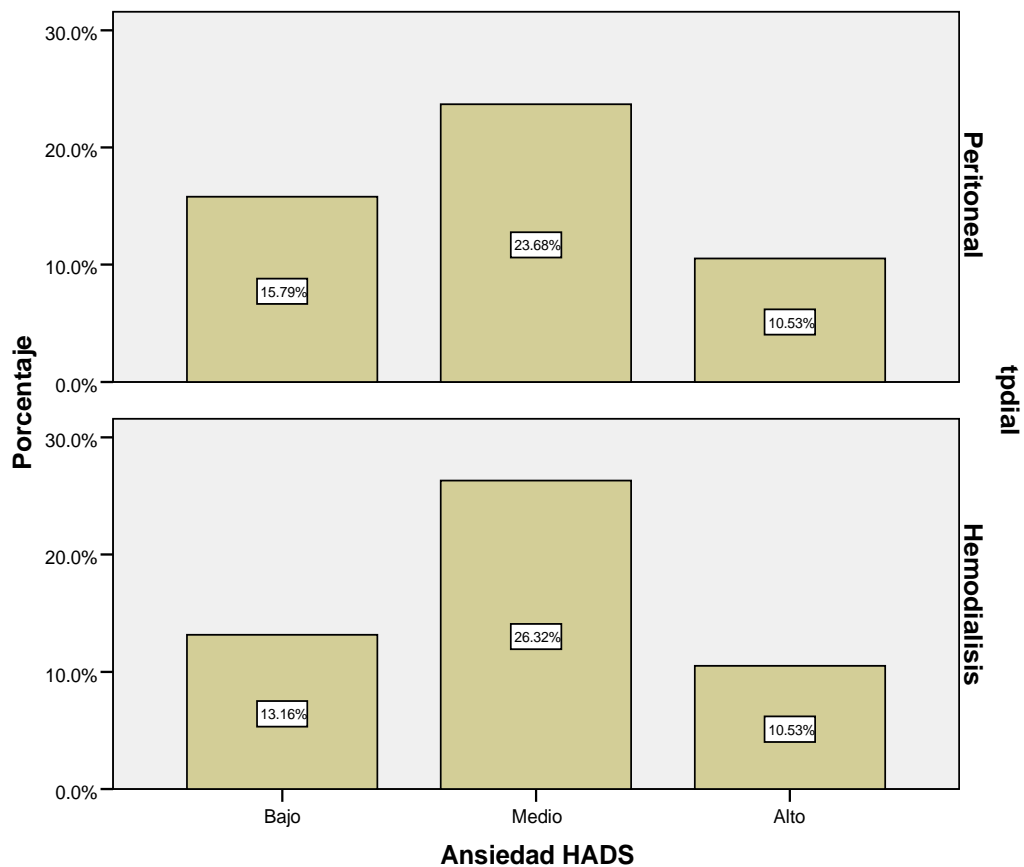


Figura 16. Niveles de Ansiedad en Pacientes en Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis

Los datos evidencian que los pacientes que se someten a los procedimientos de Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis, presentan niveles de Ansiedad desfavorables, los pacientes que se someten a Hemodiálisis presentan un grado medio de Ansiedad del 26.32% y los pacientes en Diálisis Peritoneal presentan un grado medio de Ansiedad del 23.68%, que nos indica valores de ansiedad mas altos para el grupo de pacientes en Hemodiálisis.

### Depresión

Retomando la definición de Antonini (2006), la Depresión es un trastorno afectivo que varía desde bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico de gravedad y duración con signos y síntomas asociados. Para García (2004), se pueden presentar cansancio, tristeza constante, dolores así como presencia de pensamientos negativos acerca del Yo. Las personas bajo este estado tienden a sobreestimar la importancia de los acontecimientos negativos y subestimar la magnitud de los acontecimientos deseables.

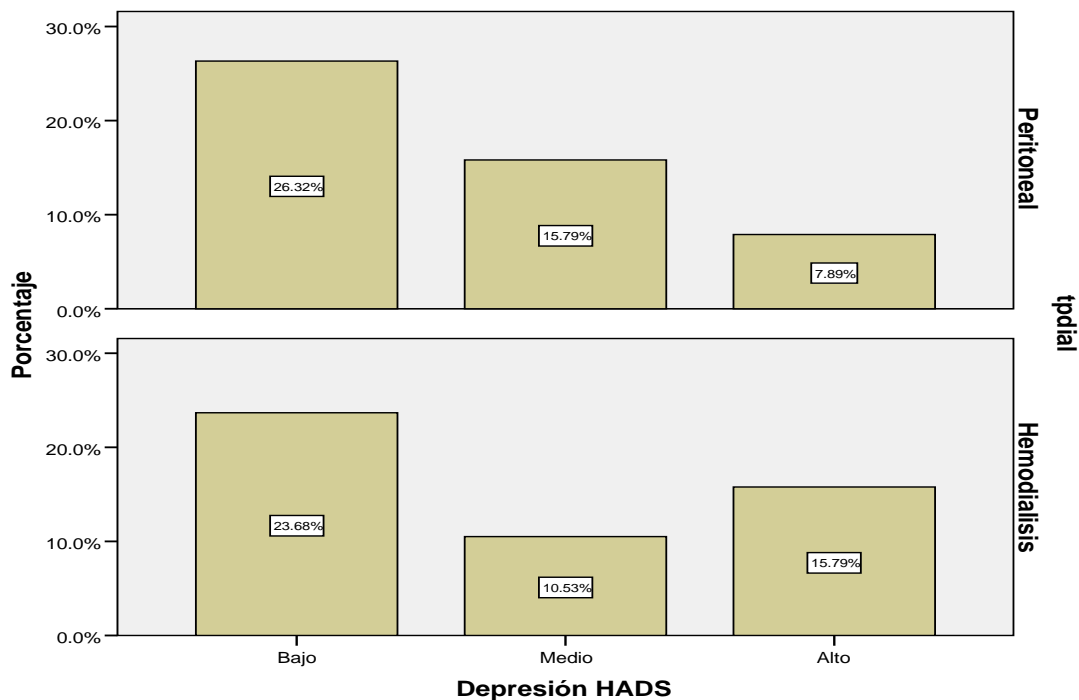


Figura 17. Niveles de Depresión en Pacientes en Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis

Los datos evidencian bajos niveles de Depresión tanto en el grupo de pacientes que se someten a Diálisis Peritoneal como en el grupo de pacientes que se someten a Hemodiálisis, sin embargo se presentan mayores niveles de Depresión en los pacientes que se someten a Diálisis Peritoneal con un 26.3%, a diferencia de los pacientes que se someten a Hemodiálisis con un 23.7%

#### Diferencias en las variables por tipo de procedimiento de diálisis

Al realizarse los análisis estadísticos de anova para cada variable por tipo de procedimiento de diálisis (Peritoneal y Hemodiálisis), no se encontraron valores significativos, por lo que no existen diferencias significativas entre las medias de las variables.

#### Salud Mental positiva y factores de Salud Mental Positiva

	F	Sig.
Salud Mental Positiva	2,130	,153
Satisfacción Personal	,911	,346
Actitud Prosocial	3,159	,084
Autocontrol	1,366	,250
Autonomía	,011	,917
Resolución de problemas y autoactualización	2.784	,065
Habilidades de relaciones interpersonales	,299	,588

Tabla 10. Salud Mental positiva y factores de Salud Mental Positiva

#### Ansiedad y Depresión

	F	Sig.
Ansiedad HADS	,247	,622
Depresión HADS	1,485	,232
Depresión HADS	1,485	,232

Tabla 11. Ansiedad y Depresión

## Variables relacionadas con el estrés

	F	Sig.
Frecuencia de Estres	,874	,356
Frecuencia todavia afecta	,296	,590
Frecuencia no afecta o apenas	,563	,458
Intensidad de Estres	,913	,346
Media de Intensidad de Estrés	,913	,346

Tabla 12. Variables relacionadas con el Estrés

## Correlaciones entre las variables Depresión y Ansiedad y Salud Mental Positiva

## Correlaciones

		Salud Mental Positiva
Ansiedad HADS	Correlación de Pearson	-.445(**)
	Sig. (bilateral)	.007
	N	35
Depresión HADS	Correlación de Pearson	-.579(**)
	Sig. (bilateral)	.000
	N	33

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 13. Correlaciones entre las variables Depresión y Ansiedad y Salud Mental Positiva

Como se esperaba, existe una correlación negativa significativa entre Salud Mental Positiva Ansiedad ( $r = -0.445$ ) y con Depresión ( $r = -0.579$ ), según esto, a mayores niveles de Salud Mental Positiva menores niveles de Ansiedad y Depresión.



## Correlaciones entre Salud Mental Positiva y las variables relacionadas con Estrés

Correlaciones		Salud Mental Positiva
Salud Mental Positiva	Correlación de Pearson	1
	N	38
Frecuencia de Estres	Correlación de Pearson	-.110
	Sig. (bilateral)	.510
	N	38
Frecuencia todavia afecta	Correlación de Pearson	.122
	Sig. (bilateral)	.464
	N	38
Frecuencia no afecta o apenas	Correlación de Pearson	-.190
	Sig. (bilateral)	.252
	N	38
Intensidad de Estres	Correlación de Pearson	-.203
	Sig. (bilateral)	.222
	N	38
Media de Intensidad de Estrés	Correlación de Pearson	-.203
	Sig. (bilateral)	.222
	N	38

Tabla 14. Correlaciones entre Salud Mental Positiva y Variables relacionadas con el Estrés

No existe correlación significativa entre Salud Mental Positiva y alguna de las variables relacionadas con el Estrés.

## DISCUSIÓN

La Salud Mental según la OMS puede definirse como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS 2004).

Como definición es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de un individuo; es decir; sin Salud Mental, no hay salud; puesto que es esta la encargada de modular las conductas de los individuos y si estas conductas no son adaptativas o no se encuentran encaminadas a hábitos saludables o que vayan en beneficio tanto propio como comunitario, no puede existir una salud completa.

La Salud Mental Positiva, es un término que no ha sido ampliamente estudiado durante la última década; a excepción de los trabajos llevados por Lluch (1999, 2002) y el planteamiento conceptual abordado desde Jahoda en 1958.

El modelo propuesto por Jahoda en 1958, es al parecer el único modelo existente de Salud Mental Positiva, y el único en dar directrices y componentes de lo que abarca la Salud Mental Positiva. Teresa Lluch en el año 2002, concluye que tal vez estos subfactores no sean tan ciertos e inclusive muchos de ellos no se relacionan de manera concluyente con el factor principal representado dentro de su categoría, por lo que Lluch en (1999) realiza un pilotaje exploratorio con la finalidad de someter a validación, el modelo teórico de la Salud Mental positiva propuesto por Jahoda. El tercer estudio, fue el estudio definitivo para la validación de la información presentada en los resultados y las recomendaciones presentadas en el segundo estudio, donde tres de los 42 ítems fueron eliminados por problemas de consistencia interna. El análisis estadístico realizado a este tercer cuestionario es satisfactorio para cada uno de los seis factores generales propuestos por Lluch, dando lugar a 6 factores resultantes: Factor 1, Satisfacción Personal, Factor 2, Actitud Prosocial, Factor 3, Autocontrol, Factor 4, Autonomía, Factor 5, Resolución de Problemas y Autoactualización y Factor 6, Habilidades de Relación Interpersonal.

Teniendo en cuenta los anteriores factores, la Salud Mental Positiva de los sujetos que asisten a Diálisis en el Servicio de Terapia Renal de Santander (Hospital Universitario de Santander) tiende en general a respuestas favorables, mediante el análisis por factores se observan fortalezas con respecto a Satisfacción Personal, Autonomía y Autocontrol. El primer factor que compone

la Salud Mental Positiva es la Satisfacción Personal, Para Lluich (1999), la satisfacción personal implica el autoconcepto, la satisfacción con la vida personal y la satisfacción con las perspectivas de futuro. Se observa que este criterio se basa en una concepción personal y por lo tanto puede ser vivenciada de diversas maneras por cada persona. En general se evidencia que a pesar del tratamiento riguroso determinado por su enfermedad, los sujetos que se someten a Diálisis en el Servicio de Terapia Renal de Santander Limitada (Hospital Universitario de Santander), poseen un buen autoconcepto de si mismos, están satisfechos en su estado actual y con las perspectivas hacia el futuro que conlleva a una adecuada autoestima, aunque en ocasiones se puede presentar poca concordancia entre la condición actual de la enfermedad y lo que haría si no estuviera enfermo. Son capaces de mantener un buen nivel de autocontrol en situaciones conflictivas de su vida, no se dejan bloquear fácilmente ante los problemas, son capaces de controlarse cuando tienen pensamientos negativos y son capaces de mantener su equilibrio personal aunque estén viviendo presiones desfavorables. Piensan bien antes de hablar o actuar, sin sobresaltarse ni perder el control. Es un indicador del estado de la Salud Mental, el no depender del mundo y de los demás, por lo que significa entonces, una discriminación consciente de los factores ambientales que desea aceptar o rechazar.

Los pacientes que se someten a los procedimientos de Diálisis Peritoneal poseen un buen autoconcepto de si mismos, están satisfechos en su estado actual y a pesar de su enfermedad son optimistas frente a las perspectivas hacia el futuro que conllevan a una adecuada autoestima, a pesar del tratamiento riguroso determinado por su enfermedad. Sin embargo los pacientes con bastante frecuencia se muestran insatisfechos con su aspecto físico. Según el Sistema de Salud de la Universidad de Virginia (2006), la Diálisis Peritoneal se realiza mediante la colocación quirúrgica de una cánula especial, hueca y blanda, en la parte baja del abdomen de la persona, cerca del ombligo. Después de colocar la cánula, se vierte una solución especial llamada Dializador en la cavidad peritoneal -espacio del abdomen que aloja los órganos

y está recubierta por dos capas membranosas especiales llamadas peritoneo-. El dializado se deja en el abdomen por un período de tiempo establecido determinado por el médico. La forma como se realiza el procedimiento de Diálisis Peritoneal facilita que las personas que se someten a este tipo de procedimientos se enfrenten a alteraciones estresantes de su propia imagen y de las funciones corporales. A su vez los pacientes en Hemodiálisis poseen un buen auto concepto de si mismos y están satisfechos en su estado actual, sin embargo un alto porcentaje de los paciente en hemodiálisis afirman en algún momento percibir la vida como aburrida y monótona, Las personas que se someten a Hemodiálisis están bajo la dependencia del equipo de terapia. Necesitan que su transporte a los centros de tratamiento sea organizado de modo regular, porque deben tener un acceso ininterrumpido a esta terapia. Las sesiones de diálisis son planificadas a menudo según la conveniencia de otros, lo que influye en los horarios laborales o escolares y en las actividades de ocio. A menudo, tienen que modificarse las responsabilidades y los roles establecidos para adaptarlos a la rutina de la diálisis, generando en este tipo de pacientes sentimientos de monotonía y aburrimiento.

A su vez la Autonomía es un factor sobresaliente, donde las opiniones de los demás no influyen mucho a la hora de tomar las decisiones, les resulta fácil tener opiniones personales, no les preocupa que la gente los critique ni lo que los demás piensen de ellos y se sienten seguros cuando tienen que tomar decisiones importantes. Este factor se refiere a la relación de la persona con el mundo, con el ambiente, indicando a su vez independencia y autodeterminación. La persona psicológicamente sana tiene una cierta Autonomía y no depende fundamentalmente de los demás, significa una discriminación consciente por parte de la persona, de los factores ambientales que desea aceptar o rechazar (Jahoda, 1958, citado por Lluch, 1999).

Los datos evidencian que los pacientes que se someten a los procedimientos de Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis, presentan dificultad a la hora de tomar decisiones importantes, las opiniones de los demas influyen algunas veces en la toma de sus decisiones y les preocupa la opinión que

tienen los demás acerca de ellos, sin embargo no es determinante a la hora de tomar decisiones personales. Los pacientes que se someten a diálisis presentan una pérdida de su independencia, esto puede llegar a ser especialmente frustrante, ya que estas personas necesitan ayuda por parte de la comunidad para hacer frente a los costos elevados del tratamiento, de los fármacos, de las dietas especiales y del transporte. Las personas de edad sometidas a diálisis pueden volverse más dependientes de sus hijos o pueden ser incapaces de vivir solas. Creando estrés y sentimientos de culpa e incapacidad.

En los reactivos incluidos dentro de Resolución de Problemas y Auto actualización los pacientes en Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis se muestran capaces de tomar decisiones por sí mismos, logran sacar los aspectos positivos de las cosas malas que les suceden, así como frecuentemente intentan mejorar como personas, presentan buena capacidad de adaptación ante el entorno y solicitan información frente a los problemas. Los cambios que ocurren en la rutina diaria los estimulan y con frecuencia tratan de desarrollar sus potencialidades, casi siempre son capaces de decir no y con bastante frecuencia tratan de buscar soluciones a sus problemas, sin embargo los pacientes que se someten al procedimiento de Hemodiálisis, tienen más dificultades para tomar decisiones por sí mismos y para adaptarse a los cambios del entorno, que los pacientes que se someten a Diálisis Peritoneal, esto evidencia falencias en ellos para pensar a futuro y para buscar mejorar como personas, además tienen dificultades para encontrar aspectos positivos en lo que les sucede lo que es congruente con una enfermedad de este tipo.

En el factor de Habilidades en relaciones interpersonales, que básicamente muestra la capacidad para mantener situaciones afectivas, los datos evidencian que los pacientes que se someten a procedimientos de Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis, se les facilita dar apoyo emocional, no tienen dificultad para entablar relaciones interpersonales y ponerse en el lugar de los demás, se consideran buenos Psicólogos, son sociables con facilidad y no tienen dificultad para relacionarse con los jefes o profesores, Sin embargo los

pacientes que se someten a Diálisis Peritoneal en ocasiones les resulta difícil entender los sentimientos de los demás a diferencia de las personas que se someten a Hemodiálisis.

No se encontraron diferencias significativas en La Actitud Prosocial de la mayoría de los sujetos que se encuentran en Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis, ya que en los dos procedimientos los pacientes les resulta fácil escuchar los problemas de las personas, se consideran personas dignas de confianza, les gusta ayudar a los demás y aceptan a los otros aunque tengan actitudes distintas a las suyas. Así mismo no se encontraron diferencias significativas en el factor de Autocontrol, ya que la mayoría de los sujetos que se encuentran en Diálisis peritoneal y Hemodiálisis, son capaces de mantener un buen nivel de autocontrol en situaciones conflictivas de su vida, no se dejan bloquear fácilmente ante los problemas, son capaces de controlarse cuando tienen pensamientos negativos, son capaces de mantener su equilibrio personal aunque estén viviendo presiones desfavorables y piensan bien antes de hablar o actuar, sin sobresaltarse ni perder el control. Para Lluch, 1999, mantener el equilibrio emocional, es un antídoto contra el estrés y un requisito básico para el funcionamiento adaptativo de la persona.

Con respecto a las medidas de Ansiedad, los datos evidencian que los pacientes que se someten a los procedimientos de Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis, presentan niveles de Ansiedad desfavorables, los pacientes que se someten a Hemodiálisis presentan un grado medio de Ansiedad del 26.32% y los pacientes en Diálisis Peritoneal presentan un grado medio de Ansiedad del 23.68%, que nos indica valores de ansiedad más altos para el grupo de pacientes en Hemodiálisis, en el caso particular, el procedimiento de diálisis sea este de tipo Peritoneal o de tipo Hemodiálisis, es un procedimiento que es percibido ambientalmente por el individuo como invasivo y radical, hecho que puede ser evaluado como amenazante para su integridad y bienestar físico, de modo que la ansiedad se encuentra mediada por factores como la evaluación cognitiva y el afrontamiento. Por medio de la evaluación cognitiva, el usuario realiza un proceso evaluativo que determina por qué y hasta qué punto el

procedimiento de Diálisis puede llegar a ser considerado amenazante, a su vez los datos evidencian bajos niveles de Depresión tanto en el grupo de pacientes que se someten a Diálisis Peritoneal como en el grupo de pacientes que se someten a Hemodiálisis, sin embargo se presentan mayores niveles de Depresión en los pacientes que se someten a Diálisis Peritoneal con un 26.3%, a diferencia de los pacientes que se someten a Hemodiálisis con un 23.7%, es posible que la diferencia en los niveles de Depresión en pacientes en Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis este relacionada con el enfrentamiento a alteraciones estresantes de su propia imagen y de las funciones corporales.

Como se esperaba, existe una correlación negativa significativa entre Salud Mental Positiva Ansiedad ( $r = -0.445$ ) y Depresión ( $r = -0.579$ ), según esto, a mayores niveles de Salud Mental Positiva menores niveles de Ansiedad y Depresión, por el contrario no existe correlación significativa entre Salud Mental Positiva y alguna de las variables relacionadas con el Estrés.

Respectivamente, los resultados de Ansiedad son muy similares a los encontrados en el año 2004 por J Belkys J. Atencio, Eligio Nucette Ríos, et al de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia. Maracaibo (Venezuela), en su trabajo "Evaluación de la Depresión y Ansiedad en pacientes con Insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis", estudio prospectivo, aleatorio y longitudinal, con una muestra de 62 pacientes, 79.48% de la población total, de ambos sexos, entre 17 y 66 años, con IRC, en tratamiento con hemodiálisis. A los pacientes se les realizó Historia Clínica con Examen Mental y Escalas de Hamilton para depresión y ansiedad. Aquí se encontró un 79.03% de pacientes con Ansiedad esto podría tomarse como un indicador de que la Ansiedad esta más ligada a esta condición de salud que la depresión, la cual solo mostró una incidencia del 27.42% en dicha muestra.

Con respecto a los niveles de depresión, esta no fue medida en ese trabajo.

En el año 2006, Eduardo Bermudez Alvarado, Luis Cardeño Bedoya y Schneider Guerra Barrera de la facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (Colombia), presentaron el trabajo “Niveles de Depresión, Ansiedad, Estrés y Salud Mental Positiva de Pacientes Hipertensos en Diálisis del Servicio de Terapia Renal de Santander”. La investigación se basó en lineamientos de una investigación transeccional cuantitativa de tipo descriptivo. El estudio evidencia, que ni la cantidad de eventos estresantes, ni la afectación en el tiempo de estos eventos llegan a ser determinantes para generar niveles de Estrés, lo que concuerda con los hallazgos de la presente investigación, donde las puntuaciones medias de las variables relacionadas con el estrés no son alarmantes comparadas con las puntuaciones máximas posibles, esto concuerda con la leve dificultad expresada por los pacientes para adaptarse a los cambios en el entorno y con sus dificultades en general para Solución de Problemas y Autoactualización.

Sin embargo para Bermúdez, Cardeño y Guerra (2006), el estrato económico y el tipo de Diálisis son factores determinantes en los niveles altos de estrés, ya que la situación socio económica y la falta de recursos y educación generan situaciones estresantes dentro de la línea de vida. Dentro de la población a su vez, se evidencia que tanto el género, como el procedimiento de Diálisis no son factores determinantes para generar niveles significativos de depresión y ansiedad. Sin embargo esto contradice a los altos niveles de Ansiedad encontrados en el estudio actual y no menos significativos los niveles de Depresión, que pueden estar determinados dentro del procedimiento de Diálisis en donde la responsabilidad, el bienestar e integridad del usuario pueden llegar a verse comprometidos por infecciones y otras complicaciones de tipo médico. Coincidiendo así con el estudio de Jadoul (2005) donde se concluyó que la ansiedad y la depresión son comunes en los pacientes que asisten a Diálisis y que ambos trastornos contribuyen a las sensaciones somáticas subjetivas de los mismos, de igual forma, Belkys (2004) confirma los resultados del anterior autor ya que en su estudio llegó a la conclusión de que la insuficiencia renal crónica es una enfermedad progresiva e



irreversible que cursa con ansiedad y depresión y que influye en la vida familiar y ocupacional de los pacientes causando dificultades que aumentan los síntomas psicológicos.

Con respecto a diferencias entre las puntuaciones de las variables según el tipo de diálisis al que se ven sometidos los pacientes, no se encontraron diferencias significativas que justificaran un análisis más detallado, sin embargo, para Bermúdez, Cardeño y Guerra (2006), es posible que el usuario realice un proceso evaluativo de tipo Cognitivo que lo lleve a concluir que la responsabilidad frente a los procedimientos de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal no es suya, sino del equipo de profesionales de la salud para el caso de Hemodiálisis y a sus familiares en el caso de Diálisis Peritoneal, favoreciendo esto la ausencia de niveles elevados de ansiedad y depresión en ellos.

Las Correlaciones de Salud Mental Positiva con Ansiedad y Depresión confirman la conclusión obtenida al comparar los resultados del presente estudio con los obtenidos por J Belkys J. Atencio, Eligio Nucette Ríos, et al (2004), niveles altos de Salud Mental positiva se asocian a niveles más bajos de Depresión ( $r = -0.579$ ) que de Ansiedad ( $r = -0.445$ ) esto evidencia un mayor impacto de la Ansiedad que la Depresión en la muestra de investigación.

A su vez los resultados obtenidos frente a la correlación de Salud Mental Positiva con Ansiedad se confirman con lo expuesto por Gutman & Parkerson (1997) quienes encontraron una fuerte relación entre los síntomas de ansiedad, estrechamente asociados a la percepción del estado de Salud Mental. A su vez, Baltimore (2003) en su estudio, apoya a lo encontrado por Gutman; Baltimore demostró que a causa de los síntomas psicológicos (especialmente depresión) pueden ser fuertes determinantes de la Calidad de Vida más que del proceso de Diálisis. Es decir para Baltimore (2003), la Calidad de Vida es la responsable de que síntomas como la depresión pueden verse regulados.

Con respecto a las correlaciones entre Salud Mental Positiva y las variables relacionadas con Estrés no son significativas, esto es evidencia que comprueba que además de la baja incidencia con respecto al estado de salud,

no existe una relación estrecha con Salud Mental positiva tampoco, lo que muestra que ni la cantidad de eventos estresantes, ni la afectación en el tiempo de estos eventos llegan a ser determinantes para generar niveles de Estrés dentro de la población de estudio.

Lo anteriormente dicho podría deberse a que los sujetos del estudio tienen una percepción de los acontecimientos de forma objetiva y realista; es decir, se adaptan a la realidad vivenciando el mundo sin distorsionar la percepción de los hechos. Además en los sujetos se evidencia la capacidad de establecer y mantener relaciones interpersonales satisfactorias y afectivas que se traducen en adecuadas redes de apoyo que minimizan la intensidad de los eventos estresantes que llegan en su vida.

Según Jahoda, citado en Lluch (1999), la adaptación implica la capacidad para alcanzar un equilibrio entre las necesidades, habilidades del individuo y la realidad, lo que puede entenderse como un concepto pasivo de aceptación de lo que brinda la vida como sinónimo de adaptación con una connotación activa. La interacción del hombre con el medio es adaptativa cuando existe un equilibrio entre los componentes activos y pasivos. Es decir, el entorno en ocasiones es inmodificable y hay que ser capaz de aceptarlo mientras otras veces la persona puede realizar cambios activos en el mismo.

Se puede señalar entonces que la salud es una variable dependiente de diversos factores, entre los que destacan los de tipo biológico o los relacionados con el entorno y con los hábitos de vida. La mayoría de las enfermedades son consecuencia de estilos de vida poco saludables entre los que se incluyen pautas de nutrición inadecuadas, escasa actividad física, descanso insuficiente, y consumo de tabaco, de alcohol o de otras drogas.

Jahoda (1958, citado en Lluch 1999) distingue una dimensión llamada dominio del entorno íntimamente relacionada con salud física y mental que incluye: satisfacción sexual, adecuación en el amor, el trabajo y el tiempo libre, adecuación en las relaciones interpersonales, habilidad para satisfacer las demandas del entorno, adaptación y ajuste y resolución de problemas. Los

anteriores componentes hacen parte de las áreas del funcionamiento humano que al ser satisfechas podrían estar relacionadas con un funcionamiento adecuado de la persona. Para Jahoda, la persona sana es capaz de realizar actividades dentro de las limitaciones de sus capacidades, mantener su desarrollo y auto expresión individual; disfrutar de las oportunidades para la diversión, querer a otros, vivir en pareja y formar una familia.

En general, todos los factores favorecen la Salud Mental Positiva, los altos grados de ansiedad que se presentan en la muestra son producto de la percepción de los sujetos frente al procedimiento de diálisis sea este de tipo Peritoneal o de tipo Hemodiálisis, ya que son percibidos ambientalmente por el individuo como invasivos y radicales, hecho que puede ser evaluado como amenazante para su integridad y bienestar físico, elevando así los niveles de ansiedad en la muestra, de modo que la ansiedad se encuentra mediada por factores como la evaluación cognitiva y el afrontamiento, Lazarus (1976), citado por Villaroel (2001), define la ansiedad como “la relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”. En el caso particular, esta evaluación cognitiva puede llegar a ser un determinante para que se presenten altos niveles de ansiedad dentro del procedimiento de Diálisis en donde la responsabilidad, el bienestar e integridad del usuario pueden llegar a verse comprometidos por infecciones y otras complicaciones de tipo médico.

En Conclusión los resultados de esta investigación pretenden, contribuir al mejoramiento del tratamiento de los sujetos que se someten a procedimientos de Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis, aportando conocimientos que contribuyan al diseño de adecuadas intervenciones psicológicas que favorezcan su bienestar integral; por esto dichos resultados se encuentran proyectados a enriquecer y generar promoción hacia una Salud Mental Positiva favorable.

## Recomendaciones

Los resultados de esta investigación nos llevan a enriquecer y posibilitar los avances en términos de comprensión de la enfermedad que posibilite generar una adecuada promoción hacia una salud mental saludable con este fin se sugieren las siguientes recomendaciones:

Es necesario continuar con estudios que amplíen los resultados obtenidos en la actual investigación, que facilite una mejor comprensión, prevención y manejo de la enfermedad Renal, expresándolos a la sociedad y creando conciencia acerca de esta enfermedad de alto costo, que permitan evaluar los factores de riesgo y desarrollar estrategias de prevención y promoción, tendientes a disminuir el incremento de la enfermedad.

Mejorar los sistemas de recepción a los pacientes que asisten a diálisis en el servicio de Terapia Renal de Santander (Hospital Universitario de Santander), así como crear programas de educación frente a la enfermedad y los tipos de diálisis (peritoneal y Hemodiálisis), vinculando a los grupos de apoyo- familia, médicos, psicólogos, compañeros de tratamiento etc-; que permita disminuir los altos niveles de ansiedad frente a la percepción de estos métodos como invasivos y radicales.

También se recomienda aplicar el estudio a una mayor población de estrato 3 y 4, que nos permita a futuro determinar si la variable de estrato económico es un factor determinante en la adopción de Estilos de Vida saludables como no saludables en los pacientes que acuden al servicio de Terapia Renal de Santander.

Generar en los sujetos que asisten a diálisis en el servicio de Terapia Renal de Santander (Hospital Universitario de Santander), la participación activa en diferentes actividades como el trabajo, el tiempo libre y especialmente

las relaciones con los otros, que favorezcan la Salud Mental en el curso de su enfermedad.

Se espera que los resultados arrojados por este estudio sirvan de referencia para el desarrollo de nuevas investigaciones con las reestructuraciones necesarias que garanticen los objetivos de las mismas.

## Referencias

Andía, J. (2004) **Psicología de la Salud**. Disponible en [Red]: <http://www.monografias.com/trabajos26/psicologia-salud/psicologia-salud.shtml>

Antonini, C (2006) **Depresión: Un Mal de Nuestro Tiempo**. Disponible en [Red]: <http://www.respuestasaladepresion.com/queesladepresion/queesladepresion.php>

Andrés, E (2003). **Importancia del diagnóstico de la insuficiencia renal crónica en el anciano**. Tercer Congreso Internacional de Nefrología por Internet. Fundación Puigvert. Disponible en [Red]: <http://www.uninet.edu/cin2003/conf/andres/andres.html>

Arciniegas, J.; Ledesma, M. **Programa psicológico cognitivo-conductual orientado a incrementar las respuestas de afrontamiento para mejorar la adaptación al diagnóstico y tratamiento en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica**. Proyecto de Grado UNAB

Belkys J.; Nucette, E.; Colina, J; Sumalave, H.; Gómez, F.; Hinstroza, D. (2005) **Evaluación de la depresión y ansiedad en pacientes con Insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis**. Disponible en [Red] <http://www.infomediconline.com/biblioteca/revistas.asp?especialidad=Psiquiatría>

Carboles C. (1993). **Definición de Psicología de la Salud**. Disponible en [Red]: <http://sicolog.com/?a=115>.

Care New England Health System. (2001) **Insuficiencia Renal**. Disponible en [Red]: <http://www.carenewengland.org/body.cfm?id=170&chunkid=23763>

Carrizosa, E. (2001). **Protección Renal** disponible en [Red]: [www.medicolegal.com.co/3\\_2001/rev\\_med\\_1.htm](http://www.medicolegal.com.co/3_2001/rev_med_1.htm)

Caporale, N (2000) **Aspectos psicológicos de la insuficiencia Renal en Internet.** Disponible en [Red]: [www.uninet.edu/cin2000/conferences/caporale/mredonda.html](http://www.uninet.edu/cin2000/conferences/caporale/mredonda.html)

Chalem f.; Campos J.; Esguerra R.; Chalem P. (2005) **Tratado de Medicina Interna Vol. 1.** Colombia. Editorial Médica Celsus. 4ª edición

Charry S.; García E. (2006). **Intervención psicosocial para la promoción de actitudes y estilos de vida resilientes, pautas de interacción proactivas y formas de afrontamiento del proceso de las enfermedades crónicas en los pacientes, sus familias y personas significativas para el.** Proyecto de Grado UNAB. Disponible en Biblioteca Médica UNAB, seccional el Bosque.

Chicaíza, L. (2005) **Fallas del mercado de la salud en Colombia: el caso de la insuficiencia renal crónica.** Disponible en [Red]: [www.economiainstitutional.com/resumenes/rei12.htm](http://www.economiainstitutional.com/resumenes/rei12.htm)

Correa, P (2006) **Psicología Positiva: Por una Vida que Valga La Pena.** Documento de PDF

Csikszentmihalyi, Mihaly (1990). **Flow: The Psychology of Optimal Experience.** Disponible en [Red]: [http://en.wikipedia.org/wiki/Flow\\_%28psychology%29](http://en.wikipedia.org/wiki/Flow_%28psychology%29)

Enrique, A (2003) **Importancia del diagnóstico de la insuficiencia renal crónica en el anciano.** Disponible en [Red]: [www.uninet.edu/cin2003/conf/andres/andres.html](http://www.uninet.edu/cin2003/conf/andres/andres.html)

Fauci, A; Kasper, D; Braunwald, E; Hause, S; Lorigo, D & Jameson, L. (2001). **Principios de Medicina Interna.** 15ª edición. Editorial MC GrawHill.

First, M.; Frances, A.; Pincus H.A. (2001). **DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales** Barcelona. Ed. Masson.

García Higuera, J. (2004) **La depresión: Tratamiento Cognitivo Conductual**. Disponible en [Red] <http://www.cop.es/colegiados/M-00451/DEPRE.htm>

Hernández Anihorte, N (2001). **Psicología y Salud: Integración Mente y Cuerpo**. Disponible en [Red]: [http://perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/apunt\\_psicolog\\_salud\\_1.htm](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_psicolog_salud_1.htm)

Jaramillo N. (2004) **Factores de riesgo cardiovascular “Mitos y Realidades”**. Editorial Marín Vieco Ltda. 1ª Edición. Pág. 51

León, R. (2005) **Prevenga problemas renales**. Disponible en [Red]: <http://extension.udea.edu.co/salanoticias/nuevasala/2005/noticias/agosto/22-26-agosto/renales.htm>

Lluch Canut, M. (2002). **Evaluación Empírica de un Modelo Conceptual de Salud Mental Positiva**. Salud Mental, Vol. 25, No. 4, Agosto 2002. Documento de PDF

Lluch Canut, M. (1999) **Construcción de Una escala para evaluar La Salud Mental Positiva**. Universidad de Barcelona. Tesis Doctoral. Documento de PDF.

Maya, L (1997). **Los Estilos de Vida Saludables: Componente de la calidad de vida**. Disponible en [Red]: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>



Merck Sharp & Dome España S.A. (2005) **Insuficiencia Renal**. Pág. 123. Disponible en [Red]: [http://www.msd.es/publicaciones/mmerck\\_hogar/seccion\\_11/seccion\\_11\\_123.html](http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_11/seccion_11_123.html)

Merck Sharp & Dome Mexico S.A. (2004). **Hipertensión Arterial**. Disponible en [Red]: <http://www.msd.com.mx/msdmexico/patients/hipertension/tequees.html>

Muñoz, A. (2006). **Psicología de la Salud**. Disponible en [Red]: [http://www.cepvi.com/articulos/psicologia\\_de\\_la\\_salud.htm](http://www.cepvi.com/articulos/psicologia_de_la_salud.htm)

OndaSalud (2003). **Hipertensión Arterial**. Disponible en [Red]: [http://72.14.209.104/search?q=cache:xVqTJnY8DE0J:www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,5155,00.html+que+es+la+hipertensi%C3%B2n&hl=es&gl=co&ct=clnk&cd=4&lr=lang\\_es](http://72.14.209.104/search?q=cache:xVqTJnY8DE0J:www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,5155,00.html+que+es+la+hipertensi%C3%B2n&hl=es&gl=co&ct=clnk&cd=4&lr=lang_es)

Organización Mundial de La Salud (2004). **Promoción de La Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente y Práctica**. Ginebra. Documento de PDF

Organización Mundial de la Salud (1994) **CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento** Madrid. Meditor.

**Programa De Maestría En Nefrología** (2004) disponible en [Red]: [www.facultadsalud.unicauca.edu.co/Documentos/Posgrados/MaestríaNefrología2005.htm](http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/Documentos/Posgrados/MaestríaNefrología2005.htm)

Prada, E. (2005). **Psicología Positiva & Emociones Positivas**. Disponible en [Red]: [www.psicología-positiva.com/artículos](http://www.psicología-positiva.com/artículos). Documento de PDF

Rojas, E (1989). ***La ansiedad, como diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones.*** Disponible en [Red]. [http://html.rincondelvago.com/estres\\_9.html#](http://html.rincondelvago.com/estres_9.html#)

Rolland, J. S. (2000). ***Familia, Enfermedad y Discapacidad.*** Gedisa. España.

Rozo R, Charria D, Suárez C, Rozo L. (2000) ***Cardiología.*** Santa fe de Bogota. 1ª edición tomo II sociedad Colombiana de Cardiología. Pág. 386.

Sarafino, E. P. (1990). ***Health psychology: Biopsychosocial interactions.*** New York: John Wiley and Sons. Disponible en [Red]: <http://www.haworthpress.com/store/ArticleAbstract.asp?sid=9FFBEE8021GH8NGD86NECHJ4FSXXCS05&ID=8817> Universidad de Virginia. Sistema De Salud (2006).

***Los Trastornos Genitourinarios de de los Riñones: Descripción General de la Insuficiencia Renal.*** Disponible en [Red]: [http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds\\_urology\\_sp/renal.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_urology_sp/renal.cfm)

Universidad de Virginia. Sistema De Salud. (2004) ***Los Trastornos Genitourinarios y de los Riñones: La Diálisis.*** Disponible en [Red] [http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds\\_urology\\_sp/dialysis.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_urology_sp/dialysis.cfm)

Valdés, M., De Flores, T. (1990). ***Psicobiología del estrés: Conceptos y estrategias de investigación.*** Barcelona: Martinez Roca.

Vera Poseck, B. (2006). ***Psicología Positiva.*** Disponible en [Red]: <http://www.psicologia-positiva.com/>

Villarroel, B. (2001). ***La Ansiedad, Un modelo explicativo.*** Disponible en [Red] <http://www.clinicadeansiedad.com/documentos.asp?indice=1>

Velasco, M., Sinibaldi, J. (2001). **Manejo del enfermo Crónico y su familia (sistema, historias y creencias)**. Manual Moderno. México.

## APÉNDICES

Apéndice A. Consentimiento Informado Estudio



PROYECTO DE INVESTIGACION

NIVELES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS ASOCIADOS A LA SALUD MENTAL POSITIVA DE PACIENTES EN DIÁLISIS EN EL SERVICIO DE TERAPIA RENAL DE SANTANDER (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER)

Consentimiento de participación en el estudio

El grupo de Calidad de Vida y Psicología, de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, en conjunto con la RTS-Santander, bajo la dirección del Nefrólogo Álvaro Ordóñez, se encuentran realizando un estudio para determinar aquellos comportamientos que facilitan tener Salud Mental Positiva a las personas diagnosticadas con Diabetes e Hipertensión de tal modo que puedan favorecer su tratamiento al disminuir los niveles de Depresión, Ansiedad, y Estrés.

Para realizar el trabajo, se hace necesario conversar con las personas mediante una entrevista y la aplicación de cuestionarios. La entrevista, será utilizada con fines estrictamente académicos e investigativos y se mantendrá en todos los casos el principio de la confidencialidad, siguiendo los lineamientos de las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en Salud del Ministerio de Salud de la República de Colombia resolución N° 008430 de 1993 consignados en el título II de la Investigación en seres humanos, capítulo 1 de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos artículos 5, 6, 8, 11, 14.

Yo \_\_\_\_\_ Identificado con  
cédula \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, manifiesto la  
aceptación de participar en el estudio en mención.

En forma expresa manifiesto a Uds. que he leído y comprendido plenamente este documento y en consecuencia acepto su contenido.

He leído, comprendido y accedido a lo anteriormente mencionado.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Cédula de Ciudadanía

## Apéndice B. Formato toma de Datos Demográficos



NIVELES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS ASOCIADOS A LA SALUD MENTAL POSITIVA DE PACIENTES EN DIÁLISIS EN EL SERVICIO DE TERAPIA RENAL DE SANTANDER (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER)

CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL POSITIVA

De manera anticipada, te estamos dando las gracias por tu colaboración. Así mismo, te pedimos que contestes unas preguntas breves sobre cuestiones generales.

Cuestiones Generales

Código \_\_\_\_\_ Estrato: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_  
 Género: \_\_\_\_\_

Para contestar a las siguientes cuestiones, tacha con una X la respuesta que corresponda a tu situación

- a) ¿Cuál es tu problema de salud física? (¿Tienes algún problema de Salud física?)
  - Especificar: \_\_\_\_\_
- b) ¿Tienes problemas de salud mental?
  - Especificar: \_\_\_\_\_
- c) Durante el último mes... ¿Cuándo viniste a control? (¿En este último mes has tenido que ir al médico para algo?) Especificar: \_\_\_\_\_

Resumen

El presente estudio se enmarca en la línea de investigación de Calidad de Vida y psicología de la salud, y su propósito es determinar los niveles de Depresión, Ansiedad, Estrés y Salud Mental Positiva de pacientes Hipertensos en Diálisis en el Servicio de Terapia Renal de Santander Ltda. (RTS) Seccional Floridablanca.

Se desarrolla con base en los lineamientos de una investigación transeccional cuantitativa de tipo descriptivo. Se tomó una muestra de 38 personas tanto hombres como mujeres, diagnosticadas con Hipertensión en edades comprendidas entre 20 - 81 años y de estratos 1, 2, 3 y 4.

Con el fin de realizar la toma de datos necesarios para la investigación,

se utilizó la siguiente batería de pruebas: Escala de medición de salud mental positiva, Escala de depresión y de Ansiedad Hospitalaria HADS, y el cuestionario de Ansiedad - Estado E-A-E. Los resultados se analizaron con el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows e indican que la enfermedad renal se concentra en la población de adultos intermedios 50% (edades comprendidas entre 40 a 59 años) y pertenecen al estrato socioeconómico de nivel 2, 47.4 %. En general la Salud Mental de los sujetos en Diálisis del Servicio de Terapia Renal de Santander, tiende a respuestas adecuadas que evidencian un auto concepto y auto percepción positivas con niveles bajos de Ansiedad, Depresión y Estrés.

#### Abstract

The present study took place in the line of life quality investigation and health psychology and its intention was to determine depression, anxiety, stress and positive mental health levels in Hypertensive patients on Dialysis of the Renal Therapy Service of Santander.

This study was developed with base of a cross-sectional design quantitative of descriptive type. This study took a sample of 38 patients both men and women diagnosed with Hypertension in ages between 20 - 81 years

and of social classes 1, 2, 3 and 4.

In order to realize the compilation of the necessary data for the investigation, the following battery of tests was used: Scale to Assess Positive Mental Health, Hospital Anxiety and Depression Scale, and Stress Appreciation Scale Questionnaire.

The results were analyzed with the statistical package SPSS 15.0 for Windows and they showed that the renal disease focus in the population of intermediate adults 50 % (ages between 40 to 59 years) belonging to the social class 2, 47.4 %.

In general the Mental Health of the subjects in Dialysis of the Service of Renal Therapy of Santander, tends to suitable answers that demonstrate both an auto concept and auto perception positive, with low levels of Anxiety, Depression and Stress.

- \_\_\_\_\_
- d) ¿Has ido alguna vez al servicio de psicología de la unidad renal? (¿Has ido alguna vez a visitar un psiquiatra o un psicólogo?)
- Especificar: \_\_\_\_\_

A continuación, te presentamos un cuestionario que contiene una serie de afirmaciones referidas a la forma de pensar, sentir y hacer que son más o menos frecuentes en cada uno de nosotros. Para contestarlo, lee cada frase y completa mentalmente el espacio de puntos suspensivos con la frecuencia que mejor se adapte a ti. A continuación señala con una X en las casillas de la derecha tu respuesta.

Las posibles respuestas son:

- Siempre o Casi Siempre
- A Menudo o Con Bastante Frecuencia
- Algunas Veces
- Nunca o Casi Nunca

No necesitas reflexionar mucho para contestar ya que no hay respuestas correctas e incorrectas. Lo que interesa es tu opinión. Tampoco trates de buscar la respuesta que quizá podría causar una "mejor impresión" ya que puedes estar segura/o que la información es absolutamente anónima y confidencial

**POR FAVOR, CONTESTA A TODAS LAS AFIRMACIONES. MUCHAS GRACIAS**



## Apéndice C. Test Salud Mental Positiva



NIVELES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS ASOCIADOS A LA SALUD MENTAL POSITIVA DE PACIENTES EN DIÁLISIS EN EL SERVICIO DE TERAPIA RENAL DE SANTANDER (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER)

PREGUNTAS	Siempre o Casi Siempre	Con Bastante Frecuencia	Algunas Veces	Nunca O Casi Nunca
1. A mi, ... me resultad especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías				
2. Los Problemas, ... me bloquean fácilmente				
3. A mi, ... me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas				
4. ... me gusto como soy				
5... Soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas				
6. ... me siento a punto de explotar				
7. Para mi, la vida es ... aburrida y monótona				
8. A mi, ... me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional				
9... Tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas				
10. ... me preocupa mucho lo que los demás piensen de mi				
11 Creo que, ... tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus necesidades				
12 ... veo mi futuro con pesimismo				
13 Las opiniones de los demás ... me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones				
14 ... me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean				
15 ... soy capaz de tomar desiciones por mi mism@				
16 ... intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden				
17 ... intento mejorar como persona				
18 ... me considero "un/a buen/a psicólogo/a				
19 ... me preocupa que la gente me critique				

PREGUNTAS	Siempre o Casi Siempre	Con Bastante Frecuencia	Algunas Veces	Nunca O Casi Nunca
20 ... creo que soy una persona sociable				
21 ... soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos				
22 ... soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida				
23 ... pienso que soy una persona digna de confianza				
24 A mi, ... me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás				
25 ... pienso en las necesidades de los demás				
26 Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables, ... soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal				
27 Cuando hay cambios en mi entorno ... intento adaptarme				
28 Delante de un problema, .... soy capaz de solicitar información				
29 Los cambios que ocurren en mi rutina habitual ... me estimulan				
30 ... tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes				
31 ... creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada				
32 ... trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes				
33 ... me resulta difícil tener opiniones personales				
34 Cuando tengo que tomar decisiones importantes ... me siento muy inseguro/a				
35 ....Soy capaz de decir no cuando quiero decir no				
36 Cuando se me plantea un problema... intento buscar posibles soluciones				
37 ... me gusta ayudar a los demás				
38 ... me siento insatisfecha/o conmigo misma/o				
39 ... me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico				

## Apéndice D. Escala de Medición depresión Y ansiedad Hospitalaria (HADS)



NIVELES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS ASOCIADOS A LA SALUD MENTAL POSITIVA DE PACIENTES EN DIÁLISIS EN EL SERVICIO DE TERAPIA RENAL DE SANTANDER (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER)

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda. Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

- A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a
3. Casi todo el día
  2. Gran parte del día
  1. De vez en cuando
  0. Nunca
- D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre
0. Ciertamente, igual que antes
  1. No tanto como antes
  2. Solamente un poco
  3. Ya no disfruto con nada
- A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder
3. Sí, y muy intenso
  2. Sí, pero no muy intenso
  1. Sí, pero no me preocupa
  0. No siento nada de eso
- D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas
0. Igual que siempre
  1. Actualmente, algo menos
  2. Actualmente, mucho menos
  3. Actualmente, en absoluto
- A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones
3. Casi todo el día
  2. Gran parte del día
  1. De vez en cuando
  0. Nunca

- D.3. Me siento alegre
3. Nunca
  2. Muy pocas veces
  1. En algunas ocasiones
  0. Gran parte del día
- A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a
0. Siempre
  1. A menudo
  2. Raras veces
  3. Nunca
- D.4. Me siento lento/a y torpe
3. Gran parte del día
  2. A menudo
  1. A veces
  0. Nunca
- A.5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueo” en el estómago
0. Nunca
  1. Sólo en algunas ocasiones
  2. A menudo
  3. Muy a menudo
- D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal
3. Completamente
  2. No me cuido como debería hacerlo
  1. Es posible que no me cuido como debiera
  0. Me cuido como siempre lo he hecho
- A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme
3. Realmente mucho
  2. Bastante
  1. No mucho
  0. En absoluto
- D.6. Espero las cosas con ilusión
0. Como siempre
  1. Algo menos que antes
  2. Mucho menos que antes
  3. En absoluto
- A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor
3. Muy a menudo
  2. Con cierta frecuencia
  1. Raramente
  0. Nunca
- D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión
0. A menudo
  1. Algunas veces
  2. Pocas veces
  3. Casi nunca

## Apéndice E. Escala EAE



## ESCALA G

## Instrucciones

A continuación va a encontrar una serie de enunciados relacionados con acontecimientos importantes, situaciones de ansiedad, momentos tensos, de nerviosismo, de inquietud, de frustración, etc.

Vd. Debe decirnos cuáles han estado o están presentes en su vida. Para ello, marcará con un aspa el SI, siempre que uno de estos acontecimientos se haya producido en su vida; de lo contrario, marcará el NO.

Sólo si ha rodeado el SI, señale en qué medida le ha afectado. Para ello, marcará primero con una X el número que Vd. Considere que representa mejor la intensidad con que le ha afectado, sabiendo que 0 significa nada, 1 un poco, 2 mucho y 3 muchísimo.

En segundo lugar, debe indicar además, si todavía le está afectando o si ya le ha dejado de afectar; en el primer caso, marcará la letra A: si le ha dejado de afectar o apenas le afecta marcará la letra P.

Ejemplo: “Castigo Inmerecido”	SI	NO	0 1 2 3	A	P
-------------------------------	----	----	---------	---	---

ESPERE, NO DE LA VUELTA A LA HOJA HASTA QUE SE LE INDIQUE.

Por Favor Conteste a Todos los Enunciados

1. Primer Empleo
2. Situación de paro, desempleo o jubilación anticipada
3. Época de exámenes u oposiciones
4. Cambio de Ciudad o de residencia
5. Búsqueda y/o adquisición de vivienda
6. Deudas, préstamos, hipotecas
7. Problemas económicos propios o familiares
8. Estilo de vida y/o forma de ser
9. Subida constante del coste de la vida
10. Emancipación, independencia de la familia
11. Falta de apoyo o traición de los amigos
12. Infidelidad propia o de la otra persona hacia mí
13. Hablar en público
14. Inseguridad ciudadana
15. Situación socio-política del país
16. Preocupación por la puntualidad
17. Vivir solo
18. Problemas de convivencia con los demás
19. Presencia de una persona no deseada en el hogar (tía, abuela, pariente)
20. Vida y relación de pareja o de matrimonio
21. Ruptura de noviazgo o separación de pareja
22. Ruptura de las relaciones familiares (con los padres, hermanos)
23. Abandono del hogar de un ser querido
24. Separación, divorcio de mis padres
25. Nacimiento de otro hijo o hermano
26. Estudios y/o futuro de mis hijos o familiar cercano
27. Problemática de drogas o alcohol (propia o familiar)
28. Muerte de algún familiar muy cercano (cónyuge, padres, hermanos)
29. Embarazo de algún amigo/a o persona querida
30. Embarazo no deseado o deseado con problemas
31. Aborto provocado o accidental
32. Tener una enfermedad grave
33. Envejecer
34. Enfermedad de un ser querido
35. Pérdida de algún órgano o función física o Psíquica
36. Problemas sexuales
37. Someterse a tratamiento, revisión o rehabilitación
38. Intervención u operación quirúrgica
39. Ocupar un nuevo cargo o puesto de trabajo
40. Cambio de horario de trabajo
41. Exceso de trabajo
42. Excesiva responsabilidad laboral
43. Hacer viajes (frecuentes, largos)
44. Tiempo libre y falta de ocupación
45. Problemática de relaciones en mi trabajo (con los jefes, compañeros)
46. Situación discriminatoria en mi trabajo
47. Éxito o fracaso profesional
48. Desorden en casa, despacho
49. Reformas en casa
50. Dificultades en el lugar donde vivo
51. Preparación de vacaciones
52. Etapa de vacaciones e incorporación al trabajo
53. Servicio militar

