

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Escuela de Ciencias de la Salud
Programa de Psicología
Proyecto de Investigación

NIVELES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD, ESTRÉS Y SALUD MENTAL POSITIVA DE
PACIENTES HIPERTENSOS EN DIÁLISIS DEL SERVICIO DE TERAPIA RENAL DE
SANTANDER-RTS- SECCIONAL FLORIDABLANCA.

Presentado por:

Eduardo Favio Bermúdez Alvarado
Luis Alberto Cardeño Bedoya
Schneider Enrique Guerra Barrera

Bajo la Dirección de:

Patricia Díaz Gordon

Bucaramanga, Mayo de 2007

Tabla de Contenido

Servicio de Terapia Renal de Santander Ltda -RTS- Seccional Floridablanca	3
Personal Administrativo	4
Personal de Enfermería	4
Misión	5
Visión	5
Descripción y Planteamiento del Problema	5
Objetivos	8
Objetivo General	8
Objetivos específicos	8
Antecedentes	8
Marco Teórico	14
Psicología de la Salud	14
Objetivos de la Psicología de la Salud	17
Áreas de Intervención de la Psicología de la Salud	17
Delimitación Conceptual de la Psicología de la Salud	18
Psicología Positiva	19
El Optimismo	20
La Resiliencia	21
La Felicidad y el Bienestar	21
Flujo de Conciencia	22
La Creatividad	22
El Humor y la Risa	22
Salud Mental	23
Salud Mental como parte Integral de la Salud Pública	23
Salud Mental: ausencia de enfermedad	23
Sin Salud Mental. No hay Salud posible: Salud Mental y Conducta	24
Ansiedad	24
Depresión	25
Estrés	26
Salud Mental Positiva	28
Criterios de Salud Mental Positiva	30

Dimensión 1: Actitudes Hacia Si Mismo	30
Accesibilidad del Yo a la Conciencia	31
Concordancia Yo Real - Yo Ideal	31
Autoestima	31
Sentido de Identidad	31
Dimensión 2: Crecimiento y Actualización	32
La Actualización como Motivación para la Vida	32
Implicación en la Vida	32
Dimensión 3: Integración	32
Equilibrio Psíquico	33
Filosofía Personal sobre la Vida	33
Resistencia al Estrés	33
Dimensión 4: Autonomía	33
Autorregulación	34
Conducta Independiente	34
Dimensión 5: Percepción de la Realidad	34
Percepción Objetiva	34
Empatía o Sensibilidad Social	35
Dimensión 6: Dominio del Entorno	35
Satisfacción Sexual	35
Adecuación en el Amor, el Trabajo y el Tiempo Libre	36
Adecuación en las Relaciones Interpersonales	36
Habilidad para Satisfacer las Demandas del Entorno	36
Adaptación y Ajuste	36
Resolución de Problemas	37
Factores Propuestos por Lluch, para evaluación de la Salud Mental Positiva	38
Factores Resultantes	42
Factores de la Salud Mental Positiva Lluch (1999)	43
Satisfacción Personal	43
Actitud Prosocial	43
Autocontrol	43
Autonomía	44
Resolución de Problemas y Actualización	44
Habilidades de Relaciones Interpersonales	44

Calidad de Vida	45
Estilos de Vida	46
Componentes del Estilo de Vida	47
Hipertensión Arterial	47
Causas de la Hipertensión Arterial	49
Síntomas de Depresión Arterial	50
Tratamiento de Depresión Arterial	50
Principales Medidas	51
Riesgos de la Hipertensión Arterial	51
Insuficiencia Renal	52
Diagnóstico Insuficiencia Renal	54
Enfermedad Renal Crónica	54
Causas de Enfermedad Renal Crónica	56
Síntomas de la Insuficiencia Renal Crónica	56
Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica	57
Insuficiencia Renal Aguda	58
Tratamiento de la Insuficiencia Renal Aguda	60
Hemodiálisis y Diálisis Peritoieal	61
Variables	64
Método	65
Tipo de Investigación y Diseño	65
Sujetos .	66
Muestra	66
Criterios de Inclusión	70
Criterios de Exclusión	70
Instrumentos	71
Escala para la medición de la Salud Mental Positiva	71
Escala de Depresión y de Ansiedad Hospitalaria HADS	74
Escala de Apreciación de Estrés EAE	75
Procedimiento	77
Resultados	77
Discusión	102
Adultos intermedios de estrato 2 como característica dominante en procedimiento de Diálisis.	102

Características de Salud Mental Positiva de Hipertensos en Diálisis	104
La cantidad de eventos estresantes no son determinantes de Estrés	107
Ansiedad y Depresión estados pocos significativos en Hipertensos	108
La salud mental positiva no esta asociada a niveles de Ansiedad, Depresión y Estrés	109
Recomendaciones	110
Referencias	113
Apéndices	120

Lista de Tablas

Tabla 1. Delimitación conceptual Modelos de Psicología de la Salud	18
Tabla 2. Factores Generales “Modelo Hipotético Salud Mental Positiva” Jahoda	39
Tabla 3. Factores cuestionario segundo estudio	41
Tabla 4. Resultados segundo estudio	41
Tabla 5. Coeficientes Alpha para cada uno de los seis factores	42
Tabla 6. Variables de estudio: Definición Conceptual y Operacional	65
Tabla 7. Distribución de la Muestra por Género	67
Tabla 8. Distribución de la muestra por Tipo de Procedimiento de Diálisis	67
Tabla 9. Distribución de la muestra por estrato Socio-económico	68
Tabla 10. Distribución de la Muestra por Edad en Rangos	69
Tabla 11. Factores Salud Mental Positiva	74
Tabla 12. Medias y Desviaciones Típicas EAE	76
Tabla 13. Puntuaciones Típicas y Percentiles Prueba EAE	76
Tabla 14. Relación del tipo de procedimiento de Diálisis por Estrato económico y Género	78
Tabla 15. Relación del tipo de procedimiento de Diálisis por Rangos de edad y Género en Hombres y Mujeres con Hipertensión Arterial	80
Tabla 16. Satisfacción Personal y Opciones de Respuesta	81
Tabla 17. Actitud Prosocial y Opciones de Respuesta	82
Tabla 18. Autocontrol y Opciones de Respuesta	84
Tabla 19. Autonomía y Opciones de Respuesta	85
Tabla 20. Resolución de Problemas y Autoactualización y Opciones de Respuesta	87
Tabla 21. Habilidades de Relaciones Interpersonales y Opciones de Respuesta	89
Tabla 22. Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Género en la Escala HADS de Ansiedad	91
Tabla 23. Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Rangos de edad en la Escala HADS de Ansiedad	91
Tabla 24. Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Estrato Socio-Económico en la Escala HADS de Ansiedad	92
Tabla 25. Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Género en la Escala HADS de Depresión	93
Tabla 26. Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Rangos de edad en la Escala HADS de Depresión	93

Tabla 27. Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Estrato Socio- 94
Económico en la Escala HADS de Depresión

Tabla 28. Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Género en la Escala 95
EAE de Eventos Estresantes (Frecuencia de SI)

Tabla 29. Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Género en la Escala 96
EAE de Eventos Estresantes (Intensidad Parcial)

Tabla 30. Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Género en la Escala 96
EAE de Eventos Estresantes (Afectación en el Tiempo Actual)

Tabla 31. Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Género en la Escala 96
EAE de Eventos Estresantes (Afectación en el Tiempo Pasado)

Tabla 32. Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Rangos de Edad en 98
la Escala EAE de Eventos Estresantes (Frecuencia de SI)

Tabla 33. Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Rangos de Edad en 98
la Escala EAE de Eventos Estresantes (Intensidad Parcial)

Tabla 34. Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Rangos de Edad en 99
la Escala EAE de Eventos Estresantes (Afectación en el Tiempo Actual)

Tabla 35. Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Rangos de Edad en 99
la Escala EAE de Eventos Estresantes (Afectación en el Tiempo Pasado)

Tabla 36. Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Estrato Socio- 100
Económico en la Escala EAE de Eventos Estresantes (Frecuencia de SI)

Tabla 37. Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Estrato Socio- 101
Económico en la Escala EAE de Eventos Estresantes (Intensidad Parcial)

Tabla 38. Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Estrato Socio- 101
Económico en la Escala EAE de Eventos Estresantes (Afectación en el Tiempo Actual)

Tabla 39. Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Estrato Socio- 101
Económico en la Escala EAE de Eventos Estresantes (Afectación en el Tiempo Pasado)

Lista de Figuras

Figura 1. Psicología de la Salud Frente a Otros Campos de la Psicología	18
Figura 2. Distribución de la Muestra por Género.	67
Figura 3. Distribución de la muestra por Tipo de Procedimiento de Diálisis	68
Figura 4. Distribución de la muestra por Estrato Socio-Económico	69
Figura 5. Distribución de la muestra por Rangos de Edad	70

Lista de Gráficas

Gráfica 1. Satisfacción Personal y Opciones de Respuesta	81
Gráfica 2. Actitud Prosocial y Opciones de Respuesta	83
Gráfica 3. Autocontrol y Opciones de Respuesta	84
Gráfica 4. Autonomía y Opciones de Respuesta	86
Gráfica 5. Resolución de Problemas y Autoactualización y Opciones de Respuesta	87
Gráfica 6. Habilidades de Relaciones Interpersonales y Opciones de Respuesta	89

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-EjLos 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.

NIVELES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD, ESTRÉS Y SALUD MENTAL POSITIVA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN DIÁLISIS DEL SERVICIO DE TERAPIA RENAL DE SANTANDER -RTS- SECCIONAL FLORIDABLANCA.

La presente investigación se realiza desde la facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, en conjunto con el servicio de Terapia Renal Santander Limitada (RTS) Seccional Floridablanca. El proyecto se enmarca en la línea de investigación de Calidad de Vida de Psicología de la Salud, que busca indagar en los procesos de percepción de bienestar de los individuos -para el caso, pacientes Hipertensos en Diálisis-, otorgándoles así capacidad de funcionamiento y/o sensación positiva de su vida. Esta línea se encuentra ubicada en el grupo de investigación Calidad de Vida y Psicología del 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 (2000; 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 las personas mantenerse con vida, la morbilidad aún persiste en alto grado, determinando un importante deterioro en su Calidad de Vida. También, los aspectos Psicológicos individuales están alterados” -por ejemplo, el descenso de la autoestima-, donde se presentan sentimientos de incapacidad para afrontar la enfermedad como 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 la Diabetes y la Hipertensión. Ello supone un problema de orden personal, socio-sanitario y económico. Por tanto, las intervenciones dirigidas a la prevención, así como a retrasar la progresión o evitar complicaciones de la Enfermedad Renal Crónica son de gran importancia y con un evidente beneficio.

Según Carrizosa (2001), nefrólogo de la 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 y otras implicaciones, tanto en

morbilidad como mortalidad en relación al valor económico, lo que debe motivar al médico, no a tratar la Insuficiencia Renal, sino a prevenir cualquier enfermedad que potencialmente la pueda generar.

En esto, una 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.

Son muchos los aspectos que han demostrado representar un riesgo para el desarrollo de Hipertensión Arterial entre los que se encuentran hábitos alimenticios, estilos de vida sedentaria, aspectos genéticos entre otros, que pueden generar daños cerebro-vasculares y renales, afectando la Calidad de Vida de los sujetos que la padecen.

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. Es por esto que la investigación en Psicología debe ser sensible ante los problemas de salud pública que amenazan el bienestar de la población -en este caso, la población Colombiana-, más aún cuando la tasa se encuentra en altas proporciones y va en aumento.

Por esto, y de acuerdo a las consecuencias físicas y especialmente Psicológicas que tiene la Salud Mental Positiva, este estudio pretende contribuir al mejoramiento del tratamiento de los sujetos diagnosticados con Hipertensión, pertenecientes al Servicio de Terapia Renal de Santander (RTS) Seccional Floridablanca.

Los resultados del presente estudio aportan conocimientos mediante un estudio científico de la Psicología de la Salud, contribuye a la incorporación de una intervención Psicológica para el bienestar del ser humano. Igualmente permitirá diseñar estrategias efectivas de promoción y cuidados de la Salud Mental Positiva.

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 práctica de conductas positivas para

adaptarse a la enfermedad, de modo tal que permitan generar una mayor promoción hacia la Salud Mental favorable.

Servicio de Terapia Renal de Santander Ltda (RTS) Seccional Floridablanca RTS

La investigación sobre los niveles de Depresión, Ansiedad y Estrés asociados a la Salud Mental Positiva de Hipertensos en Diálisis que se pretende realizar, se llevará a cabo con los pacientes hipertensos diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica que se encuentran sometidos a tratamiento médico en el Servicio de Terapia Renal de Santander Ltda (RTS) Seccional Floridablanca.

El Servicio de Terapia Renal de Santander Ltda (RTS) Seccional Floridablanca 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 a su vez, fomentar la Calidad de Vida del paciente renal.

La corporación busca mejorar estándares de tratamiento en terapias de Hemodiálisis, Diálisis peritoneal manual y 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 de 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 Ltda (RTS) Seccional Floridablanca forma parte de ésta 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. Ésta 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 (RTS) Seccional Floridablanca 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:

a. Personal administrativo

Un Gerente, dos Nefrólogos, una Psicóloga, una Trabajadora Social, una Nutricionista, una Secretaria, dos Auxiliares Contables, un Auxiliar de Farmacia.

b. Personal de Enfermería

Una Coordinadora del programa, cuatro Enfermeras Jefe -dos para Diálisis Peritoneal y dos para Hemodiálisis-, seis Auxiliares de Enfermería y dos señoras de Servicios Generales.

Dentro del grupo de apoyo clínico están: Nefrólogos, Enfermeras Internistas, Psicólogos, Trabajadores Sociales y un equipo humano altamente calificado en las diferentes áreas administrativas.

Esta unidad se encuentra ubicada en el sexto piso de la Fundación Cardiovascular, que junto a la RTS ubicada en el Hospital Universitario de Santander, forman la red especializada prestadora de Servicio de Terapia Renal para pacientes que se encuentran con dificultades de tipo renal.

Misión

La misión de RTS es ser la red prestadora 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 óptimas que favorezcan el acceso a los servicios de salud en Colombia en los próximos años.

La RTS atiende un total de 212 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, producida ya sea esta por Diabetes Mellitus o por Hipertensión Arterial. La zona de cobertura de la unidad renal comprende a toda la Región Santandereana y sus alrededores.

Descripción y Planteamiento del Problema

Según Chicaíza (2005), 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 y con mayor impacto financiero para el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. De ahí que la alta 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 considera que 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 de pesos 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 de pesos, lo que agravó sus problemas de equilibrio financiero (Ministerio de Salud, 2002). Ante la gravedad de la

situación, el Ministerio de Protección Social, decidió trasladar 2.368 pacientes del Seguro Social a otras empresas promotoras de salud y redistribuir cerca de \$60 mil millones de pesos 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.

Al respecto, la facultad de ciencias de salud de la Universidad del Cauca (2004) refiere que “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”. Asimismo, 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 quinientos personas en Colombia con algún daño renal, lo que representa una tasa de atención de 350 pacientes por millón de habitantes; lo que constituye un déficit de cobertura por cuanto el promedio mundial de pacientes atendidos es de mil quinientos por cada millón de habitantes (León, 2005).

En Bucaramanga, según entrevista realizada al Nefrólogo Alvaro Ordóñez (2007), del Servicio de Terapia Renal de Santander Ltda (RTS) Seccional Floridablanca, la incidencia de la enfermedad renal va en aumento; “actualmente en Bucaramanga el servicio de Terapia Renal atiende aproximadamente a 840 personas” y, agrega que en diez años las EPS en Colombia “colapsarán financieramente por el incremento de ésta enfermedad catastrófica y de alto costo”. Según Ordóñez, existen vacíos de

investigación en salud, en especial el campo de la Psicología de la Salud sobre la enfermedad, tanto en la RTS como en otras unidades renales en Bucaramanga y el Departamento.

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. Para la competencia del presente trabajo, se tomará en cuenta como principales medidas de tratamiento la Hemodiálisis y la Diálisis Peritoneal que son métodos que suplen la función renal. Estos procedimientos se deben realizar en forma continua y permite al individuo desarrollar actividades de la vida diaria.

Los descuidos en seguir cualquiera de los tratamientos, 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.

Según León (2005), la Enfermedad Renal Crónica ha sido considerada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud como una patología de alto costo, por generar un fuerte impacto económico sobre las finanzas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por causar un dramático efecto sobre la Calidad de Vida del paciente y su familia. Se estima que el manejo de la Enfermedad Renal Crónica ha comprometido en los últimos años aproximadamente el 2% del gasto en salud del País y el 4% del gasto en Seguridad Social en Salud.

Frente a esta situación y no sólo sobre las implicaciones económicas, sino también frente a la Calidad de Vida y de la atención en los servicios de salud, se ha generado la necesidad de crear programas de prevención primaria y secundaria para así disminuir los costos de hospitalización y complicaciones, añade León.

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:

¿Cuáles son 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?

Objetivos

Objetivo General

Determinar los niveles de Depresión, Ansiedad, Estrés y Salud Mental Positiva de pacientes Hipertensos en Diálisis, mediante la aplicación de Test Psicológicos y Entrevistas para detectar conductas positivas que permitan adaptarse a la enfermedad de modo tal que generen promoción hacia una Salud Mental favorable.

Objetivos Específicos

Señalar las características Sociodemográficas de la población de Hipertensos diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica pertenecientes al Servicio de Terapia Renal de Santander Ltda (RTS) Seccional Floridablanca.

Establecer la Salud Mental Positiva, el Género y la Edad de pacientes Hipertensos diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica pertenecientes al Servicio de Terapia Renal de Santander Ltda (RTS) Seccional Floridablanca.

Establecer los niveles de Estrés, el Género y la Edad de pacientes Hipertensos diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica pertenecientes al Servicio de Terapia Renal de Santander Ltda (RTS) Seccional Floridablanca.

Establecer los niveles de Depresión y Ansiedad, el Género y la Edad de pacientes Hipertensos diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica pertenecientes al Servicio de Terapia Renal de Santander Ltda (RTS) Seccional Floridablanca.

Antecedentes

En el año 2005, Lew, y Piraino, pertenecientes al Departamento de Medicina de la Universidad George Washington en Estados Unidos, realizaron un estudio sobre “Calidad de Vida y problemáticas Psicológicas en pacientes de Diálisis Peritoneal”. En el estudio, tanto los pacientes de Diálisis Peritoneal (DP) y los de Hemodiálisis (HD)

disminuyeron los puntajes de Calidad de Vida (QOL) en comparación con los pacientes sanos.

Se concluyó que la Calidad de Vida tiende a disminuir con el paso del tiempo, con la percepción de la Calidad de la Salud física deteriorándose más que la Salud Mental. Sin embargo, muchos pacientes continúan sintiéndose ansiosos y preocupados por sus finanzas, la pérdida de función sexual y la pérdida de independencia. Igualmente, se encontró que la depresión es el factor psicosocial más ampliamente reconocido y observado en pacientes con Enfermedad Crónica del riñón. La depresión mayor se presenta un 25% en pacientes que afrontan inminentemente el proceso de Diálisis. Una vez se encuentran en Diálisis Peritoneal, la proporción de pacientes con depresión mayor disminuye a aproximadamente el 6%. Esto puede ser debido a una adaptación al proceso de Diálisis, pero puede ser también porque los síntomas depresivos están asociados con un acrecentado riesgo de muerte.

Asimismo, un puntaje bajo de Calidad de Vida y depresión están asociados con el estado nutricional, anemia, baja función residual renal y el aumento en el número de hospitalizaciones. La depresión es un problema significativo en pacientes que asisten a Diálisis Peritoneal y a otras Diálisis. El estudio recomienda medidas simples tanto de depresión como de Calidad de Vida, que deberían ser obtenidas rutinariamente en todos los pacientes de Diálisis Peritoneal para permitir un rápido reconocimiento de los problemas y elevar la educación de los pacientes sobre la importancia de la depresión y su influencia en la enfermedad.

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 ñte 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.

Igualmente, en el año 2004, Belkis, at all, de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia en Maracaibo, presentaron un trabajo en las Jornadas Científicas sobre “Evaluación de la Depresión y Ansiedad en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis”.

Para ello, los investigadores realizaron un estudio prospectivo, aleatorio y longitudinal, donde la muestra fue de 62 pacientes. El 79.48 % de la población total es de ambos sexos, en edades comprendidas entre 17 y 66 años con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento en 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. Entre los resultados, se encontró que 17 pacientes (27.42%) resultaron deprimidos según los test para depresión y 49 pacientes (79.03%) resultaron ansiosos.

Asimismo, hallaron que la depresión y la ansiedad son más frecuentes en el sexo femenino (70.59% en relación con 51.02% de hombre) y que existen antecedentes personales de depresión en 100% de los casos y de ansiedad en 12.24%; además de los antecedentes familiares que se encontraron en un 17.65% de deprimidos y 14.29% de ansiosos.

La conclusión arroja que la Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad progresiva e irreversible, que 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 otro lado Baltimore, et al, (2003) pertenecientes a la Universidad Médica de California del Sur realizaron un estudio sobre “Calidad de Vida en pacientes en Diálisis Peritoneal”. Los autores evaluaron la influencia de un proceso adecuado de Diálisis en 49 pacientes sometidos a Diálisis Peritoneal ambulatoria, versus síntomas Psicológicos (depresión y ansiedad) contra su percepción de Calidad de Vida. Los resultados demuestran que a causa de los síntomas Psicológicos -especialmente depresión-, pueden ser fuertes determinantes de la Calidad de Vida más que el proceso de Diálisis, por lo que el estado Psicológico de los pacientes y su Calidad de Vida deberían ser evaluados como parte del cuidado de pacientes en etapas terminales de enfermedad renal.

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 1998 Kimmel, et al, pertenecientes al Departamento de Psicología de la Universidad de George Washington realizaron un estudio sobre “Calidad de Vida y relaciones psicosociales en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica”. Estos investigadores evaluaron los niveles de funcionamiento Psicológico y la relación entre las variables psicosociales, funcionamiento Psicológico y apoyo social en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Se administró a 50 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica el Inventario de Depresión de Beck, el Cuestionario Efectos de la Enfermedad y la Escala Multidimensional de Apoyo Social. Los autores concluyeron que, aún cuando la mayor parte de las variables de ajuste estén en rangos normales, la alta percepción negativa de enfermedad está asociada con altas puntuaciones de depresión y baja Calidad de Vida, incluso en estados iniciales de Insuficiencia Renal Crónica. Adicionalmente, el apoyo social puede jugar un importante rol para aquellos individuos que empiezan a experimentar una disminución en el funcionamiento renal.

Otra investigación realizada por Gutman y Parkerson del Centro Médico de la Universidad de Duke en 1997 sobre “Salud Mental e Incapacidad de Cuidado Primario percibida por pacientes en etapas terminales de Enfermedad Renal”. Estos investigadores compararon la Salud Mental e incapacidad de cuidado primario percibido por pacientes en etapas terminales de enfermedad renal y al mismo tiempo, evaluaron el apoyo social, estrés y severidad de la enfermedad como posibles determinantes de salud mental. Se utilizó el análisis observacional transversal de 414 pacientes de un centro de salud rural y 125 pacientes en etapas terminales de enfermedad renal que asistían a dos unidades de Diálisis renal. Se utilizó la Escala de Depresión y Ansiedad del Perfil de Salud de Duke para medir la Salud Mental, la Escala de Incapacidad de Duke para indicar la incapacidad, la Escala de Medición de Estrés y Apoyo Social de Duke para

medir apoyo y estrés y la Escala de Severidad de la Enfermedad de Duke para hallar la proporción de severidad de la enfermedad. Se percibió la Salud Mental en términos de síntomas de ansiedad y depresión.

Los resultados mostraron que la percepción del estado de salud de los pacientes estaba estrechamente asociada con sus niveles de ansiedad y depresión. Para los autores, la demostración de esta fuerte relación entre los síntomas de ansiedad y estrés y la percepción del estado de Salud Mental debería estimular más investigaciones y evaluaciones entre los clínicos como parte del cuidado rutinario de los pacientes.

Marco Teórico

En el presente estudio, se hace necesario la revisión y definición teórica de conceptos como la Psicología de la Salud, la Psicología Positiva -trabajada desde autores como Selligman-, la Salud Mental -abarcando conceptos de Ansiedad, Depresión y Estrés-, la Salud Mental Positiva -desde Jahoda, referenciada desde los trabajos de María Teresa Lluich-; Calidad de Vida, Estilos de Vida hasta la definición de Hipertensión Arterial e Insuficiencia Renal Crónica y Aguda.

Psicología de la Salud

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, no lograban curar sus enfermedades. Desde antes del 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 se debe a que generalmente, 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.

La Psicología de la Salud es una rama de la Psicología que nace a finales de los años 70 dentro de un modelo biopsico-social, 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 y 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, el Dolor Crónico, la Artritis, el Asma, la Diabetes, el Cáncer, los Trastornos Cardiovasculares, las Enfermedades Reumáticas, la Diabetes, el SIDA, el Intestino Irritable, el Dolor de Cabeza, la Úlcera, la Dismenorrea, la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, etc.

La aparición de este modelo biopsico-social ocurre cuando Engel 1977 (citado en Hernández, 2001), presenta una crítica al modelo médico tradicional. En esta, los califica como un dogma que forma parte de planteamientos reduccionistas y mecanicistas. La enfermedad hasta esa época es considerada como un modelo unifactorial en donde solo primaba la disfunción biológica, reducido a un modelo simple y con la enfermedad como mayor importancia -mayor que el estar sano- y propiciando una posición de poder y obediencia frente al paciente.

Según Hernández (2001), 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 subraya la naturaleza biopsico-social de la salud y pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad. El bienestar y la prevención son parte del sistema de valores y continuamente se 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, como lo que se podría denominar integración mente y cuerpo. Resulta generalmente aceptado que el primer intento de definición formal de Psicología de la Salud parece deberse a Matarazzo (1980) citado en Hernández (2001), 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 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 & Baum (1983), lo define como la "disciplina relativa al papel primario de la Psicología como ciencia y profesión en las áreas de la medicina conductual y salud conductual".

Bloom (1988), citado por la OMS (2004), la define como el "estudio científico de la conducta, pensamientos, actitudes y creencias relacionados con la salud y la enfermedad"; Sarafino (1990), citado por la OMS (2004), la definió como el "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" y Carboles (1993), citado por la OMS (2004), como el "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".

Igualmente, surgen definiciones como la de Simón (1993), citado por la OMS (2004), que define la Psicología de la Salud como la "confluencia de las contribuciones específicas de las diversas parcelas del saber psicológico (Psicología clínica, básica, social, psicobiología), tanto a la promoción y mantenimiento de la salud como a la prevención y tratamiento de la enfermedad"; Marks (1995), citado por la OMS (2004), la define como "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), citado por la OMS (200), la define como el "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

Por esto, en la actualidad, las enfermedades físicas son abordadas también desde un punto de vista Psicológico, involucrando factores como la presencia de estresantes ambientales, conductas relacionadas con la salud y características personales que 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. En este caso, se trabaja junto a otros especialistas de la salud combinando, los tratamientos
- Evaluación y mejora del sistema sanitario

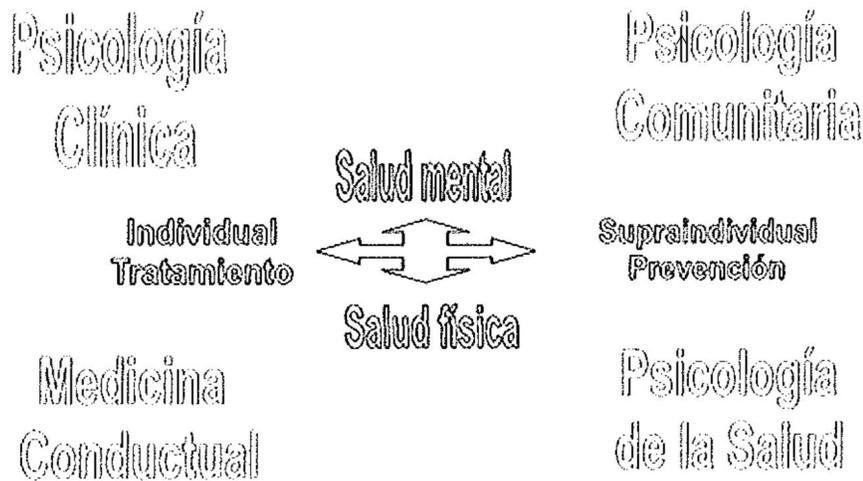


Figura 1. *Psicología de la Salud frente Otros Campos de la psicología. Tomado de:*
<http://mwmonografias.com/trabajos26/psicologia-salud/psicologia-salud.shtml>

Delimitación Conceptual de la Psicología de La Salud

<i>Medicina Conductual</i>	<i>Psicología Clínica</i>	<i>Psicología Comunitaria</i>	<i>Psicología de la Salud</i>
Campo interdisciplinario referido al desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas y de la conducta relevantes para la salud y la enfermedad, y la aplicación de esos conocimientos y técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación	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.	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.	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 especialidad, 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

Tabla 1. *Delimitación conceptual Modelos de Psicología de la Salud*

Psicología Positiva

Los trabajos en Psicología Positiva, han sido trabajados principalmente por el Psicólogo Martín Seligman. Desde Poseck (2006), se define a la Psicología Positiva como “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 & Cois, (2005) citados por Prada (2005), refieren 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 (2002), citado por Correa (2006), la define 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”.

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 es un área que se concentra en estudiar:

- Las Emociones Positivas. 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. 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 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 Possek (2006), el optimismo se define 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 psicosocial, 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 Poseck (2006), el concepto de personalidad resiliente 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

Poseck (2006), cuenta que la felicidad ha sido considerada una meta o más como una finalidad. “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 como concepto con profundos significados, incluye alegría, pero también otras emociones, algunas de las cuales no son necesariamente positivas (compromiso, lucha, reto e 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

Según Poseck (2006), el flujo de conciencia ha sido desarrollado por el Psicólogo Mihalyi Csikzentmihalyi, 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. Poseck (2006), la define como “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

Poseck (2006), dice que el humor “sirve como una válvula interna de seguridad que nos permite liberar tensiones, disipar las preocupaciones, relajarnos y olvidarnos de todo”. Así mismo, refiere que la risa “provoca una tremenda liberación de hormonas, las endorfinas conocidas mercedamente 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.

Por tanto, su promoción forma parte integral de la salud pública, como Salud Mental, como algo 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. Según Patel & Kleiman (2003), citado en OMS (2004), 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.

Salud Mental: Ausencia de Enfermedad

Más que ausencia de la enfermedad, es el estar en buenas condiciones. Según Valiant (2003), citado en OMS (2004), “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. También existe doble peligro de contaminación por los valores. Desde Valiant, el solo hecho de no presentar una patología o una discapacidad no hace a la persona saludable, este término implica el como se vive la vida, y bajo que términos regionales, departamentales o nacionales se juzga.

Salud Mental y Conducta

Al respecto Valiant (2003), citado en la OMS (2004), refiere que, la Salud Mental es entendida como conducta de riesgo. Una no adecuada Salud Mental, puede llevar 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 y enfermedades cardiovasculares, son evidencia de la relación entre salud física y Salud Mental.

Ansiedad

La ansiedad es definida por Lazarus (1976), citado por Villarroel (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”. 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.

Para Villarroel (2001), la ansiedad esta 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 qué y hasta qué 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 media 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. Para este autor, 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.

En resumen, 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”.

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. 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 cerebro-vascular), mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar.

Para es autor la 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 (2004), se define en general por sus síntomas que pueden parecer enfermedades somáticas como dolores, cansancio, tristeza constante, entre otras. Las 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 (DSMIV), este es un trastorno de estado de ánimo, 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 ánimo 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.

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 pueden consistir en propiedades físicas o en los demás organismos que constituyen el medio ambiente. En sí, 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 sobre esfuerzo constante, una tensión emocional y/o intelectual fuerte, sin tiempo para nada.

Selye (1978), citado en Rojas (1989), definió estrés como una respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante. Asimismo, al conjunto de trastornos que sufre el organismo a causa del estrés, lo llamó "Síndrome de Adaptación", que incluye al grupo de manifestaciones patológicas que tienen su origen en el esfuerzo que realiza el organismo para adaptarse a los estímulos.

Entonces, 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 -llamado "buen estrés"- y distrés -o "mal estrés"- el cuerpo experimenta, en la práctica, las mismas respuestas inespecíficas a los diversos estímulos positivos o negativos que actúan sobre él.

Igualmente, Rojas (1989) plantea que 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. Limita al estrés como 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. Lo define como 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. Manifiesta el estrés como una consecuencia de la interacción de los estímulos ambientales y la respuesta idiosincrásica del individuo.

- Definición Funcional. Precisa al estrés como 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 externo que plantean a la persona especiales demandas físicas y/o Psicológicas.

El estrés entonces 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.

Los principales causantes del estrés son:

- « Situación económica
- Situación laboral
- Inseguridad sobre el futuro
- Relaciones familiares y de pareja
- Problemas de salud

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 en 1958; lo que se encuentra por Salud Mental Positiva es poco.

Se hace evidente dentro de una revisión conceptual del término Salud Mental tanto del modelo médico como Psicológico, que éstos se han centrado en el tratamiento de patologías y hasta hace muy poco en su promoción y prevención. Se tienen infinidad de textos que hablan de cómo tratar con patologías psiquiátricas, desde como detectarla hasta el momento del tratamiento y su remisión e incluso, el cuerpo médico especializado en la Salud Mental cuenta con un extenso manual de clasificación de trastornos (DSM IV); pero en términos de promoción y prevención en Salud Mental o más específicamente, cómo 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 incluso, puede llegar a ser factor determinante para reducir los niveles de ansiedad y estrés, obtener una mejor adherencia al tratamiento y mejores términos de evolución en este tipo de pacientes. Igualmente, 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 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, citado por Lluch, 1999) 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 con subfactores 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 -respecto a carga factorial- ocupa cada una de estos factores. Incluso, una evaluación empírica del modelo conceptual de Jahoda, llevado a cabo por María Teresa Lluch en el año 2002, concluye que tal vez estos factores no sean tan ciertos e inclusive muchos de los subfactores no se relacionan de manera concluyente con el factor principal representado dentro de su categoría. Asimismo, no se

sabe a ciencia cierta de cómo cada uno de los factores se relaciona de manera específica con el término Salud Mental Positiva.

Criterios de Salud Mental Positiva

El modelo de Salud Mental Positiva elaborado por Jahoda y publicado en 1958 como “Current Concepts of Positive Mental Health” muestra los primeros conceptos de Salud Mental Positiva y una organización multidimensional de lo que para Jahoda, son los componentes de la Salud Mental Positiva. Proponiendo seis Dimensiones Generales, seguidas de 16 Subdimensiones. 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 cómo 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 del auto-percepción. Esta dimensión 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 sí; ser fuerte y capaz de ejecutar una acción propuesta y, la auto-dependencia, que 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 sí mismo tienen cuatro dimensiones o sub-factores:

a. Accesibilidad del Yo o a la Conciencia.

Este sub-factor hace referencia al auto-conocimiento; 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 sí mismo solo puede ser accedido en momentos específicos como la introspección o la exploración (reflexión).

b. Concordancia Yo Real - Yo Ideal.

Esta dimensión o sub-factor, implica la capacidad de mirarse a sí mismo de forma objetiva y realista. Una autopercepción 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 sí 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).

c. Autoestima.

Esta sub-dimensión o sub-factor equivale a los sentimientos que uno tiene con respecto a sí mismo. La autoestima por ende esta estrechamente ligada al auto-concepto, ya que es a través de este, 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.

d. Sentido de Identidad.

Es el aspecto o sub-dimensión 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 és y no establecerse dudas de su propia identidad.

Dimensión n° 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-

a. Motivación por la Vida.

Esta dimensión está vinculada al significado de la vida, al hecho de estar motivado no sólo 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 -o ¿progresista?- del futuro.

b. 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. Como criterio de salud mental positiva, puede ser tratada bajo una de las tres perspectivas siguientes:

a. Equilibrio Psíquico.

Esta subdimensión, esta entendida desde una perspectiva 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 preconscious y el inconsciente.

b. 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 son guiados y dados de significado por la filosofía de la vida, que es individual a cada persona.

c. Resistencia al Estrés.

El afrontamiento de situaciones estresantes, así como el manejo del estrés, son integrantes de esta subdiinensión. 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 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. Aspectos como la autoafirmación y la valentía pueden ser las vías apropiadas para afrontar de forma positiva la propia ansiedad.

Dimensión n° 4: Autonomía.

Se refiere a la relación de la persona con el mundo -su ambiente- así como su estado de independencia y autodeterminación. El grado de dependencia o 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:

a. 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. 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.

b. 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. La persona autónoma es capaz de ajustarse a normas de conducta dictadas por una sociedad -sea ésta 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 n° 5: Percepción de La Realidad.

Esta dimensión se estructura en el supuesto que “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.

a. 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. Jahoda plantea que la realidad es un prisma natural, en donde pueden coexistir múltiples formas de percibir el mundo, por lo que 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 sin distorsionar la percepción para conseguirlos. Está ligado a la realidad dentro de lo posible frente a sus deseos. La persona mentalmente sana puede “testear la realidad” para comprobar el grado de correspondencia entre sus necesidades, deseos o temores y la realidad.

b. Empatía o Sensibilidad Social.

La percepción de los sentimientos y de las actitudes de los otros configura un criterio independiente al autoconcepto. 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 n° 6: Dominio del Entorno.

Según Jahoda (1958; citado en Lluch, 1999), 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 el autor distingue seis dimensiones íntimamente relacionadas:

a. Satisfacción Sexual.

Se refiere a la capacidad para experimentar el placer sexual y para mantener relaciones sexuales gratificantes. Según Jahoda (citada en Lluch, 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.

b. Adecuación en el Amor, el Trabajo y el Tiempo Libre.

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.

c. 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 autoexpresión individual. 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 un beneficio personal
- Trabajar e interactuar con los demás para el beneficio mutuo

d. Habilidad para Satisfacer las Demandas del Entorno.

Satisfacer las demandas del entorno se refiere a 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.

e. Adaptación y Ajuste.

Según Jahoda (citado en Lluch, 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, 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.

f. 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, citado en Lluch, 1999) describe tres aspectos que definen el proceso idóneo que se debería seguir:

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.

El tono emocional 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.

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

e El mantenimiento de un tono emocional apropiado

® El ataque directo sobre el problema

Igualmente, Jahoda (1958, citado en Lluch, 1999) 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 1	Actitudes hacia ei sí mismo
Factor 2	Crecimiento y auto actualización
Factor 3	integración
Factor 4	Autonomía
Factor 5	Percepción de la Realidad
Factor 6	Dominio del Entorno

Tabla 2. *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.

Factor 1: ACTITUDES HACIA SÍ MISMO	Aspectos de autoconcepto y autoestima: - 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 - Tolerancia a la frustración - Capacidad para afrontar adversidades - Flexibilidad y relatividad
Factor 4: AUTONOMÍA	- Independencia - Seguridad personal / Confianza en si mismo - Autorregulación de la propia conducta - Autorresponsabilidad
Factor 5: PERCEPCIÓN DE LA REALIDAD	- Implicación social / Compromiso - Respuesta ante los problemas de los demás / Deseos de ayudar a los otros / Predisposición a brindar ayuda - Respeto / Aceptación de los otros - Comprensión de los demás / Sensibilidad con los sentimientos y necesidades ajenas / Perceptividad del sufrimiento ajeno - Confianza en los demás
Factor 6:	- Expresión de afecto a las personas que se quiere

DOMINIO DEL ENTORNO	<ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento de relaciones interpersonales profundas y satisfactorias - Sentirse satisfecho de las relaciones con sus amigos - Mantener buenas relaciones con la gente - Relacionarse de forma abierta con la autoridad - Adaptarse bien a los cambios - Buscar soluciones a los problemas
---------------------	--

Tabla 3. *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:

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

Tabla 4. *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>
Factor 1: Satisfacción personal	0.8282
Factor 2: Actitud pro social	0.5820
Factor 3: Autocontrol	0,8146
Factor 4: Autonomía	0.7729
Factor 5: Resolución de problemas y autoactualización	0.7903
Factor 6: Habilidades de relación interpersonal	0.7133
Escala Global	0.9061

Tabla 5. *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

Lluch (1999), define 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 autoimagen 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 & Cois (1985), citados por Maya (2001), desde una perspectiva integral es necesario integrar los Estilos de Vida como 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:

- o 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
 - e 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

Hipertensión Arterial

La Hipertensión Arterial es el aumento de forma crónica de la presión arterial. Se trata de una enfermedad que no da síntomas durante mucho tiempo y dejada a su evolución sin tratamiento puede ser que el primer síntoma que de ella se tenga sea una complicación severa como un infarto de miocardio o una hemorragia o trombosis cerebral, etc., cosa que se puede evitar si la tratamos y controlamos adecuadamente.

Según Rozo, at all (2000), aún cuando se trata de una patología de muy alta prevalencia en todo el mundo, no existen estadísticas precisas que muestren la real

incidencia y la distribución geográfica de la hipertensión arterial. Igualmente, se ha intentado definir patrones de distribución de la Hipertensión Arterial (HTA) en las diferentes poblaciones tratando de demostrar la influencia de factores geográficos y climatológicos; pero los estudios y trabajos publicados, han mostrado una distribución muy similar entre las diferentes regiones del mundo, con contadas excepciones, como las regiones de completo aislamiento cultural, ciertas sociedades o tribus orientales, y en la Amazonia, en donde la prevalencia es muy baja o nula.

Es imposible separar los factores étnicos y genéticos, de los ambientales, culturales, económicos y sociales, pues son muchos los aspectos que han demostrado, representar un riesgo para el desarrollo de HTA y por tanto, no se pueden comparar directamente incidencias interregionales. Es por esto que, los patrones de distribución de la HTA a nivel mundial, reflejan más los aspectos sociales, económicos y culturales, que los geográficos, étnicos y genéticos.

De acuerdo con López (citado por Jaramillo, 2004), la Hipertensión Arterial es una causa importante de morbimortalidad en el mundo, una enfermedad común y un factor de riesgo mayor en el desarrollo de insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebro vascular, Insuficiencia Renal y arritmias. Según los reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma López que la presión arterial es responsable del 62% de la enfermedad cerebro vascular y del 49% de la enfermedad cardíaca isquémica, con poca variación por sexo. Se le considera el factor de riesgo número uno para muertes en todo el mundo. En Colombia, el Segundo Estudio Nacional sobre Factores de Riesgo de enfermedades crónicas (ENFREC II), encontró que durante el año 1998 la prevalencia de HTA arterial en hombres fue del 11.5% y en mujeres del 13%.

Para D'Achiardi (2005), citado por Chalem (2005), la HTA se define como una presión arterial sistólica mayor o igual de 140 mm Hg, y/o una presión arterial diastólica mayor o igual de 90 mm Hg. La detección de pacientes hipertensos se debe hacer mediante una toma adecuada de tensión arterial con equipos y técnicas estandarizadas tal como lo sugiere el séptimo comité conjunto (VII JNC), las guías para el manejo de hipertensión de la World Health Organization and International Society of Hipertensión (WHO-ISH).

Otra forma de hacer el diagnóstico de HTA es por medio del monitoreo ambulatorio de tensión arterial, con cifras tensionales por encima de 135/85 mm Hg durante el día y de 120/75 mm Hg durante el sueño. Si la toma de tensión Arterial la hace el paciente en su domicilio, cifras promedio mayores de 135/85 mm Hg deben considerarse HTA.

Para Rozo, et al (2000), la hipertensión no se asocia a deterioro de la calidad de vida y el tratamiento de la HTA es el resultado de una combinación de muchos aspectos; como son la terapia farmacológica agresiva y la orientación al paciente sobre la importancia del cambio de estilo de vida lo que implica dietas con menores cantidades de sodio, reducción de peso, práctica frecuente de ejercicio, manejo del estrés, abandono de conductas y vicios como el alcohol y el tabaquismo, etc. Para Rozo la meta principal del tratamiento antihipertensivo, es disminuir el riesgo de morbimortalidad de origen cardiovascular y aumentar los años de vida útil. Está demostrado que el control adecuado de la HTA, se asocia a disminución en la frecuencia de eventos de éste tipo: enfermedad cerebro vascular, infarto del miocardio, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal.

Los valores límites hoy aceptados como normales son 140 mm de Hg para la presión arterial sistólica y 90 mm de Hg para la diastólica. Las primeras consecuencias de la hipertensión la sufren las arterias que se endurecen a medida que soportan la presión alta de forma continua, se hacen más gruesas y tortuosas, pudiendo verse dificultado al paso de sangre a su través. Esto se conoce con el nombre de arteriosclerosis.

Causas de la Hipertensión Arterial

Según Charry y García (2005), se desconoce el mecanismo de la hipertensión arterial pero se han relacionado con una serie de factores que suelen estar presentes en la mayoría de los sujetos que la padecen. Conviene separar aquellos relacionados con la herencia, sexo, edad y raza, por tanto, poco modificables, de aquellos otros que se podrían cambiar al variar los hábitos, ambiente y costumbres de las personas como la obesidad, la sensibilidad al sodio, el consumo excesivo de alcohol, el uso de anticonceptivos orales, y un estilo de vida muy sedentario.

Herencia: De padres a hijos se transmite una tendencia o predisposición a desarrollar cifras elevadas de tensión arterial. Se desconoce su mecanismo exacto, pero la experiencia acumulada demuestra que cuando una persona tiene un progenitor o ambos hipertensos, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres sin problemas de hipertensión.

Sexo: Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que ellas llegan a la edad de la menopausia, a partir de la cual la frecuencia en ambos sexos se iguala. Esto es así por que la naturaleza ha dotado a la mujer mientras se encuentra en edad fértil con unas hormonas protectoras llamadas estrógenos. Sin embargo, en las mujeres jóvenes existe un especial riesgo cuando toman píldoras anticonceptivas.

Edad y raza: La edad es otro factor, no modificable que va a influir sobre las cifras de presión arterial, de forma que se encuentran mayor número de hipertensos en los grupos de mayor edad. En cuanto a la raza, cabe señalar que los individuos de raza negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de raza blanca además de tener un peor pronóstico.

Sobrepeso: Hay que partir del hecho de que un individuo con sobrepeso está más expuesto a tener más alta presión arterial que un individuo con peso normal. La frecuencia de hipertensión arterial entre los obesos, a cualquier edad que se considere, es entre dos y tres veces superior a la de los individuos de la misma edad que estén en su peso ideal.

Síntomas de Hipertensión Arterial

Una elevada presión arterial rara vez se da a conocer, porque generalmente no presenta síntomas. La única manera de detectar la hipertensión en sus inicios es con revisiones periódicas. Mucha gente tiene la presión arterial elevada durante años sin saberlo. El diagnóstico se puede realizar a partir de tres vías: los antecedentes tanto familiares como personales, una exploración física u otras complementarias.

Tratamiento de Hipertensión Arterial

La hipertensión no puede curarse en la mayoría de los casos, pero puede controlarse. En general, debe tomarse un tratamiento regular de por vida para bajar la

presión y mantenerla estable. Las pastillas son sólo parte del tratamiento de la hipertensión, usualmente el médico le habrá recomendado una dieta para perder peso y no abusar del consumo de sal, hacer ejercicios, etc.

Principales medidas:

- Reducir el peso corporal en los pacientes hipertensos con sobrepeso
- Reducir el consumo de sal a 4-6 gramos al día; consumir menos productos preparados y en conserva, y no salar los alimentos en su preparación o presentación en la mesa

© Reducir la ingesta de alcohol, en las mujeres debe ser inferior a 140 gramos a la semana y en los hombres inferiores a 210 gramos a la semana

- Ejercicio físico, preferentemente pasear, correr moderadamente, nadar o ir en bicicleta, durante 30-45 minutos, mínimo 3 veces por semana

- Reducir el consumo de café, no más de 2-3 cafés al día

- Consumir alimentos ricos en potasio, como legumbres, frutas y verduras

- Abandonar el hábito de fumar

- Seguir una dieta rica en ácidos grasos polinsaturados y pobre en grasas saturadas

Además de las medidas recomendadas, el hipertenso dispone de una amplia variedad de fármacos que le permiten controlar la enfermedad. El tratamiento debe ser siempre individualizado. Para la elección del fármaco hay que considerar factores como la edad, el sexo y la etnia del paciente, el grado de hipertensión, la presencia de otros trastornos.

Riesgos de la Hipertensión Arterial

El principal riesgo es el infarto de miocardio, un hipertenso no tratado tiene como media, 10 veces más de morir de infarto que un individuo con tensión normal. Así mismo puede producir trombos o rupturas arteriales, pudiendo dar lugar a hemorragias, daño en las células nerviosas, pérdida de memoria, parálisis, etc. El riñón también sufre las consecuencias de la HTA y entre los pacientes hipertensos se produce insuficiencia renal con más frecuencia que entre los pacientes no hipertensos.

Insuficiencia Renal

Muchas de las enfermedades renales tienen como consecuencia más grave la pérdida de función de este par de órganos vitales que son los riñones. Esta pérdida de función alterará o no el medio interno según se vea afectado un solo riñón o los dos a la vez. Cuando la enfermedad afecta sólo a un riñón, el otro tiene la capacidad suficiente para seguir filtrando todas las toxinas y eliminando el exceso de agua y sales minerales, sin que se afecte tampoco su capacidad para secretar hormonas. Pero si la lesión alcanza a los dos riñones a la vez, entonces la amenaza contra la vida será mayor o menor en función de la gravedad del daño.

Para la Universidad de Virginia (2006), la Insuficiencia Renal es definida como el 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-.

Tierney y Papadakis (1999), citado por la Universidad de Virginia (2006), 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 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.

En 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 -producto metabólico de desecho- en la sangre. En éste 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 cardíaca.

Según el Instituto Nacional de la Diabetes y de Enfermedades Digestivas y Renales (Citado por Cate New England Health System, 2001), las dos causas más comunes de la Insuficiencia Renal son:

- Diabetes o alto nivel de azúcar en la sangre, consecuencia de daños en los nefrones provocados por la diabetes

- Presión Sanguínea Alta que produce daños a los capilares de los riñones

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

- Pielonefritis

- Glomerulonefritis

- Poliquistosis renal

- Lupus

- 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

Diagnóstico de Insuficiencia Renal

El diagnóstico 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 (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 ERG), 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

Enfermedad Renal Crónica (ERC)

Según Delgado et al (2000), citado por Fauci (2001), la Enfermedad Renal Crónica se define como 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, 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 -ERC estado 5- y 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 cinco 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 sobre-vida. 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.

En la ERC intervienen diversos factores, entre los que 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-, pueden variar su cantidad según la ingestión proteica. Entre las sustancias que se pueden considerar como toxinas en los pacientes urémicos se encuentran la urea, los productos del metabolismo bacteriano, las aminas alifáticas y aromáticas, las poliaminas, el mioinositol, las moléculas de tamaño mediano, la homocisteína y los productos finales de Glucosilación.

Para Delgado et al (2000), citado por Fauci (2001), 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 y 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 de Enfermedad Renal Crónica (ERC)

A nivel mundial, las causas más frecuentes 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 -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 es un caso avanzado 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

Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica

El tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica, depende del grado de función renal que quede y su 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

Por lo común, la Insuficiencia Renal Crónica tiende a agravarse, independientemente del tratamiento, y si no se trata es mortal. Es aquí donde la Diálisis o el trasplante de riñón pueden salvar la vida del paciente. 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. Puede usarse también 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:

La Hemodiálisis, que puede realizarse en el hogar, en un centro de Diálisis o en un hospital, por profesionales del cuidado de la salud capacitados. En ésta, a través de una intervención quirúrgica se realiza un tipo de acceso especial, llamado Fístula Arteriovenosa (AV) - la unión de una arteria y una vena- en el brazo de la persona. 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 sujeto será conectado a una máquina de hemodiálisis, la cual drena la sangre, 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, por lo que resulta útil tener juegos o material de lectura para que la persona se mantenga ocupado durante el procedimiento. 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-, 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.

Insuficiencia Renal Aguda (IRA)

Según Rivera & Leguizamón (2000), citado en Fauci (2001), 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 homeóstasis 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 a la 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), citados en Fauci (2001), las causas del IRA se han dividido de manera convencional y conveniente en tres categorías: prerrenal, renal y postrenal. 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 Postrenal 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, citados en Fauci 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. Igualmente, cualquier objeto alejado en los riñones, que obstruya el flujo de la orina que sale de los mismos o que los lesione. 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, aunque cada persona puede experimentarlos de forma diferente. Los síntomas de la Insuficiencia Renal Aguda dependen en gran medida de la causa principal.

- 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

- o Antecedentes de ingestión de ciertos medicamentos
- o Antecedentes de traumatismo
- « Tumefacción de los tejidos
- © Inflamación de los párpados
- o Masa abdominal detectable
- Exposición a metales pesados o a solventes tóxicos

Tratamiento de la Insuficiencia Renal Aguda

El tratamiento específico para la Insuficiencia Renal será determinado por el médico del paciente basándose en la edad de la persona, su estado general de salud, sus antecedentes médicos, la gravedad de la enfermedad, el tipo de enfermedad -aguda o crónica-, la tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o terapias, las expectativas para la evolución de la enfermedad y la opinión o preferencia del paciente.

El tratamiento, como se dijo anteriormente, depende de la causa principal, y en la Insuficiencia Renal Aguda 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

Según Merck, Sharp & Dome España (2005), 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 y, 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.

Estos autores plantean que 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 volúmen 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 -los componentes que constituyen las proteínas-. Además, se limita el consumo de las sustancias que se eliminan a través de los riñones, incluyendo fármacos como la digoxina y algunos antibióticos. Dada la capacidad que tienen los antiácidos -que contienen aluminio- de adherirse al fósforo en el intestino, éstos antiácidos se pueden suministrar para prevenir que el valor sanguíneo del fósforo aumente. 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 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 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.

Asimismo, 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.

Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal

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. Puede usarse también 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: la Hemodiálisis y la Diálisis Peritoneal.

En la Hemodiálisis, mediante una intervención quirúrgica se realiza una Fístula Arteriovenosa o un Catéter Endovenoso para conectar al sujeto a una máquina de Hemodiálisis, la cual drena la sangre, la lava en una solución especial para dializado que elimina líquidos y sustancias de desecho y luego, la devuelve al torrente sanguíneo.

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.

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 solución para dializado absorbe los productos de desecho y las toxinas a través del peritoneo y 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 en cambio, requiere el uso de una máquina de Diálisis especial que puede usarse en el hogar. Este tipo de Diálisis se hace automáticamente, incluso mientras se 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.

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. Además, las personas sometidas a Diálisis pueden experimentar limitaciones en varios aspectos de su vida, especialmente porque la potencial pérdida de independencia puede llegar a ser frustrante pues estas personas están bajo la dependencia del equipo de terapia. Asimismo, 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 y 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.

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, y 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. Por ejemplo, los niños con problemas de

crecimiento pueden sentirse aislados y distintos a sus compañeros y, 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. Es así como la forma como las personas en programa de diálisis -así como su equipo de terapia- se enfrentan 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

Para efectos del presente trabajo, se entenderá como Variables la Salud Mental Positiva de los sujetos y los niveles o grados posibles de Ansiedad, Depresión y Estrés. A continuación se define conceptual y operacionalmente estas variables.

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional
Depresión	Se utiliza la descripción de García Higuera (2004), que la define 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 Conduciales.	Se medirá utilizando la "Hospital Anxiety and Depression Scale" -HADS-, diseñado para aplicación hospitalaria no psiquiátrica. Comprende 14 enunciados, 7 de Depresión que se centran en la experimentación subjetiva de síntomas como la anhedonia o 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 en la sintomatología física experimentada.

Ansiedad entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”.	La presente investigación emplea la definición de Lazarus (1976, citado por Villarroel, 2001) “la relación particular	Se medirá utilizando la “Hospital Anxiety and Depresión Scale” -HADS-, diseñado para aplicación hospitalaria no psiquiátrica. Comprende 14 enunciados referentes a la experiencia subjetiva en una semana y para el caso de Ansiedad, 7 de los enunciados son referentes a la ansiedad generalizada.
Estrés	Se tomará como la respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier demanda, ya sea causada por o ya tenga por resultado, condiciones agradables o desagradables (Selye, 1978). Y, el conjunto de trastornos o de manifestaciones patológicas que tienen su origen en el esfuerzo que realiza el organismo para adaptarse a los estímulos que sufre el organismo a causa del estrés se denomina "Síndrome de Adaptación”.	Se determinará a través de la Escala de Apreciación del Estrés, que consta de 53 reactivos considerados importantes dentro de la vida de los sujetos, distribuidos 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. Como Variable de Control se tiene en cuenta la edad y el sexo.
Salud Mental Positiva	La Salud Mental Positiva es un estado de funcionamiento óptimo de la persona -psicológico, social y físico-, que implica la promoción de las cualidades del ser humano facilitando su máximo desarrollo potencial (Lluch, 1999).	Se medirá utilizando la Escala de Medición de Salud Mental Positiva (Lluch, 1999), que evalúa factores que componen la variable satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas, autoactualización y habilidades de relaciones interpersonales.

Tabla 6. *Variables de estudio: Definición conceptual y operacional.*

Método

Tipo de Investigación y Diseño

La presente investigación se desarrolla basada en los lineamientos de una investigación transeccional cuantitativa de tipo descriptivo, cuyo propósito es -según Salkind (1999, citado por Arrivillaga, Salazar y Gómez, 2002), “describir la situación prevaleciente en el momento de realizarse el estudio”. No incluye un grupo de tratamiento ni de control, no se trata de mostrar la influencia de una variable sobre otra y

de acuerdo con Dankhe (1986, citado por Hernández 1998), busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se ha sometido a análisis. Respecto al presente estudio, se fundamentó en la descripción de la Salud Mental Positiva y sus componentes, que pueden ser afectados por variables tales como Ansiedad, depresión y Estrés en sujetos Hipertensos, sometidos a procedimientos de Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis en el Servicio de Terapia Renal de Santander (RTS), seccional Floridablanca.

De acuerdo con Hernández (1998, citado por Arrivillaga at all 2002), el diseño es transversal o transeccional, por que se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único y su propósito es describir variables y analizar su incidencia en un momento dado. En la presente investigación no se estableció continuidad en el tiempo, sino que se tomó un periodo específico, comprendido entre el 15 de Enero de 2007 hasta el 28 Febrero del mismo año.

Sujetos

Los sujetos que participaron en esta investigación son las personas Hipertensas con Insuficiencia Renal Crónica que se encuentran en terapia de Diálisis Peritoneal o Hemodiálisis en el Servicio de Terapia Renal de Santander Ltda (RTS) Seccional Floridablanca; 112 personas intervenidas con Hemodiálisis y 100 con Diálisis de Tipo Peritoneal, de los dos géneros, tanto hombres como mujeres y de estratos socioeconómicos comprendidos entre el nivel uno hasta el nivel cuatro. 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.

Muestra

Del total de la población con Insuficiencia Renal Crónica del Servicio de Terapia Renal de Santander Ltda (RTS) Seccional Floridablanca, 212 personas, se tomó una muestra de 38 personas, tanto hombres como mujeres, diagnosticadas con Hipertensión en edades comprendidas entre los 20 y 81 años y de estratos 1, 2, 3 y 4. Para mayor

claridad de las características sociodemográficas, se organiza la información en las siguientes tablas y gráficas:

<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>	
Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
19	50%	19	50%

Tabla 7. *Distribución de la Muestra por Género.*

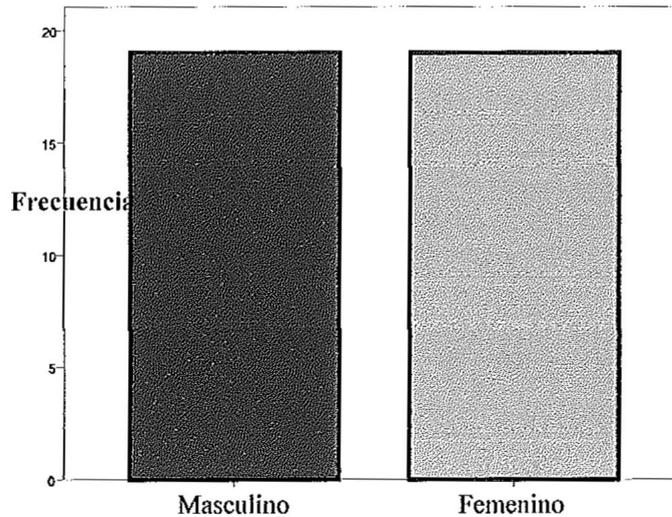


Figura 2. *Distribución de la Muestra por Género.*

Tal como se observa en la gráfica, la muestra -38 sujetos que asisten al Servicio de Terapia Renal de Santander Ltda (RTS) seccional Floridablanca- está representada de forma equitativa, ya que se encuentra distribuida en un 50% por el género masculino y el 50% restante por el género femenino; es decir el estudio contó con una proporción equivalente de hombres y mujeres.

<i>Hemodiálisis</i>		<i>Diálisis Peritoneal</i>	
Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
18	47,4%	20	52,6%

Tabla 8. *Distribución de la muestra por Tipo de Procedimiento de Diálisis.*

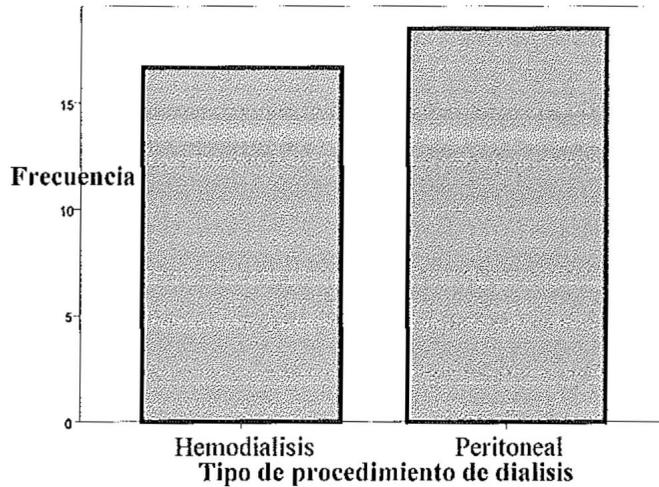


Figura 3. *Distribución de la muestra por Tipo de Procedimiento de Diálisis.*

Se puede observar que el tipo de procedimiento de Diálisis, se encuentra distribuido en un 47,4% para el procedimiento de Hemodiálisis y un 52,6% para Diálisis Peritoneal. Del total de la muestra, se presenta un porcentaje mayor de prevalencia de 52,6% por el procedimiento de Diálisis tipo Peritoneal.

<i>Estrato Socio Económico</i>							
<i>Uno</i>		<i>Dos</i>		<i>Tres</i>		<i>Cuatro</i>	
<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
7	18,4%	18	47,4%	8	21,1%	5	13,2%

Tabla 9. *Distribución de la muestra por Estrato Socioeconómico.*

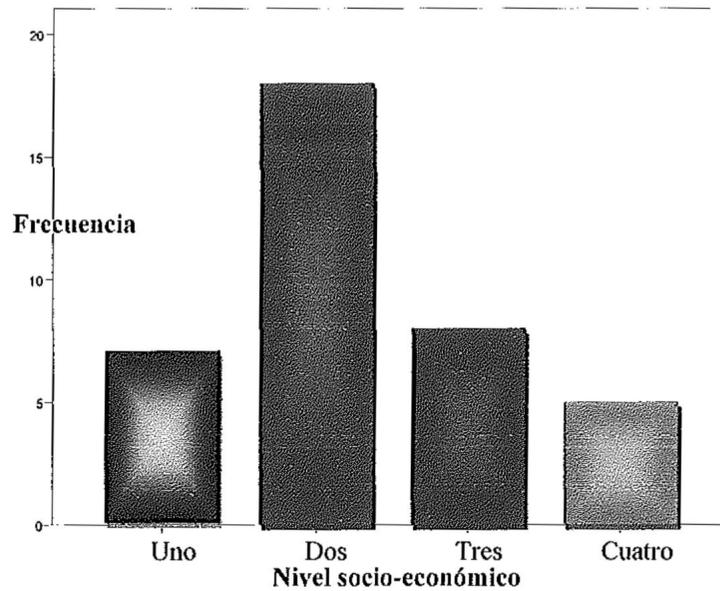


Figura 4. *Distribución de la muestra por Estrato Socioeconómico.*

Se observa entonces que, en la muestra del estudio, se presenta una concentración de sujetos pertenecientes al estrato Socioeconómico de Nivel 2, ya que el 47.4% 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.

<i>Rangos de Edad</i>									
<i>20-29</i>		<i>30-39</i>		<i>40-49</i>		<i>50-59</i>		<i>Mas de 60</i>	
F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
5	13,2	7	18,4	9	23,7	10	26,3	7	18,4

Tabla 10. *Distribución de la Muestra por Edad en Rangos.*

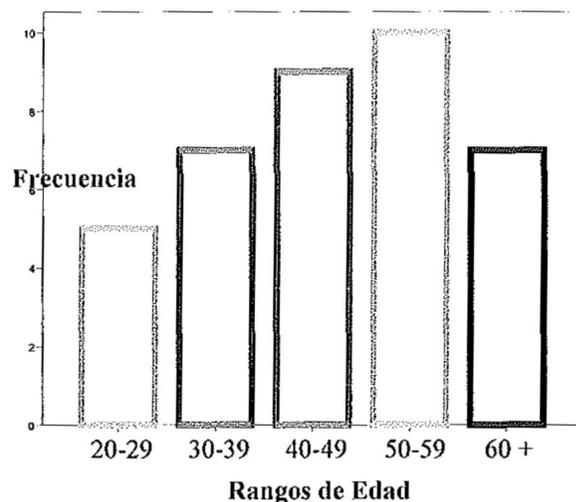


Figura 5. *Distribución de la muestra por Rangos de Edad.*

En cuanto a la distribución de la muestra por rangos de edad, se evidencia que para el rango correspondiente a Adultos Intermedios – edades comprendidas entre 40 a 59 años- el total de sujetos corresponde al 50% de la muestra de estudio. Acto seguido, los sujetos para el rango de Adultos Jóvenes -edades comprendidas entre 20 a 39 años- es del 31.6% de la muestra total y finalmente, se observa el equivalente al 18.4% de la muestra total como Adultos Mayores.

Criterios de Inclusión

- Hombres y Mujeres con diagnóstico de Hipertensión
- Hombres y Mujeres que actualmente reciben terapia Dialítica en el Servicio de Terapia Renal de Santander Ltda. (RTS) Seccional Floridablanca con asistencia regular
- Hombres y Mujeres entre los 20 y 81 años de edad
- Hombres y Mujeres en Estratos socioeconómicos de niveles 1 al 4

Criterios de Exclusión

- Hombres y Mujeres con un diagnóstico diferente a Hipertensión y que reciben terapia dialítica en el Servicio de Terapia Renal de Santander Seccional Floridablanca

® Hombres y Mujeres con diagnóstico de Déficit Cognitivo que reciben terapia dialítica en el Servicio de Terapia Renal de Santander Seccional Floridablanca

o Hombres y Mujeres menores de 18 años diagnosticados con Hipertensión que actualmente reciben terapia dialítica en el Servicio de Terapia Renal de Santander Seccional Floridablanca

Instrumentos

Con el fin de realizar la toma de datos necesarios para la investigación se utilizó una batería de test psicológicos compuesta por:

- Escala de medición de Salud Mental Positiva
- ® Escala de Depresión y de Ansiedad Hospitalaria - HADS
- Cuestionario de Ansiedad - Estado - E-A-E

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 en 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: 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	Puntuaciones para ítems negativos
(+)••	(-):
Siempre o casi siempre: valor 1	Siempre o casi siempre: valor 4
Con bastante frecuencia: valor 2	Con bastante frecuencia: valor 3
Algunas veces: valor 3	Algunas veces: valor 2
Nunca o casi nunca: valor 4	Nunca o casi nunca: valor 1

<i>Factor</i>	<i>ítem</i>	<i>Preguntas</i>
<i>SATISFACCIÓN PERSONAL</i>	Item n° 4 (+)	Te gustas como eres
	Item n° 6 (-)	Te sientes a punto de explotar en este momento de tu vida
	Item n° 7 (-)	Para ti la vida es aburrida y monótona
	Item n° 12 (-)	Miras tu futuro con pesimismo
	Item n° 14 (-)	Te consideras una persona menos importante que el resto de personas que te rodean
	Item n° 31 (-)	Creas que eres un/a inútil y que no sirves para nada
	Item n° 38 (-)	Te sientes insatisfecha/o contigo misma/o
	Item n° 39 (-)	Te sientes insatisfecha/o de tu aspecto físico
<i>ACTITUD PROSOCIAL</i>	Item n° 1 (-)	A ti te resulta muy difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes diferentes a las tuyas
	Item n° 3 (-)	Te resulta muy difícil escuchar a las personas que te cuentan sus problemas
	Item n° 23 (+)	Piensas que eres una persona digna de confianza
	Item n° 25 (+)	Piensas en las necesidades de los demás
	Item n° 37 (+)	Te gusta ayudar a los demás
<i>AUTOCONTROL</i>	Item n° 2 (-)	Los problemas me bloquean fácilmente
	Item n° 5 (+)	Eres capaz de controlarte cuando experimentas emociones negativas
	Item n° 21 (+)	Eres capaz de controlarte cuando tienes pensamientos negativos
	Item n° 22 (+)	Eres capaz controlarte en situaciones conflictivas de tu vida

	Item n° 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.
<i>AUTONOMÍA</i>	Item ti° 10 (-)	Te preocupa mucho lo que los demás piensan de ti
	Item n° 13 O	Las opiniones de los demás te influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones
	Item n° 19 (-)	Te preocupa que la gente te critique
	ítem n° 33 (-)	Te resulta difícil tener tus propias opiniones
	ítem n° 34 (-)	Cuando tienes que tomar decisiones importantes te sientes muy insegura/o
<i>RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y AUTO ACTUALIZACIÓN</i>	Item n° 15 (+)	Eres capaz de tomar decisiones por mi misma / o
	Item n° 16 (+)	Intentas sacar los aspectos positivos de las cosas malas que te suceden
	Item n° 17 (+)	Intentas mejorar como persona
	Item ti° 27 (+)	Cuando hay cambios en tu medio intentas adaptarte
	Item n° 28 (+)	Cuando hay cambios en tu medio intentas adaptarte
	Item n° 29 (+)	Los cambios que ocurren en tu rutina diaria te motivan
	Item n° 32 (+)	Tratas de aprovechar, desarrollar y elevar tus buenas aptitudes
	Item n° 35 (+)	Eres capaz de decir no cuando quieres decir no
ítem n° 36 (+)	Cuando se te presenta un problema intentas buscar posibles soluciones	
<i>HABILIDADES DE RELACIONES INTERPERSONALES</i>	Item n° 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

	Tienes dificultades para establecer
Item n° 9 (-)	relaciones con las demás personas, que sean profundas y satisfactorias
	Crees que tienes mucha capacidad para
Item n° 11 (+)	ponerte en el lugar de los demás y comprender sus respuestas
	Te consideras "un/a buen/a psicólogo/a", es
Item n° 18 (+)	decir, "un/a buen/a consejero/a; las personas vienen a ti cuando tienen problemas
ítem n° 20 (+)	Crees que eres una persona sociable
Ítem ii° 24 (-)	A ti te resulta muy difícil entender los sentimientos de los demás
Ítem n° 30 (-)	Tienes dificultades para relacionarte abiertamente con tus profesores/jefes

Tabla 11. *Factores Salud Mental Positiva.*

Escala de Depresión y de Ansiedad Hospitalaria - HADS

El soporte conceptual de los aspectos que mide la escala HADS no fue relacionado por los Autores de la Prueba, ni por parte de los distribuidores en el Reino Unido o Estados Unidos. Sin embargo se hará mención de los aspectos técnicos de la prueba

La Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS), es una escala de autovaloración 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). 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, 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

Nivel Alto: de 13 a 21 puntos

Escala de Apreciación de Estrés - E.A.E.

El soporte conceptual de los aspectos que mide la escala de Apreciación de Estrés no fue relacionado por los Autores de la Prueba, ni por parte de los distribuidores en España (TEA ediciones). Sin embargo se hará mención de los aspectos técnicos de la prueba

La Escala de Apreciación del Estrés fue diseñada por Fernandez Seara y Mielgo Robles, es de administración tanto individual, como colectiva y su tiempo de aplicación se estima entre 20 y 30 minutos. La población a la cual está dirigida es adultos entre los 18 y los 85 años de edad. La escala se evalúa a partir de las situaciones que potencialmente generan estrés, así como la incidencia y la intensidad con la que afectan en la vida de cada sujeto.

La prueba 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. 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, pero además, posee tres objetivos más a saber: 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.

Para la valoración se observa si el número de agentes estresantes acontecidos en la vida del sujeto es o no significativa comparándolo con su grupo normativo. De ahí, se analiza si hay discriminación en la afectación en el tiempo presente (A) y pasado (P), para ello se comparan entre sí las puntuaciones del sujeto obtenidos en esos dos parámetros y con la media del grupo normativo. De esta forma, se analiza la relevancia de los acontecimientos estresantes señalados por el sujeto en toda la escala.

	<i>Frecuencia SI</i>	<i>Afectación Tiempo</i>	<i>Intensidad</i>	
			Parcial	Total
Media (X)	22.53	11.7	25.4	51.5
Desviación	8.9	10.6	24.5	16.3

Tabla 12. *Medias y desviaciones Típicas Prueba EAE.*

<i>Paxntil</i>	5	10	15	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	90	95	99
<i>Puntaje</i>	19	22	27	33	36	40	43	47	51	54	57	62	69	77	85-90	97	106	120-123
	<i>Media</i>													515				
	<i>Desviación</i>													163				

Tabla 13. *Puntuaciones Típicas y Percentiles Prueba EAE.*

Procedimiento

1. Selección del tema.
2. Búsqueda de Información Bibliográfica para el marco teórico. Se inició con una exploración sobre la temática relacionada con depresión, ansiedad y estrés asociados a la Salud Mental Positiva de hipertensos en Diálisis.
3. Consulta con el doctor Alvaro Ordóñez, Nefrólogo, Coordinador y Jefe de Investigación del Servicio de Terapia Renal de Santander seccional Floridablanca, experto en Insuficiencia Renal Crónica y con la Ps. Doris Amparo Barreto.
4. Establecimiento de acuerdo, a través de un convenio con las instituciones Servicio de Terapia Renal de Santander (RTS) Seccional Floridablanca y la Universidad Autónoma de Bucaramanga para el desarrollo del proyecto.
5. 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.
6. Elaboración del Consentimiento Informado. (Ver Apéndice A),
7. Sensibilización de la población para la aplicación del estudio mediante el diseño de un folleto informativo general del proyecto y sus objetivos, para ser presentados a la población de estudio.
8. Toma de Datos: Sobre un listado de 216 personas, se escogió aleatoriamente una muestra de 38 sujetos. Acto seguido, 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.
9. Elaboración del Informe.

Resultados

A continuación se encuentran los resultados de la investigación, mediante figuras y tablas que apoyan la descripción de la información, los cuales se presentan bajo un análisis estadístico descriptivo de frecuencias. Este análisis permite apreciar de manera descriptiva, los datos de la muestra y tener una visión general de cómo los

comportamientos de las variables explica las características de la misma. De igual forma, se categoriza la información de acuerdo con los objetivos de la investigación.

El análisis se divide en las siguientes categorías de información:

1. Características sociodemográficas -edad, género y estrato- y tipos de procedimiento de Diálisis -Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal- descrita en las tablas 14 y 15.
2. Características de la Salud Mental Positiva -preguntas por factor y opciones de respuesta para la muestra de estudio-, presentadas desde la tabla 16 a la tabla 21. Igualmente, se hace un análisis por cada factor que integra la Salud Mental Positiva.
3. Características Sociodemográficas en relación con los niveles de ansiedad y depresión, mostrados desde la tabla 22 a la tabla 27.
4. Características Sociodemográficas en relación con los niveles de estrés, manifestados desde la tabla 28 a la tabla 39.

Características sociodemográficas -edad, género y estrato-y tipos de procedimiento de Diálisis -Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal-

<i>Estrato Socio Económico</i>	<i>Hemodiálisis</i>		<i>Diálisis Peritoneal</i>		Total				
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino					
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Uno	0	0	0	0	4	20	3	15	7
Dos	4	22,2	5	27,8	5	25	4	20	18
Tercero	3	16,7	3	16,7	0	0	2	10	8
Cuatro	3	16,7	0	0	0	0	2	10	5
Total	10	55,6	8	44,4	9	45	11	55	38

Tabla 14. *Relación del tipo de procedimiento de Diálisis por Estrato Económico*

y Género.

En general, el tipo de procedimiento de Hemodiálisis, es de mayor prevalencia en el género masculino -55.6% -, respecto al género femenino, que presentan un 44.4%. Caso contrario, para el tipo de procedimiento de Diálisis Peritoneal, el género femenino es el que presenta un porcentaje mayor -55%- frente al género masculino -45%-. Los sistemas de procedimientos favorecen mejores condiciones de vida para los usuarios, en

especial el tipo Peritoneal, facilita el desarrollo de actividades durante el día. En ese sentido favorece la calidad de vida.

Para Ballesteros (citado por Maya, 2001), la definición de Calidad de Vida podría sintetizarse en una conceptualización multidimensional la cual integra la participación de factores personales y Socioambientales. Entre los factores personales la autora incluye la Salud, el Ocio, las relaciones Sociales y la Satisfacción de Necesidades. Entre los factores socio-ambientales se encuentran las condiciones económicas, servicios de Salud y Apoyo Social determinando Estilos de Vida individuales y colectivos.

La tabla permite evidenciar que hay una mayor concentración de presentación de la enfermedad en los estratos bajos -1 y 2-, los cuales no poseen los recursos y condiciones económicas, sociales, de salud y de educación suficientes, por lo que afecta su Calidad de Vida y en consecuencia, generan Estilos de Vida pocos saludables, contribuyendo a su vez a una alta prevalencia de la enfermedad renal.

El nivel Socioeconómico donde se concentra la muestra se convierte en riesgo para el proceso de Diálisis según lo planteado por Baltimore (2003), pues podría verse afectado por la Calidad de Vida de los pacientes, razón por la cual se sugiere ser constantemente evaluados como parte del cuidado de los pacientes en etapas terminales de la enfermedad renal.

Al respecto, Lew & Piraino (2005), afirman que medidas simples del concepto de Calidad de Vida deberían ser obtenidas rutinariamente en los pacientes sometidos a los procedimientos de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal, favoreciendo un rápido reconocimiento de problemas y la educación de los pacientes sobre la importancia de este concepto y su influencia en la enfermedad renal.

La Calidad de Vida, podría ser desde el punto de vista de las condiciones económicas, un determinante para escoger el tipo de procedimiento de Diálisis. Esto podría confirmar la ausencia de sujetos del estrato 1 para el tipo de procedimiento Hemodiálisis, por los altos costos que puede representar.

<i>Rangos/ de Edad</i>	<i>Hemodiálisis</i>				<i>Diálisis Peritoneal</i>				Total
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		
	F	%	F	%	F	%	F	%	

20-29	0	0	2	11,1	1	5	2	10	5
30-39	3	16,7	0	0	2	10	2	10	7
40-49	0	0	3	16,7	3	15	3	15	9
50-59	3	16,7	1	5,6	3	15	3	15	10
60-	4	22,2	2	11,1	0	0	1	5	7
	10	55,6	8	44,4	9	45	11	55	38

Tabla 15. *Relación de! tipo de procedimiento de Diálisis por Rangos de edad y*

Género en hombres y mujeres con Hipertensión Arterial.

La Enfermedad Renal se concentra principalmente en la población de Adultos Intermedios, con el 50% del total de la población. De acuerdo con López, (citado por Jaramillo 2004), la Hipertensión Arterial, es una enfermedad común y un factor de riesgo mayor en el desarrollo de insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebro - vascular e insuficiencia renal y podría estar asociado al Estilo de Vida de ios pacientes. En el caso de los Adultos Intermedios, tienden a establecer dietas con altas cantidades de sodio y grasas saturadas -en Santander, con alto consumo de platos típicos como las llamadas “fritangas”-, aumento de peso, prácticas infrecuentes de ejercicio, manejo inadecuado del estrés, adquisición de conductas como el alcohol, consumo de cafeína y el tabaquismo, entre otros.

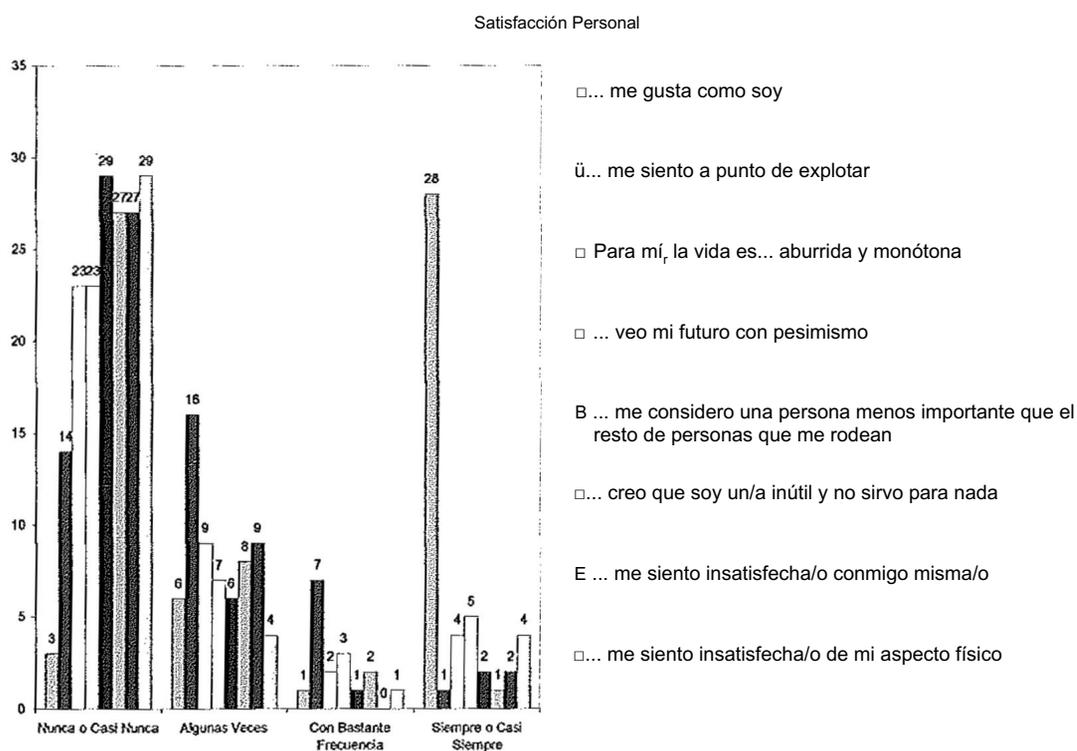
De la misma forma, para los autores Charry y García (2005), aunque se desconoce el mecanismo de la Hipertensión Arterial este se ha relacionado con una serie de factores tales como herencia, sexo, edad y raza los cuales son poco modificables; así como otros factores como hábitos, ambientes, costumbres y un Estilo de Vida muy sedentario. Esto podría explicar lo que sucede con la muestra donde la mayor concentración se ubica en el rango de Adultos Intermedios, periodo de la vida donde se expresa en la salud el resultado de su historia y Estilo de vida. Además, la población de estudio, se encuentra aún en etapa productiva con un ritmo de vida acelerado, indicando posiblemente la prevalencia de la enfermedad renal. Lo anterior, confirma que el periodo evolutivo y productivo donde se encuentran facilita el tipo de procedimiento, pues en el caso de diálisis Peritoneal el 63.15% pertenecientes a este rango lo utiliza, a diferencia del procedimiento de Hemodiálisis, donde solo lo utiliza el 30.85%, pues éstos últimos requieren invertir mayor tiempo en una parte del día para su tratamiento.

Características de la Salud Mental Positiva

Factor 1: Satisfacción Personal

Preguntas	Opciones de Respuesta							
	N OCN		AV		CBF		S OCS	
...me gusta como Soy	3	7,9%	6	15,8%	1	2,6%	28	73,6%
... me siento a punto de explotar	14	36,8%	16	42,1%	7	18,4%	1	2,6%
Para mí la vida es... aburrida y monótona	23	60,5%	9	23,7%	2	5,26%	4	10,5%
... veo mi futuro con pesimismo	23	60,5%	7	18,4%	3	7,9%	5	13,1%
... me considero una persona menos importante que el resto de las personas que me rodean	29	76,3%	6	15,8%	1	2,6%	2	2,6%
... creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada	27	71%	8	21%	2	2,6%	1	2,6%
... me siento insatisfecha/o conmigo misma/o	27	71%	9	23,7%	0	0%	2	2,6%
... me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico	29	76,3%	4	10,5%	1	2,6%	4	10,5%

Tabla 16. Factor 1: Satisfacción Personal y Opciones de Respuesta.



Gráfica 1. Factor 1: Satisfacción Personal y Opciones de Respuesta.

El primero de los factores que compone la Salud Mental Positiva es la Satisfacción Personal, que se refiere a los aspectos referidos al autoconcepto,

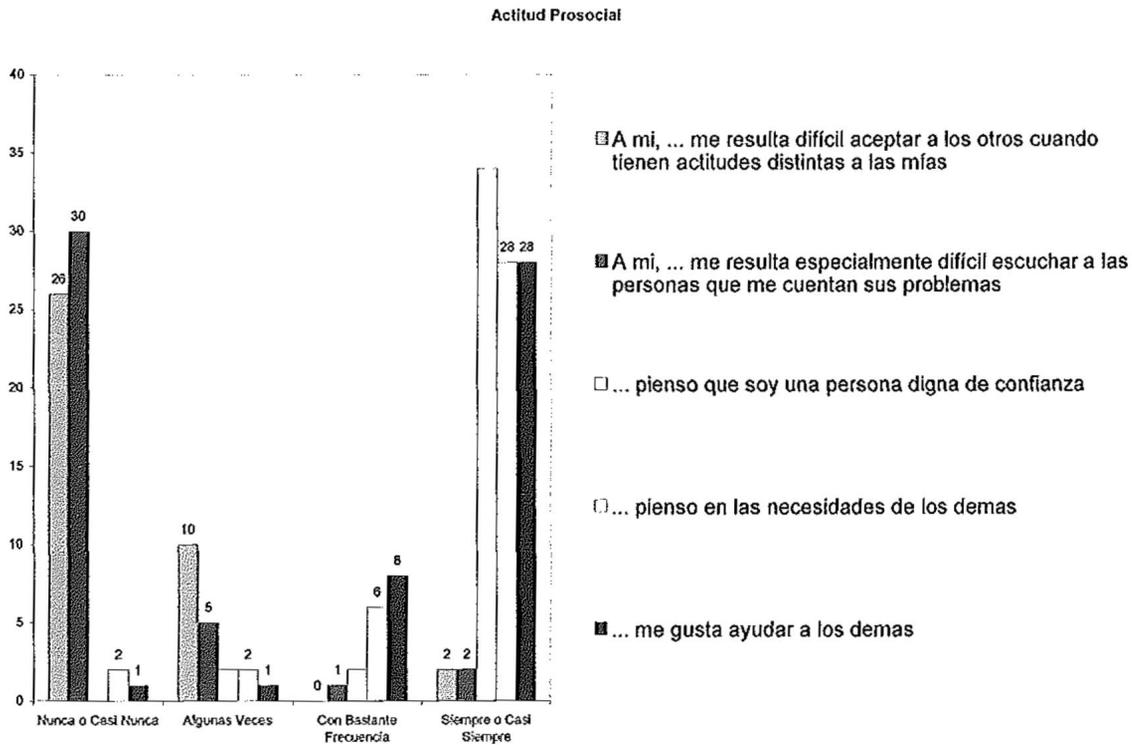
enfaticando en la importancia de la autopercepción, que implica que la persona haya aprendido a vivir consigo misma, a aceptarse tal cual es. Este factor esta compuesto por ocho ítems que permiten apreciar la distribución de la muestra en cada uno de ellos.

En lo referente a la Satisfacción Personal, en general se evidencia que a pesar del tratamiento riguroso determinado por su enfermedad, la muestra de estudio, se siente satisfecha consigo mismo, representado en el 73.6%; presentando un autoconcepto que conlleva a una adecuada autoestima, aunque en ocasiones se puede presentar poca concordancia entre el yo real -condición actual de la enfermedad- y el yo ideal -lo que haría si no estuviera enfermo-, lo que a veces los hace sentirse frustrados, inclinándolos en ocasiones a sentirse a punto de explotar, visto en un 42.1% de la muestra.

Factor 2: Actitud Prosocial

<i>Actitud Prosocial</i>	<i>Opciones de Respuesta</i>								
	<u>Regatas</u>	<u>NOCN</u>	<u>AV</u>	<u>CBF</u>	<u>SOCS</u>				
A mi me resulta muy difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes diferentes a las tuyas	26	68,4%	10	26,3%	0	0%	2	5,2%	
Me resulta muy difícil escuchar a las personas que te cuentan sus problemas	30	78,9%	5	13,1%	2	5,2%	2	5,2%	
Pienso que es importante tener una digna de confianza	0	0%	2	5,2%	2	5,2%	34	89,4%	
Pienso en las necesidades de los demás	2	5,2%	2	5,2%	6	15,8%	28	73,7%	
Me gusta ayudar a los demás	1	2,6%	1	2,6%	8	21%	28	73,7%	

Tabla 17. *Factor 2: Actitud Prosocial y Opciones de Respuesta.*



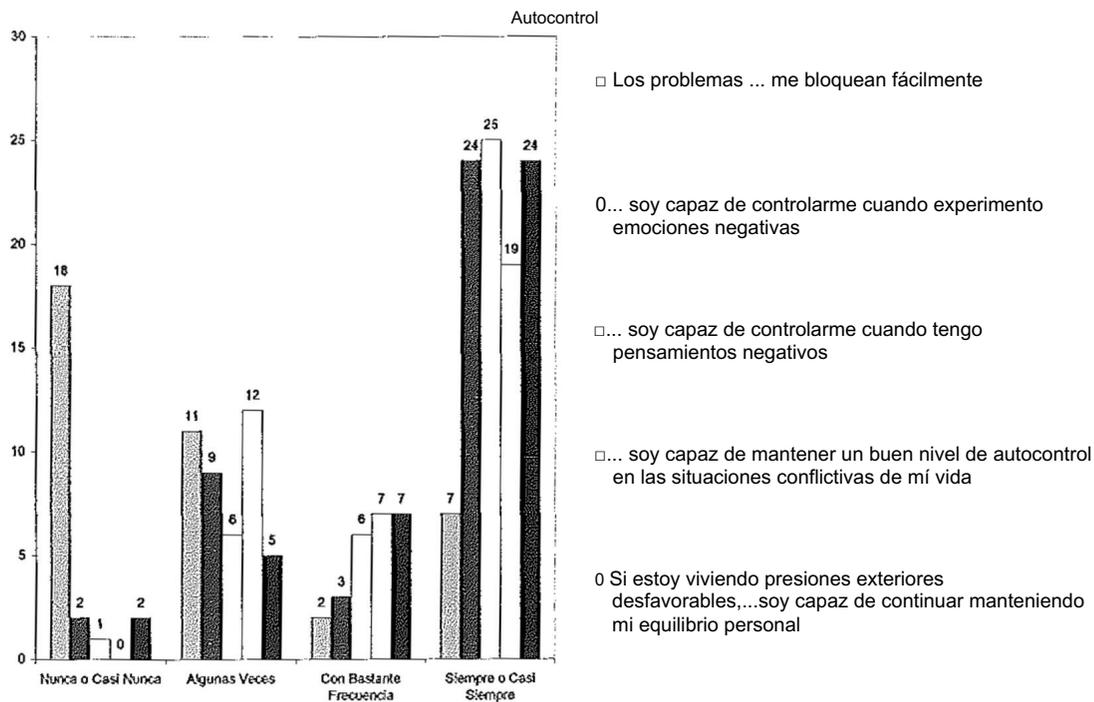
Gráfica 2. Factor 2: Actitud Prosocial y Opciones de Respuesta.

Para Jahoda (1958, citado por Lluch, 1999), la implicación en la vida permite la participación activa en diferentes actividades como en 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. Este segundo factor está compuesto por cinco ítems, como se muestra arriba en la tabla 17.

La Actitud Prosocial, tiene como característica, personas con una alta valoración de sí mismas al considerarse dignas de confianza -89.4%-, sensibles a las necesidades de los demás -73.7%- y dispuestos a prestar ayuda -73.7%-. Los resultados obtenidos explican cómo en la unidad de diálisis, se forman grupos de apoyo que favorecen actitudes de ayuda a los nuevos pacientes que ingresan a la unidad; así como adecuadas relaciones entre sí mismos.

Factor 3: Autocontrol

Preguntas	Opciones de Respuesta							
	NOCN		AV		CBF		SOCS	
Los problemas me bloquean fácilmente	18	47,3%	11	28,9%	2	5,3%	7	18,4%
Soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas	2	5,3%	9	23,7%	3	7,9%	24	63,1%
Soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos	1	2,6%	6	15,8%	6	15,8%	25	65,8%
Soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida	0	0%	12	31,3%	7	18,4%	19	50%
Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables, soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal	2	5,3%	5	13,1%	7	18,4%	24	63,1%

Tabla 18. *Factor 3: Autocontrol y Opciones de Respuesta.*Gráfica 3. *Factor 5: Autocontrol y Opciones de Respuesta.*

Para Jalioda (1958) el concepto 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 Llucli (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.

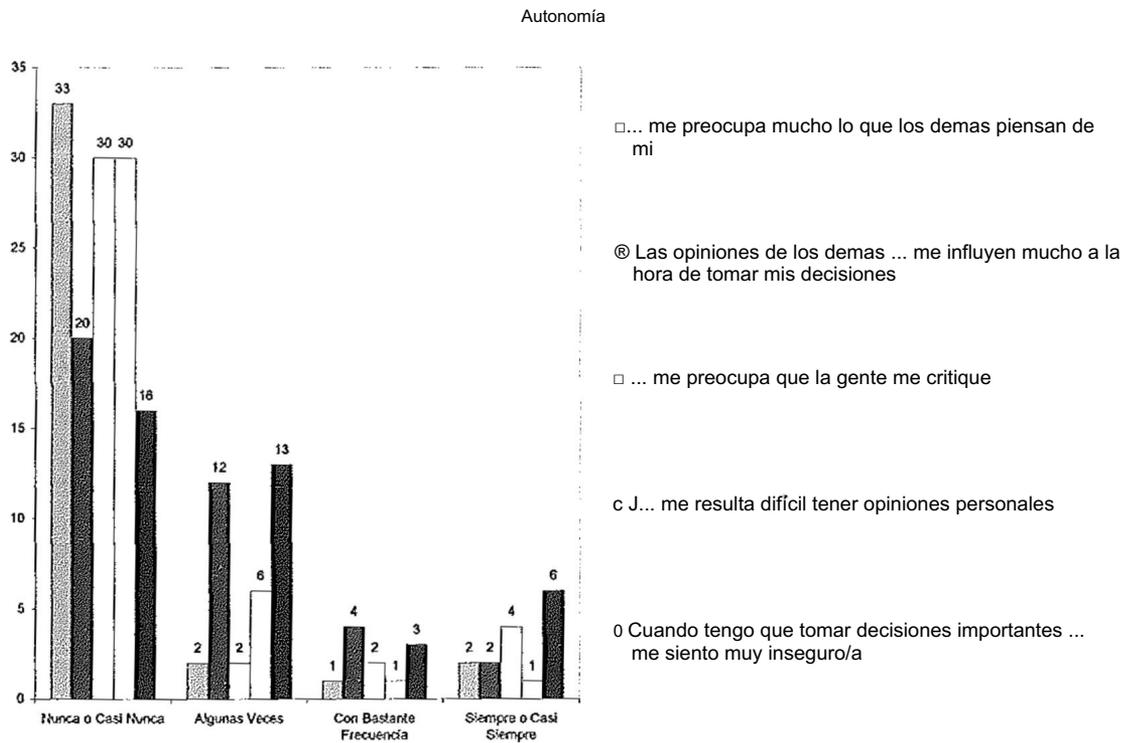
Los pacientes que se someten a los procedimientos de Diálisis parecen evidenciar según el análisis de los ítems, un Autocontrol favorable desde sus pensamientos -65.8%-, que les permite continuar manteniendo su equilibrio personal -63.1%- entre el manejo de sus emociones negativas y las presiones externas -63.1%- que producen su condición.

Según Rojas (1989), la respuesta del organismo a un estado de tensión excesiva y permanente lo sitúa en unas condiciones de vida que le llevan continuamente al borde del agotamiento, a una acumulación de sobre esfuerzo constante y a una tensión emocional fuerte. Aunque en ocasiones los pacientes objeto de estudio tienden a ser bloqueados fácilmente por los problemas -31.5%-, algunas situaciones conflictivas los lleva a perder el control, lo cual muestra la necesidad de aprender a manejar formas de afrontamiento para tales situaciones.

Factor 4: Autonomía

<i>Autonomía</i> Begonias	<i>Opciones de Respuesta</i>							
	NOCN		AV		CBF		SOCS	
Mepcocupamuchol que Jos demás piensan demi	33	86,8%	2	5,2%	1	2,6%	2	5,2%
Las opiniones de los demás infligen mucho a h bota de tomar decisiones	20	52,6%	12	31,5%	4	10,5%	2	5,2%
Mepteocupaque h gente mecritique	30	78,9%	2	5,2%	2	5,2%	4	10,5%
Meiesultadifícil tener mis propias opiniones	30	78,9%	6	15,8%	1	2,6%	1	2,6%
Citarlo tengo que tornar decisiones importantes me siento muy insegiao'a	16	42,1%	13	34,2%	3	7,6%	6	15,8%

Tabla 19. *Factor 4: Autonomía y Opciones de Respuesta.*



Gráfica 4. Factor 4: Autonomía y Opciones de Respuesta.

Este cuarto factor está compuesto de cinco ítems referidos al grado de dependencia e independencia frente a las influencias sociales. Los ítems que lo componen, permiten apreciar la distribución de la muestra en cada uno de ellos de tal modo que caracteriza la Salud Mental Positiva desde este factor.

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.

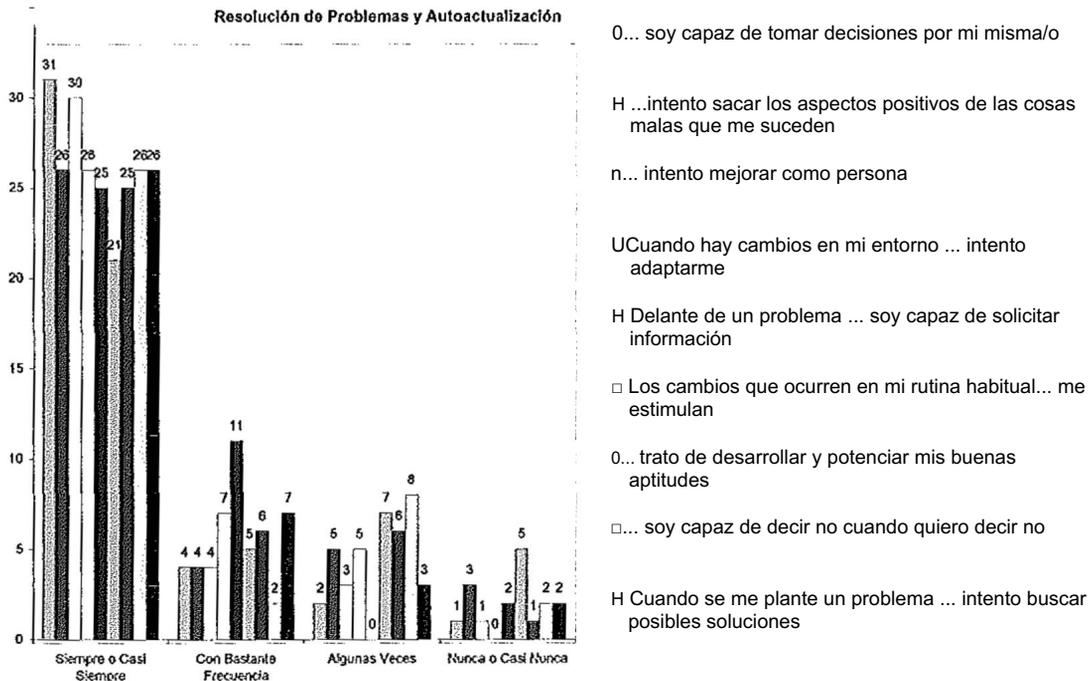
Los pacientes que se someten a los procedimientos de Diálisis parecen evidenciar, según el análisis de los ítems, una actitud favorable a hacer caso omiso del concepto que los demás puedan tener acerca de ellos -86.8%- y poca preocupación frente a las críticas provenientes de su medio social -78.9%-. A pesar de la facilidad de la construcción de conceptos y opiniones propias -78.9%-, cuando tienen que tomar decisiones importantes, los sujetos en algunas ocasiones se sienten inseguros -34.2%-.

Factor 5: Resolución de problemas y Actualización

Preguntas	NOCN		Optima (k Respuesta)			SOCS		
			AV	CBF				
Soy capaz de tomar decisiones por mi mismo	1	2,6%	2	52%	4	10,5%	31	81,5%
Intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden	3	7,5%	5	13,1%	4	10,5%	26	68,4%
Intento mejorar como persona	1	2,6%	3	7,9%	4	10,5%	30	78,9%
Cuando hay cambios en mi medio, intento adaptarme	0	0%	5	13,1%	7	18,4%	26	68,4%
Delante de un problema soy capaz de solicitar información	2	5,2%	0	0%	11	28,9%	25	65,8%
Los cambios que ocurren en mi rutina diaria me motivan	5	13,1%	7	18,4%	5	13,1%	21	55,2%
Trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes	1	2,6%	6	15,8%	6	15,8%	25	65,8%
Soy capaz de decir no cuando quiero decir no	2	5,2%	8	21%	2	5,2%	26	68,4%
Cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones	2	5,2%	3	7,9%	7	18,4%	26	68,4%

Tabla 20. Factor 5: Resolución de problemas y Autoactualización y Opciones de

Respuesta.



Gráfica 5. Factor 5: Resolución de Problemas y Actualización y Opciones de Respuesta.

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 la vida; 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.

Para el Factor 5, Resolución de Problemas y Autoactualización y los nueve ítems que lo componen, el planteamiento se centra en la capacidad para dar soluciones efectivas a sus problemas según una línea de crecimiento y desarrollo personal. Este factor tiene como característica en el presente estudio, personas con capacidad de toma decisiones -81.5%- en la búsqueda de posibles soluciones a sus dificultades -68.4%-.

Los resultados obtenidos explican cómo, en situaciones conflictivas que se presentan en la unidad de diálisis, a causa de la falta de adaptación -13.1%-, la muestra en general tiende a exponer, de una parte, sus puntos de vista de forma asertiva, especialmente cuando los eventos son desfavorables y de otra, a generar posibles soluciones que favorecen su relación con el medio.

En general, la Solución de Problemas por parte de estos sujetos implica una participación activa en las diferentes actividades de su vida ya sea en su trabajo, su hogar, su tiempo libre y en las relaciones con los demás. Las puntuaciones reflejan favorabilidad en este factor; sin embargo, existe ocasiones donde los sujetos, tienden a estancarse, en su desarrollo personal y metas -15.8%-, posiblemente debido a la condición de cronicidad de su enfermedad.

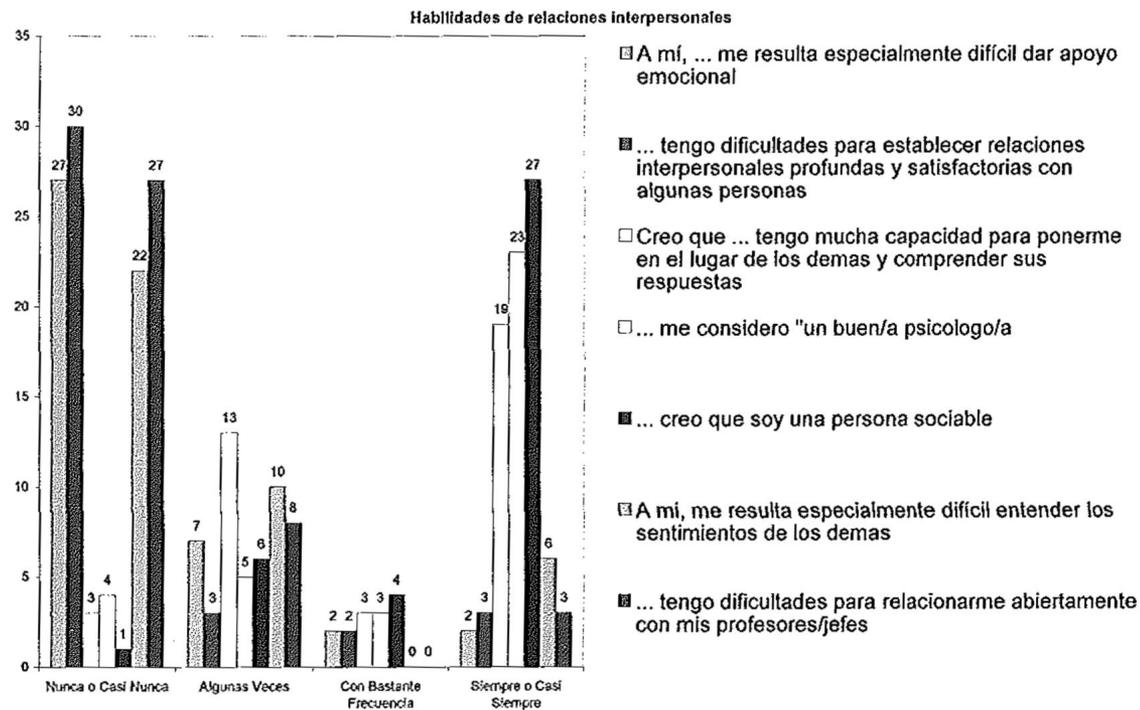
Factor 6: Habilidades de Relaciones Interpersonales

<i>Habilidades de Relaciones Interpersonales</i>	<i>Opciones de Respuesta</i>							
	Pupilas		AV		CBF		SOCS	
Ami Bieieaifeespecialimiteidificil(ii*apojoi)oc;oiial	27	71%	7	18,4%	2	52%	2	52%
Tengo difincfxfes paia establecer relaciones intetpeisonales ptofiindas y30	78,9%	3	7,9%	2	5,2%	3	7,9%	

satisfacción con algunas personas								
Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus necesidades	3	7,9%	13	34,2%	3	7,9%	19	50%
Me considero un buen Psicólogo	4	10,5%	5	13,1%	3	7,9%	23	60,3%
Creo que soy una persona sociable	1	2,6%	6	15,8%	4	10,3%	27	71%
A mí me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás	22	57,8%	10	26,3%	0	0%	6	15,8%
Tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes	27	71%	8	21%	0	0%	3	7,9%

Tabla 21. Factor 6: Habilidades de Relaciones Interpersonales y Opciones de

Respuesta.



Gráfica 6. Factor 6: Habilidades de Relaciones Interpersonales y Opciones de

Respuesta.

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 mantener su desarrollo y autoexpresión individual.

Para el Factor Habilidades de Relaciones Interpersonales y los siete ítems que lo componen, el planteamiento se centra en la capacidad de interactuar con los demás para el beneficio mutuo. Según los resultados obtenidos, se puede afirmar que la mayoría de sujetos evidencian ser personas sociables -71 %-, lo que les favorece al tener relaciones afectivas positivas -78.9%- y les posibilita el comprender los problemas de los demás -50%-. Esto puede explicar el ambiente favorable y las adecuadas relaciones que se generan al interior de la unidad de diálisis, así como en las diferentes áreas de la vida en que éstos se desenvuelven.

En ocasiones, debido a la dificultad de situaciones estresantes, algunos sujetos manifiestan presentar dificultad en ponerse en el lugar de los otros -34.2%- generado posiblemente por la cronicidad de la enfermedad renal.

Características Sociodeniográficas en relación con los niveles de Ansiedad y Depresión

Ansiedad

La ansiedad es definida por Lazaros (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.

Dentro del estudio, esta evaluación cognitiva puede llegar a ser un determinante para que se presenten menores niveles de ansiedad dentro del procedimiento de Hemodiálisis frente a la Diálisis de tipo Peritoneal en donde la responsabilidad, el bienestar e integridad del usuario pueden llegar a verse comprometidos por infecciones y otras complicaciones de tipo médico. Esto puede llegar a ofrecer explicación sobre la ausencia de altos niveles de ansiedad dentro del procedimiento de la Hemodiálisis.

<i>HADS</i> <i>AJTSiCM</i>	<i>Hemodiálisis</i>				<i>Diálisis Peritoneal</i>				Total
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Bajo	10	55,6	4	22,2	6	30	6	30	26
Medio	0	0	4	22,2	2	10	3	15	9
Alto	0	0	0	0	1	5	2	10	3
Total	10	55,6	8	44,4	9	45	11	55	38

Tabla 22. *Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Género en Escala TIADS de Ansiedad.*

Villarroel (2001), considera al afrontamiento como el segundo de los factores componentes de la ansiedad y su manifestación. Un estudio realizado por Belkys (2004) concluye que la ansiedad es más frecuente en el género femenino dentro de los procedimientos de Hemodiálisis; la información presentada por Belkys coincide frente a los datos encontrados en el presente estudio, pues para el procedimiento de Hemodiálisis, el género femenino -22.2%-, tiende a presentar mayores niveles de ansiedad que el género masculino; pero no son concluyentes frente a lo estipulado en el procedimiento de Diálisis Peritoneal. Las técnicas de afrontamiento pueden llegar a ser un factor determinante para que en el género femenino dentro del procedimiento de Hemodiálisis se observen mayores niveles de ansiedad.

<i>HADS</i> <i>Ansiedad</i>	<i>Hemodiálisis</i>						<i>Diálisis Peritoneal</i>						Total
	Jóvenes		Íntermedios		Adultos		Jóvenes		Íntermedios		Adultos		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
Bajo	5	27,8	4	22,2	5	27,8	3	15	8	40	1	5	26
Medio	0	0	3	16,7	1	5,6	3	15	2	10	0	0	9
Alto	0	0	0	0	0	0	1	5	2	10	0	0	3
Total	5	27,8	7	38,9	6	33,3	7	35	12	60	1	5	38

Tabla 23. *Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Rangos de Edad en la Escala HADS de Ansiedad.*

La Tabla 23 muestra que se presentan bajos niveles de Ansiedad en el tipo de procedimiento de Hemodiálisis, en donde el 77.8% de la población se concentra en esta categoría. Éste nivel frente al 60% de bajos niveles de ansiedad en el procedimiento de

Diálisis Peritoneal, se muestra significativo, ya que en este último tipo de procedimiento se presenta concentración de sujetos en niveles altos de ansiedad.

Respecto a los grupos de edad, el procedimiento de Hemodiálisis es preferido por los Adultos Mayores -33.3%-, en relación con los adultos mayores que acuden al servicio de diálisis peritoneal -5%-, mientras que el procedimiento de Diálisis Peritoneal es preferido por los Adultos Intermedios -60%- y, frente a esta cantidad de usuarios, el 38.9% presentan bajos niveles de ansiedad, presentado también por grupos de edad, por lo que pueden estar mediados por factores dentro de los estilos de vida productivos.

HADS /bisiedid	Hemodiálisis								Diálisis Peritoneal								Total
	Uno		Dos		Tres		Cuatro		Uno		Dos		Tres		Cuatro		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
Bajo	0	0	6	33,3	5	27,8	3	16,7	4	20	5	25	2	10	1	5	26
Medio	0	0	3	16,7	1	5,6	0	0	2	10	2	10	0	0	1	5	9
Alto	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	2	10	0	0	0	0	3
Total	0	0	9	50	6	33,3	3	16,7	7	35	9	45	2	10	2	10	38

Tabla 24. *Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Estrato Socio-económico en la Escala HADS de Ansiedad.*

La tabla muestra que el procedimiento de Hemodiálisis no es preferido por los usuarios de estrato Uno (0%), en relación a la cantidad de pacientes que asisten de este mismo estrato para el procedimiento de Diálisis Peritoneal. La tabla evidencia que el estrato predominante de la muestra total es el estrato de nivel Dos, siendo el 50% de la muestra en el procedimiento de Hemodiálisis y el 45% en la Diálisis de Tipo Peritoneal. La tabla evidencia que los sujetos del estrato Dos, tanto para el procedimiento de Hemodiálisis -16,7%- y Diálisis Peritoneal -20%-, evidencian niveles medios e inclusive altos -10%- de ansiedad, presentando mas frecuencia que en los demás estratos. Dentro de los usuarios de los servicios de la unidad renal, a pesar de que muchos de ellos no dispongan de suficientes recursos económicos y que, algunos evidencien una calidad de vida adecuada, como en los estratos socioeconómicos mas altos, en general se presentan bajos niveles de ansiedad.

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.

HADS Ansiedad	Hemodiálisis				Diálisis Peritoneal				Total
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Bajo	8	44,4	7	38,9	9	45	8	40	32
Medio	2	11,1	1	5,6	0	0	1	5	4
Alto	0	0	0	0	0	0	2	10	2
Total	10	55,6	8	44,4	9	45	11	55	38

Tabla 25. Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Género en la Escala HADS de Depresión.

Para efecto de los resultados obtenidos en el presente estudio, se evidencia que tanto el género como el procedimiento de Diálisis no son factores determinantes como generadores de niveles de depresión, ya que en los dos tipos de procedimiento se encontraron niveles bajos de depresión en los sujetos del estudio (Hemodiálisis 83.3% y Peritoneal 85% de nivel bajo de Depresión); esto debido posiblemente a que los sujetos del estudio presentan una resistencia a las situaciones estresantes del diario vivir, tolerancia a la frustración y adecuadas estrategias de afrontamiento. En términos generales, el género masculino tiende a presentar menores signos de depresión (44,4% en bajos niveles de depresión en Hemodiálisis y 45% de bajos niveles Depresión en Diálisis Peritoneal).

HADS Depresión	Hemodiálisis						Diálisis Peritoneal						Total
	JÓVENS		Intermedios		Mayores		JÓVENS		Intermedios		Mayores		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
Bajo	4	22,2	5	27,8	6	33,3	6	30	10	50	1	5	32
Medio	1	5,6	2	11,1	0	0	1	5	0	0	0	0	4
Alto	0	0	0	0	0	0	0	0	2	10	0	0	2
Total	5		7	38,9	6	33,3	7	35	12	60	1	5	38

Tabla 26. Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Rangos de Edad en Escala HADS de Depresión.

La tabla evidencia las menores tendencias en niveles de Depresión en los Adultos mayores -33.3%- en procedimiento de Hemodiálisis; por el contrario, los adultos intermedios para el procedimiento de Diálisis Peritoneal -50%- son los que evidencian menores niveles de depresión. Esto puede deberse al proceso de adaptación que los adultos mayores cursan en la Hemodiálisis y al menor grado de dependencia generado por el procedimiento de Diálisis Peritoneal en Adultos Intermedios.

Contrario a los resultados encontrados en 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 y, que de la misma forma Belkys (2004), confirman los resultados del anterior autor, llegando a la conclusión que la Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad progresiva e irreversible, que cursa con ansiedad y depresión que influye en la vida familiar y ocupacional de los pacientes causando dificultades que aumenta los síntomas psicológicos, en el presente estudio, se encuentra que si existen los factores de depresión y ansiedad, pero son presentados en un nivel bajo, de forma tal que los pacientes puede, ya sea solos o en compañía de allegados y/o profesionales, manejar dichos conflictos generados por el transcurso de su enfermedad.

HADS Depresión	Hemodiálisis						Diálisis Peritoneal						Total				
	Uno		Dos		Tres		Quilú		UIK)		Dos			Tres		Quilú	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		F	%	F	%
Bajo	0	0	9	50	3	16,7	3	16,7	5	25	8	40	2	10	2	10	32
Medio	0	0	0	0	3	16,7	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	4
Alto	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	1	5	0	0	0	0	2
Total	0	0	9	0	6	33,3	3	16,7	7	35	9	45	2	10	2	10	38

Tabla 27. Distribución de Sujetos Hipertensos por tipo de Diálisis y Estrato Socioeconómico en la Escala HADS de Depresión.

Retomando el estudio que realizó Lew y Piraino (2005), la depresión es el factor psicosocial más ampliamente reconocido observado en pacientes que afrontan eminentemente el proceso de Diálisis y en pacientes con Enfermedad Crónica del Riñón -aproximadamente el 25% de los sujetos-. Los autores encontraron en su estudio que una vez que los sujetos se encuentran en Diálisis, la proporción de pacientes con depresión disminuye a aproximadamente el 6%. Para el presente estudio los niveles bajos de

Depresión encontrados en la muestra de sujetos pueden ser debidos a una adaptación del proceso de Diálisis y a las adecuadas redes de apoyo social así como ausencia de pensamientos negativos acerca de su futuro.

La tabla 27 muestra los niveles de Depresión en la Población Hipertensa en relación a los Estratos Socioeconómicos. Dentro de este ámbito, el estrato de nivel Dos, tanto para el procedimiento de Hemodiálisis -50%-, como para el procedimiento de Diálisis Peritoneal -40%- presenta menores niveles de Depresión frente a los demás estratos.

Características Sociodemográficas en relación con los niveles de estrés

Estrés

Para Rojas (1989), el estrés es la respuesta del organismo a un estado de tensión excesiva que le llevan continuamente al borde del agotamiento y a una tensión emocional fuerte. Para el autor los principales causantes del estrés son la difícil situación económica y laboral, inseguridad sobre el futuro, relaciones de familiares y de pareja y problemas de salud.

<i>Frecuencia del SI</i>	<i>Hemodíalisis</i>				<i>Diálisis Peritoneal</i>				<i>Total</i>
	<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>		<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>		
	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	
Bajo	2	11,1	1	5,6	3	15	2	10	8
Medio	6	33,3	6	33,3	5	25	6	30	23
Alto	2	11,1	1	5,6	1	5	3	15	7
Total	10	55,6	8	44,4	9	45	11	55	38

Tabla 28. *Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Género en Escala EAE de Eventos Estresantes (Frecuencia de SI).*

Para los sujetos de la muestra, los eventos estresantes más significativos se dirigen hacia aspectos como su condición de pacientes con enfermedad renal, el sometimiento al tratamiento, la pérdida de algún órgano o función, la situación económica -tanto propia, como de familiares cercanos- y la muerte de algún familiar o un ser querido. Para el hecho de afrontar otras situaciones estresantes acontecidas en los sujetos del estudio -aproximadamente 22 de 53 situaciones estresantes en promedio-,

puede ser suficiente la autoaceptación, que implica haber aprendido a vivir consigo mismo y la capacidad de ejecutar acciones para afrontar y superar problemas según sus propias habilidades o la capacidad de buscar redes de apoyo cuando las circunstancias externas escapan de su control.

La tabla 28 muestra la relación de la frecuencia de acontecimientos estresantes frente a la población hipertensa en proceso de Diálisis y se evidencia que, para la variable género, la frecuencia de acontecimientos estresantes se condensa en lo esperado en promedio, siendo el 60% total de la muestra. Aunque en ésta, existen mayores puntuaciones ubicadas en la media para la población en Hemodiálisis -66.6%- frente a la población de Diálisis Peritoneal -55%-.

<i>Intensidad Penda!</i>	<i>Hemodiálisis</i>				<i>Diálisis Peritoneo!</i>				Total
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Bajo	2	11,1	1	5,6	4	21,1	2	10,3	9
Medio	6	33,3	6	33,3	3	15,8	7	36,8	22
Alto	2	11,1	1	5,6	2	10,3	1	5,3	6
Total	10	55,6	8	44,4	9	47,4	10	52,6	37

Tabla 29. *Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Género en Escala EAE Eventos Estresantes (Intensidad Parcial).*

<i>Afectación Tiempo Actual</i>	<i>Hemodiálisis</i>				<i>Diálisis Peritoneo!</i>				Total
	Masculino		Femenino		*Masculino		Femenino		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Bajo	3	16,7	0	0	2	10	2	10	7
Medio	6	33,3	8	44,4	5	25	8	40	27
Alto	1	5,6	0	0	2	10	1	5	4
Total	10	55,6	8	44,4	9	45	11	55	38

Tabla 30. *Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Género en Escala EAE Eventos Estresantes (Afectación en el Tiempo Actual).*

<i>Afectación Tiempo Pasado</i>	<i>Hemodiálisis</i>				<i>Diálisis Peritoneo!</i>				Total
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Bajo	2	11,1	2	11,1	3	15	1	5	8
Medio	6	33,3	4	22,2	6	30	8	40	24
Alto	2	11,1	2	11,1	0	0	2	10	6
Total	10	55,6	8	44,4	9	45	11	55	38

Tabla 31. *Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Género en Escala EAE Eventos Estresantes (Afectación en el Tiempo Pasado).*

En general, parece evidenciarse que los eventos estresantes acontecidos en cada uno de los sujetos de la muestra de estudio se encuentran ubicados dentro de un nivel esperado de 25.4 de 159 puntos de intensidad posibles de afectación máxima de la prueba. Sólo en el tipo de procedimiento Peritoneal, los hombres tienden a percibir los eventos estresantes acontecidos en su vida como menos intensos. La variable género evidencia mayores niveles en el género femenino -36.8%- del procedimiento de Diálisis Peritoneal en relación a el género masculino -15.8%-.

Para la afectación en el tiempo actual para los dos tipos de procedimiento de Diálisis, se obtuvieron los resultados esperados según la media tipificada de la prueba; es decir, 11 eventos, sin llegar a pasar de 53 eventos estresantes, al igual que en el tiempo pasado. 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.

En lo referente a la afectación en el tiempo actual, los sujetos pertenecientes en ambos tipos de procedimiento se ubican en niveles altos de afectación de acontecimientos en el tiempo actual -71%- y de otro lado, la afectación en el tiempo pasado en general se ubica en puntuaciones de tipo promedio -63.1%-.

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.

<i>Frecuencia</i>	<i>Diálisis Peritoneal</i>												Total
	<i>Hemodilísis</i>						<i>Diálisis Peritoneal</i>						
	<i>JÓVENES</i>		<i>firtetniedios</i>		<i>Majaes</i>		<i>JÓVUES</i>		<i>litianiedios</i>		<i>Magues</i>		
<i>DeSi</i>	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
Bajo	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	5	4	20	0	0	8
Medio	3	16,7	4	22,2	5	27,8	4	20	6	30	1	5	23

Alto	1	5,6	2	11,1	002			10	2	10	007		
Total	5	27,8	7	38,9	6	333	7	35	12	60	1	5	38

Tabla 32. *Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Rangos de Edad en Escala EAE de Eventos Estresantes (Frecuencia de SI).*

Para los sujetos de la muestra, los eventos estresantes más significativos según el rango de edad Adultos Jóvenes del tipo de procedimiento de Diálisis Peritoneal se ubican en un promedio con tendencia a la alta, lo que significa que los Adultos Jóvenes están viviendo 22 o más situaciones estresantes; mientras que los Adultos Intermedios para el mismo tipo de procedimiento podrían estar viviendo menos de 22 situaciones estresantes acontecidas en su vida. En general, los pacientes en Diálisis -60.5%- ubican su cantidad de acontecimientos estresantes en lo esperado según la prueba.

Para este estudio, esto puede darse a que este rango de edad es más vulnerable a situaciones estresantes provenientes del medio, que por su condición de Adultos Jóvenes se escapan de su control, sintiéndose por lo tanto incapaces de hacer cambios activos en dichas situaciones, como por ejemplo vivir solos, independencia familiar, ruptura de noviazgos o conflictos de relaciones interpersonales, estudios y problemáticas de alcohol y drogas. Puntualmente los adultos intermedios tienen menos situaciones o acontecimientos estresantes que se orientan hacia el aspecto laboral.

<i>Intensidad Pcoxicit</i>	<i>Hemodiálisis</i>						<i>Diálisis Pailones</i>						Total
	Jóvenes		Intetinedios		Mayores		Jóreiiies		Intennedios		Macotes		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
Bajo	2	11,1	1	5,6	0	0	1	53	5	263	0	0	9
Medio	2	11,1	5	27,8	5	27,8	4	21,1	5	263	1	53	22
Aho	1	5,6	1	5,6	1	5,6	1	53	2	103	0	0	6
Total	5	27,8	7	38,9	6	333	6	31,6	12	633	1	53	37

Tabla 33. *Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Rangos de Edad en Escala EAE Eventos Estresantes (Intensidad Parcial).*

La tabla 33 muestra la tendencia de los pacientes en diálisis -57.8%- de ubicarse en niveles de intensidad esperados acorde a la escala EAE. Puntualmente, existe la tendencia a puntuaciones bajas en intensidad de estrés en los Adultos Jóvenes -11.1%-

en procedimiento de Hemodiálisis y la tendencia en bajas puntuaciones en los Adultos Intermedios -26.3%- del procedimiento de Diálisis Peritoneal.

Acontecimientos	Hemodiálisis						Diálisis Peritoneal						Total
	Actuales		Jóvenes		Intermedios		Magués		Jóvenes		Mayores		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
Bajo	0	0	1	5,6	2	11,1	1	5	2	10	1	5	7
Medio	5	27,8	6	33,3	3	16,7	5	25	8	40	0	0	27
Alto	0	0	0	0	1	5,6	1	5	2	10	0	0	4
Total	5	27,8	7	38,9	6	33,3	7	35	12	60	1	5	38

Tabla 34. Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Rangos de Edad en Escala EAE Eventos Estresantes (Afectación en el Tiempo Actual).

Acontecimientos	Hemodiálisis						Diálisis Peritoneal						Total
	Pasadas		Jóvenes		Intermedios		Magués		Jóvenes		Mayores		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
Bajo	0	0	2	11,1	2	11,1	1	5	3	15	0	0	8
Medio	3	16,7	3	16,7	4	22,2	4	20	9	45	1	5	24
Alto	2	11,1	2	11,1	0	0	2	10	0	0	0	0	6
Total	5	27,8	7	38,9	6	33,3	7	35	12	60	1	5	38

Tabla 35. Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Rangos de Edad en Escala EAE de Eventos Estresantes (Afectación en el Tiempo Pasado).

En general, parece evidenciarse que los eventos estresantes acontecidos en cada uno de los sujetos de la muestra de estudio se encuentran ubicados dentro de un nivel esperado de afectación en su intensidad parcial. Sólo en el tipo de procedimiento Hemodiálisis los Adultos Jóvenes, a pesar de que son afectados por mayor número de acontecimientos estresantes, alrededor de 25.4 de 159 eventos de intensidad máxima de la prueba, son los Adultos Intermedios en el tipo de procedimiento Peritoneal quienes tienden a percibir menor intensidad en los eventos o situaciones estresantes.

Para la afectación en el tiempo actual para los dos tipos de procedimiento de Diálisis, se obtuvieron los resultados esperados según la media tipificada de la prueba; es decir, 11 eventos sin llegar a pesar de 53 eventos estresantes al igual que en el tiempo pasado. Lo anteriormente dicho podría deberse a que los sujetos de estos rangos de edad tienen una percepción de los acontecimientos que los afecta de forma moderada, se adaptan a su realidad sin distorsionar la percepción de los hechos.

La tabla 34 evidencia la tendencia de respuestas ubicadas en la afectación en el tiempo actual -71%- dentro de los rangos esperados para la escala EAE, que no evidencia tendencia por rangos de edad que pueda llegar a ser explicada; la afectación de acontecimientos estresantes en el tiempo pasado -63.1%- se ubica en las puntuaciones esperadas por la prueba.

Según Jahoda, citado en Lluch (1999), posiblemente la participación activa de los sujetos que comprenden estos rangos de edad, en las diferentes actividades de la vida tales como su trabajo, el tiempo libre y las relaciones con los demás permiten un adecuado nivel de afrontamiento ante los problemas con una percepción baja de la intensidad con que dichos problemas los afecta.

Frecuencia DeSI	Hemodiálisis								Diálisis Peritoneal								Total
	Uno		Dos		Tres		Cuatro		Uno		dos		tres		Cuatro		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
Bajo	0	0	2	11,1	1	5,6	0	0	4	20	0	0	0	0	1	5	8
Medio	0	0	5	27,8	4	22,3	3	16,7	3	15	5	25	2	10	1	5	23
Alto	0	0	2	11,1	1	5,6	0	0	0	0	4	20	0	0	0	0	7
Total	0	0	9	50	6	33,3	3	16,7	7	35	9	45	2	10	2	10	38

Tabla 36. *Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Estrato Socio-Económico en la Escala EAE de Eventos Estresantes (Frecuencia de SI).*

Para los sujetos de la muestra, los eventos estresantes (22 de 53) más significativos según el estrato económico de tipo de Diálisis Peritoneal tienden a ubicarse en el estrato 2, posiblemente porque económicamente son más vulnerables a situaciones estresantes provenientes del medio, lo que podría significar que a pesar de que los sujetos de este estrato económico manejan adecuadas relaciones interpersonales, tienen adecuados niveles de afrontamiento y ante los problemas prima el factor económico que aumenta el nivel de intensidad de los eventos que les afecta en su vida.

Para Jahoda, citado por Lluch (1999), el hecho de un sujeto estar motivado por cubrir sus necesidades básicas, ponen a prueba su tolerancia a la frustración y a su capacidad para mantener un nivel de integración adecuado ante situaciones de presión en su intento de satisfacer dichas necesidades. En la muestra, la cantidad de acontecimientos estresantes -60.5%- en general para los pacientes del procedimiento de

diálisis por estratos se ubican en el nivel promedio de lo esperado en las puntuaciones del EAE.

<i>Intensidad</i> <i>Parcial</i>	<i>Hemodiálisis</i>								<i>Diálisis Peritoneal</i>								Total
	Uno		Dos		Tres		Cuatro		Uno		Dos		Tres		Cuatro		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
Bajo	0	0	1	5,6	2	11,1	0	0	5	26,3	0	0	0	0	1	5,3	9
Medio	0	0	8	44,4	2	11,1	2	11,1	2	10,3	6	31,6	2	10,5	0	0	22
Alto	0	0	0	0	2	11,1	1	5,6	0	0	2	10,3	0	0	1	5,3	6
Total	0	0	9	50	6	33,3	3	16,7	7	36,8	8	42,1	2	10,3	2	10,3	37

Tabla 37. Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Procedimiento de Diálisis y Estrato Socio-económico en la Escala EAE de Eventos Estresantes (Intensidad Parcial).

<i>Intensidad</i> <i>Parcial</i>	<i>Hemodiálisis</i>								<i>Diálisis Peritoneal</i>								Total
	Uno		Dos		Tres		Cuatro		Uno		Dos		Tres		Cuatro		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
Bajo	0	0	2	11,1	0	0	1	5,6	3	15	0	0	1	5	0	0	7
Medio	0	0	7	38,9	6	33,3	1	5,6	4	20	7	35	1	5	1	5	27
Alto	0	0	0	0	0	0	1	5,6	0	0	2	10	0	0	1	5	4
Total	0	0	9	50	6	33,3	3	16,7	7	35	9	45	2	10	2	10	38

Tabla 38. Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Estrato Socio-económico en la Escala EAE de Eventos Estresantes (Afectación en el Tiempo Actual).

<i>Intensidad</i> <i>Parcial</i>	<i>Hemodiálisis</i>								<i>Diálisis Peritoneal</i>								Total
	Uno		Dos		Tres		Cuatro		Uno		Dos		Tres		Cuatro		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
Bajo	0	0	3	16,7	0	0	1	5,6	3	15	1	5	0	0	0	0	8
Medio	0	0	4	22,2	4	22,2	2	11,1	4	20	6	30	2	10	2	10	24
Alto	0	0	2	11,1	2	11,1	0	0	0	0	2	10	0	0	0	0	6
Total	0	0	9	50	6	33,3	3	16,7	7	35	9	45	2	10	2	10	38

Tabla 39. Distribución de Sujetos Hipertensos por Tipo de Diálisis y Estrato Socio-económico en la Escala EAE de Eventos Estresantes (Afectación en el tiempo Pasado).

En general, parece evidenciarse que los eventos estresantes acontecidos en cada uno de los sujetos de la muestra de estudio del estrato 2 se encuentran ubicados dentro de un nivel bajo -5.6%- y medio -44.4%- de afectación en su intensidad parcial. Solo en

el tipo de procedimiento Peritoneal, los de estrato 1 tienden a ubicarse en niveles de intensidad bajo -26.3%-; es decir, que a pesar que tengan muchos eventos estresantes no parece afectarles en intensidad.

Para la afectación en el tiempo actual, para los dos tipos de procedimiento de Diálisis se obtuvieron los resultados esperados -71 %-, según la media tipificada de la prueba, es decir, 11 eventos sin llegar a pesar de 53 eventos estresantes al igual que en el tiempo pasado. Lo anteriormente dicho podría deberse a que los sujetos de estos estratos socioeconómicos pueden tener resignación ante los acontecimientos que los afecta; es decir, que puede haber tendencia a esperar resultados desfavorables ante los acontecimientos externos (Desesperanza Aprendida).

La afectación en el tiempo pasado para ambos tipos de procedimiento -63.1%- se describe acorde a la prueba en puntuaciones de tipo medio. Los pacientes del procedimiento de Hemodiálisis del estrato 3 presentan puntuaciones de niveles medio -22.1%- y alto -11.1%-, a diferencia de los pacientes del estrato 3, que evidencian puntuaciones de niveles bajo -5.6%- y medio -11.1%-. Por el contrario, las puntuaciones más bajas de Diálisis Peritoneal se evidencian en el estrato 1 -15% bajo y 20% medio-.

Discusión

Los análisis realizados en los resultados, se integran ahora en el presente punto y se organizan de acuerdo con los objetivos de la investigación. En ese orden de ideas, se presentan cinco categorías que orientan la dirección de la discusión iniciando por la descripción del rango de edad y estrato que caracteriza la muestra que asiste al proceso de Diálisis del Servicio de Terapia Renal.

1. Adultos intermedios de estrato 2 como característica dominante en procedimiento de Diálisis.

Los resultados del estudio realizado en el Servicio de Terapia Renal de Santander Seccional Floridablanca indican que el 47.4 % de la muestra de estudio (sujetos Hipertensos que asisten a procedimiento de Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis) pertenecen al estrato socioeconómico de nivel 2 y corresponden al rango de Adultos Intermedios (edades comprendidas entre 40 a 59 años). De acuerdo a lo anterior, los

problemas de salud física y mental de los sujetos que participaron en el estudio, parecen estar relacionados con problemas de tipo económico reflejado esto en escasez de cobertura y garantías en salud y situación laboral, el nivel económico por lo tanto puede señalar los estilos de vida de los sujetos pertenecientes a él, lo que desde el punto de vista de Ballesteros (citada por Maya 2001), se estaría hablando de la incapacidad para alcanzar la satisfacción de las necesidades básicas.

Los anteriores factores, explican la vulnerabilidad de las personas pertenecientes a éstos estratos a desarrollar enfermedades por su desconocimiento en la prevención y promoción de la salud mediante la adopción de Estilos de Vida saludables. Al respecto, Henderson, et al (1980, citados por Rodríguez 1995; citado por Arrivillaga, Salazar & Gómez 2002) plantean el Estilo de Vida como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona. Es decir tener una "forma de vida específica" que implica una opción consciente o inconsciente entre un sistema de comportamientos y de algunos otros sistemas de comportamientos.

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, con los hábitos de vida y con el sistema de salud del país. 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. Estos hábitos no deben entenderse como una opción personal de los sujetos de estratos bajos, puesto que están fuertemente atados a sus condiciones de vida, que dependen de factores que van mas allá de su control, como pueden ser, la dificultad de obtener un trabajo que genere ingresos económicos que permitan de una parte, la satisfacción de sus necesidades básicas, y de otra, el cubrimiento de los costos adicionales que generan el acceso a programas de prevención en salud.

De otra parte 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

o Adaptación y Ajuste

- 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 este caso particular, la realidad Santandereana es otra, pues en los estratos bajos, se observa gran dificultad para cubrir las necesidades básicas, llevando esto a exigir un ajuste por parte de los sujetos pertenecientes a los estratos bajos a las condiciones económicas y sociales. Ellos tienen que pagar el precio de suplir una necesidad a expensas de otra, generando un desequilibrio en su funcionamiento psicológico y el establecimiento de una pobre Calidad de Vida que lleva a la adopción de Estilos de Vidas insanos, traducándose esto en enfermedades como la diabetes, la hipertensión, las enfermedades obstructivas de las vías urinarias que puede terminar en enfermedad renal crónica.

2. Características de Salud Mental Positiva de Hipertensos en Diálisis.

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; 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 Lluich (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 son subfactores de lo que abarca la Salud Mental Positiva. Teresa Lluich 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 Lluich en (1999) realiza un pilotaje exploratorio con la finalidad de someter a validación, el modelo teórico de la Salud Mental positiva propuesto por Jahoda.

Teniendo en cuenta lo anteriormente propuesto, la Salud Mental de los sujetos Hipertensos que asisten a Diálisis en el Servicio de Terapia Renal de Santander tiende en general a respuestas adecuadas que evidencian un auto concepto y auto percepción positivas, esto se manifiesta por la aceptación de su condición actual y la satisfacción personal; sin embargo, en algunas ocasiones los sujetos llegaron a manifestar incongruencias entre lo que realmente son hoy y lo que fueron antes de la enfermedad que los lleva en ocasiones a sentirse a punto de explotar.

En el segundo Factor Actitud Prosocial se encontró como característica, personas con una alta valoración de sí mismas al considerarse dignas de confianza -89.4%-, sensibles a las necesidades de los demás -73.7%- y dispuestos a prestar ayuda -73.7%-. que dentro de la unidad renal los sujetos del estudio son vistos como un grupo de apoyo, porque como pacientes ellos están interesados en servir de soporte a otros pacientes, en sus necesidades. Esto se da porque los otros se convierten en parte activos de su propia vida, lo que facilita su desarrollo y auto expresión individual.

En cuanto al factor 3, Autocontrol en general en los sujetos del estudio permanecen estables en el tiempo; sin embargo, puntualmente en ocasiones los problemas 31.5% pueden llegar a bloquear a los sujetos por lo que el autocontrol se puede perturbar y afectarlos, evidenciándose esto en el escaso control frente a situaciones conflictivas de la vida y las presiones externas desfavorables que involucran su enfermedad. Lo anterior es confirmado por los hallazgos encontrados en el factor

Satisfacción Personal, donde los sujetos manifiestan estar insatisfechos y a punto de explotar en ciertas ocasiones a causa de su enfermedad.

El cuarto factor de Salud Mental Positiva, Autonomía, evidencia niveles adecuados 86.8%- y poca preocupación frente a las críticas provenientes de su medio social -78.9%- pues en general, los sujetos del estudio a pesar de su condición a causa de la enfermedad, discriminan entre los factores ambientales que desean aceptar o rechazar, su conducta no es tan dependiente del mundo exterior, mantienen cierta serenidad en situaciones difíciles que a otras personas podrían conducir a desequilibrios emocionales. Los pacientes que se someten a los procedimientos de Diálisis parecen evidenciar, según el análisis de los ítems, una actitud favorable a hacer caso omiso del concepto que los demás puedan tener acerca de ellos -86.8%-

Estos pacientes a pesar de su enfermedad son capaces de ajustarse a normas sociales pero siempre manteniendo sus criterios personales. “La autonomía permite éste ajuste a las demandas de la sociedad y protege de adaptarse por inercia, tradición o dependencia de los demás”, Jahoda (1958). Sin embargo, en ocasiones por el mismo curso de su enfermedad y su vulnerabilidad ante ella se puede observar que su capacidad de toma de decisiones disminuye por lo que sus decisiones pueden verse influenciadas por sus familiares y el equipo médico.

De otra parte para el factor Resolución de problemas y auto-actualización que involucra autonomía, asertividad y adaptación, se puede concluir que en los sujetos la enfermedad no es un factor que impacte su significado ante la vida, de hecho poseen una orientación positiva y optimista. Este factor que involucra la planificación y el seguimiento adecuado de todas las etapas de la resolución de problemas así como el mantenimiento de un tono emocional durante dicho proceso para el presente estudio, las personas evidencian el -81.5% con capacidad de toma decisiones que facilitan la búsqueda de posibles soluciones a sus dificultades -68.4%-. Normalmente en ellos se observa participación activa en las diferentes actividades de la vida como en su trabajo, en el tiempo libre, en las relaciones con los demás, comportamiento que es guiado por su propia filosofía. A pesar de ello, se evidencia que los cambios poco los motiva en ocasiones se frustran por su condición ya que esta que no les permite proyectarse o

autoactualizarse a futuro -15.8%-, posiblemente debido a la condición de cronicidad de su enfermedad.

Por último, para el factor Habilidades de Relaciones Interpersonales, que básicamente muestra la capacidad para mantener situaciones afectivas, estos sujetos tienden a orientarse al establecimiento de adecuadas relaciones; la mayoría de sujetos evidencian ser personas sociables -71 %-, lo que les favorece al tener relaciones afectivas positivas -78.9%- y les posibilita el comprender los problemas de los demás -50%-, pero en ocasiones pueden surgir en ellos dificultades -34.2%- para situarse en el lugar de los otros, lo que puede generarles ciertos niveles de intolerancia .

3. La cantidad de eventos estresantes no son determinantes de Estrés.

Para Rojas (1989), el Estrés es la interacción del organismo con el medio ambiente; y 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 pejudiciales, el estrés será negativo. En ambos casos el estrés produce cansancio, activación fisiológica, etc.

En la Escala de Apreciación del Estrés, los adultos intermedios del procedimiento de Diálisis Peritoneal presentan bajas frecuencias en la cantidad de eventos estresantes; es decir, de todos los grupos de edad, son ellos los que han llegado a experimentar a lo largo de su vida, menores situaciones de estrés; así mismo, este grupo de edad presenta los niveles más bajos en intensidad parcial del estrés, evidenciando que además de ser el grupo de edad en que las personas experimentan menores situaciones de estrés, también son estas las que perciben estas situaciones como poco amenazantes o traumáticas.

El estudio evidencia frente a esta escala, 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. Los eventos estresantes dentro del transcurso de la línea de vida de los sujetos pueden llegar a ser numerosos - inclusive, más de lo normal- y estar siendo vivenciados por los sujetos actualmente, pero por el hecho de saber que estos están sucediendo, no es causa de que el sujeto este estresado.

La intensidad percibida de estrés por parte de los sujetos en conjunto a la valoración subjetiva, es determinante para que no se consideren así mismo como estresados y presenten manifestaciones corporales comunes en el estrés. La importancia de la intensidad percibida por los sujetos, radica de una parte, en la capacidad de ser resilientes, es decir, ante hechos vitales negativos, presentan unas características de personalidad que les ayuda resistir y tolerar dichos eventos y por otra, a las distintas técnicas de afrontamiento llevadas a cabo para mitigar la manifestación de estrés. Un individuo puede percibirse a sí mismo como altamente estresado con la presencia de un solo evento que lo pueda descompensar; mientras que otro sujeto, a pesar de tener un número mayor de eventos estresantes y sean estos percibidos como altamente estresantes, puede a pesar de tan elevada cantidad, responder adecuadamente frente al medio y continuar comportándose de manera “casi normal”.

En el presente estudio los estratos de nivel bajo, se encuentran conformados por grupos de personas de calidad de vida más comprometida que los estratos de mejor nivel como por ejemplo el 4, a pesar de ello los resultados obtenidos reflejan que la población de estrato 4, perciben niveles mayores de estrés que los estratos 1 y 2 que presentaron menores niveles. Este fenómeno puede darse a causa de la desesperanza aprendida, y a la resignación a su condición social y económica por parte de estos grupos de alta vulnerabilidad; así como la intensificación de la problemática que es posible se encuentre presente en el estrato 4.

4. Ansiedad y Depresión estados pocos significativos en Hipertensos.

Los sujetos del estudio presentan una resistencia a las situaciones estresantes que pueden llegar a manifestaciones de tipo ansiógeno y depresivo, gracias a la posible alta tolerancia a la frustración y a unas adecuadas estrategias de afrontamiento.

Los resultados obtenidos también evidencian que tanto el género, como el procedimiento de Diálisis no son factores determinantes para generar niveles significativos de depresión; esto contradice a los hallazgos encontrados en el estudio llevado a cabo por 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.

Para el presente estudio los bajos niveles de depresión encontrados en la muestra de sujetos pueden ser debido a una adaptación hacia el proceso de Diálisis, a las adecuadas redes de apoyo social, así como ausencia de pensamientos negativos acerca de su futuro, en cuanto a la adaptación del proceso de Diálisis 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.

5. La salud mental positiva no esta asociada a niveles de Ansiedad, Depresión y Estrés.

^{ix}Los resultados obtenidos contradicen a lo expuesto por Gutman & Parkerson (1997) quienes encontraron una fuerte relación entre los síntomas de ansiedad y estrés, están 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.

Para responder a la pregunta de investigación se afirma que la muestra posee una Salud Mental Positiva con niveles bajos de Ansiedad, Depresión y Estrés.

En el presente estudio, en general, todos los factores favorecen la Salud Mental Positiva, esto puede darse gracias a los grupos de apoyo- familia, médicos, psicólogos, compañeros de tratamiento etc-; y especialmente a la participación activa en diferentes actividades como en el trabajo, el tiempo libre, y especialmente las relaciones con los otros. Igualmente esta Salud Mental en los sujetos de estudio se ve favorecida por la

percepción que tienen de su posición en la vida y la relación con sus metas y los sistemas de valores a pesar de su condición de enfermos.

Desde el punto de vista de la personalidad resiliente es decir -características de personalidad que protegen de eventos negativos- en general la muestra de sujetos, según los resultados parece evidenciar, que a pesar de haber vivido muchas situaciones conflictivas, han conseguido adaptarse; es decir, como si las dificultades soportadas hubieran desarrollado en ellos recursos latentes.

A pesar de ello, es necesario destacar algunos ítems al interior de cada factor que reúnen una cantidad de personas y requieren atención para favorecer más su actitud hacia la enfermedad. Entre las subdimensiones de los factores a destacar por sus bajas puntuaciones en las escalas se encuentran: la falta de control en algunas situaciones, la aceptación de actitudes diferentes a las propias, los ocasionales bloqueos frente a problemas, la toma de decisiones importantes y la falta de adaptación e intolerancia a otros.

En Conclusión los resultados de esta investigación pretenden de una parte, contribuir al mejoramiento del tratamiento de los sujetos diagnosticados con hipertensión arterial sometidos a procedimiento de Diálisis y de otra, aportar conocimientos que contribuyan al diseño de adecuadas intervenciones psicológicas que favorezcan su bienestar integral; por esto dichos resultados se encuentran proyectados a enriquecer y posibilitar los avances en términos de comprensión de la enfermedad para de esta forma, generar promoción hacia una Salud Mental favorable.

Con base en lo anteriormente expuesto se sugieren las siguientes recomendaciones.

Recomendaciones

Partiendo de la escasa investigación sobre la enfermedad Renal en Santander, de los análisis de los resultados obtenidos y de la discusión teórica se proponen las siguientes sugerencias:

Para efecto de posteriores aplicaciones de los instrumentos de la presente investigación, se sugiere seleccionar muestras de mayor cantidad de sujetos para asegurar la confiabilidad del mismo; se presenta que en muestras muy pequeñas los

datos pueden no llegar a distribuirse de manera normal, llegando a presentarse condensación de datos hacia ciertas categorías, que pueden sesgar los resultados para el estudio.

Como recomendación para los futuros investigadores y en especial, para aquellos que aceptan el reto de seguir en investigación de salud, durante el proceso es importante mantener al máximo la organización en el procedimiento de aplicación y recolección de datos; se recomienda el ser estrictos con la metodología para la recolección de los mismos respetando el orden establecido en la aplicación de las pruebas. Así mismo se recomienda asegurarse de que la totalidad de las respuestas en las distintas pruebas queden consignadas, con la finalidad de evitar la anulación de Pruebas a causa de datos perdidos.

Es necesario continuar con estos 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.

Tener en cuenta los factores de riesgo y desarrollar estrategias de prevención y promoción, tendientes a disminuir el incremento de la enfermedad.

Enfocar la ejecución de los proyectos o los programas hacia la identificación de variables personales, familiares y sociales que pueden estar asociados en la adopción de Estilos de Vida saludables como no saludables en los pacientes que acuden al servicio de Terapia Renal de Santander.

Continuar con la Investigación pero ampliando con entrevistas, incluir preguntas sobre preferencias de tipo de procedimientos, emociones frecuentes y pensamientos automáticos.

Mayor cantidad de Sujetos y considerar las percepciones de familiares cercanos, además se recomienda comparar personas con tiempos de tratamiento iniciales con avanzados.

Igualmente se hace necesario realizar estudios sobre Estilos de Vida y Calidad de Vida que favorezca el comportamiento de los sujetos con respecto a la exposición a factores nocivos que presentan riesgos para la salud.

Para finalizar, 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

Álvarez, F; Fernández, MJ; Rebollo, P; Sánchez, R; Vázquez, A. (2001) *Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes que asisten a un programa de hemodiálisis*. Disponible en [Red]: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=11464653&query_hl=31&itool=pubmed_DocSum

Andía, J. (2004). *Psicología de la Salud*. Disponible en [Red]: <http://www.inonografias.co.in/ti-abajos26/psicologia-salud/psicologia-salud.shtml>

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/coni/andres/andres.html>

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

Arciniegas, J.; Ledesma, M (2000). *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

Arrivillaga, M; Salazar, I; Gómez, I. (2002) *Prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con estilos de vida saludables en Jóvenes y Adultos*. Cali, Pontificia Universidad Javeriana

Baltimore, D; Finkelstein, SH; Finkelstein, FO; Juergensen, P; Klinger, AS; Steele, TE (2003). Departamento de Psiquiatría y Ciencias del comportamiento, Universidad Médica de Carolina del Sur, Charleston 29425, USA. *Quality of life in peritoneal dialysis patients*. Disponible en [Red]: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=8642387&query_hl=31&itool=pubmed_DocSum

Belkys J.; Nucette, E.; Colina, J; Sumalave, H.; Gómez, F.; Hinestroza, 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>

Belkys, J; Nucette, E; Colina, J; Sumalave H, Gómez, F; Hinestroza, D, de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia. Maracaibo (2004). *Archivos venezolanos en psiquiatría y neurología Evaluación de la depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis Venezuela*. Disponible en [Red]

<http://www.infomediconline.com/biblioteca/Revistas/psiquiatria/vol50n103/articulo5n103.pdf>

03.pdf

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

Carrizosa, E. (2001). *Protección Renal*. Disponible en [Red]: www.medicolegal.com.co/3_2001/rev_med1.htm

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

Chalein f.; Campos J.; Esguerra R.; Chalem P (2005). *Tratado de Medicina Interna Vol. I*. 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.

Cllicaíza, L. (2005). *Fallas del mercado de la salud en Colombia: el caso de la insuficiencia renal crónica*. Disponible en [Red]: www.economiainstitutional.co.in/iesiunenes/reil2.htm

Cristovao, F (1999). Escuela Superior de Enfermería Artur Ravara, Lisboa, Portugal. *Stress, coping and quality of Ufe among chronic haemodialysis patients*. Disponible en [Red]: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=10827598&query_hl=16&itool=pubmed_docsuin

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

Enrique, A (2003). *Importancia del diagnóstico de la insuficiencia renal crónica en el anciano*. Disponible en [Red]: www.uninet.edu/cin2003/conf7andres/andres.html

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

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

Gutman, RA; Parkerson, GR (1997). Centro Médico de la Universidad de Duke, Durham, Carolina del Norte, USA. *Perceived mental health and disablement of primary care and end-stage renal disease patients*. Disponible en [Red]: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=9565712&query_hl=16&itool=pubmed_docsum

Guzman, SJ; Nicassio, PM (2003). Escuela de Psicología Profesional, San Diego, California, USA. *The contribution of negative and positive illness schemas to depression in patients with end-stage renal disease*. Disponible en [Red]: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=

14677210&dopt=Abstract

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

Hernández S; Fernández C; Baptista P (1998) *Metodología de la investigación*. México. Me Graw Hill. Ira Edición

Jaramillo N. (2004). *Factores de riesgo cardiovascular "Mitos y Realidades "*. Editorial Marín Vieco Ltda. Iª Edición. Pág. 51

Jadoul, M; Hoyois, P; Jadoul, V (2005) "Ansiedad y depresión en hemodiálisis crónica: algunos determinantes somatofísicos". Departamento de Psicopatología. Clínica Universitaria Católica de Louvain, Bruselas, Bélgica. *Anxiety and depresión in chronic hemodiálisis:some somatopsychic determinants*. Disponible en [Red]: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=15730053&query_hl=31&itool=pubmed_docsum

Kimmel, PL; Peterson, RA; Shidler, NR (1998). Departamento de Psicología, Universidad George Washington, Washington DC, USA. *Quality of Ufe and psychosocial relationships in patienís with chronic renal insuficiency*. Disponible en [Red]: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=9774115&query_hl=31&itool=pubmed_DocSum

León, D (2005). M.D. Nefrólogo. *Guía para el manejo de la enfermedad renal crónica -ERC- Basada en la evidencia*. Ministerio de la Protección Social. Disponible en [Red]: <http://www.saludcolombia.com/actual/documentos/GUIA%20DE%20ATENCION%20ERC%20version%20oficial.pdf>

León, R. (2005). Universidad de Antioquia. *Prevenga problemas renales*. Disponible en [Red]:

<http://extension.udea.edu.co/salanoticias/nuevasala/2005/noticias/agosto/22-26-agosto/renales.htm>

Lew, SQ; Piraino, B (2005). Departamento de medicina de la Universidad George Washington DC, USA. *Quality of life and psychological issues in peritoneal dialysis patients*. Disponible en [Red]: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=15771655&query_hl=50&itool=pubmed_docsum

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/lemayal.htm>

Merck Sharp & Dome España S.A. (2005). *Insuficiencia Renal*. Pág. 123. Disponible en [Red]: http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion11/seccion11_123.html

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

Molina, M (2001). *Información sobre el Cáncer y Estilos de Vida en estudiantes de la Universidad Nacional de San Juan*. Disponible en [Red]: <http://64.233.167.104/serach?q=cahce:x-FPHoqx9YgJ:www2.fices.unsl.edu.ar/~kairos/k12-archivos/molina%2520inarta.pdf+molina+%2B+fices+%2B+estilos+de+vida&hl=es>

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

Neugarten (1974) Disponible en [Red]:
http://es.wikipedia.org/wiki/estilo_de_vida

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

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

Programa De Maestría En Nefrología (2004) disponible en [Red]:
www.facultadsalud.unicauca.edu.co/Documentos/Posgrados/MaestriaNefrologia2005.htm
m.

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

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

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

Universidad del Cauca (2004). *Programa de maestría en nefrología 2004*. Disponible en [Red]
[http://72.14.209.85.165.104/search?q=cache:2ailKsnvrg8J:www.facultadsalud.unicauca.edu.co/Documentos/Posgrados/Maestr%C3%ADaNefrolog%C3%ADa2005.htm+ciencias+de+la+salud+de+la+universidad+del+cauca+\(2004\)+insuficiencia+renal+cronica&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=co&lr=lang_es](http://72.14.209.85.165.104/search?q=cache:2ailKsnvrg8J:www.facultadsalud.unicauca.edu.co/Documentos/Posgrados/Maestr%C3%ADaNefrolog%C3%ADa2005.htm+ciencias+de+la+salud+de+la+universidad+del+cauca+(2004)+insuficiencia+renal+cronica&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=co&lr=lang_es)

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

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

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.asp7indiceH>

Yate (1977). Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias en 1978. *Psicología de la salud*. Disponible en [Red]:

<http://www.monografias.com/trabajos26/psicologia-salud/psicologia-salud.shtml#objet>

APÉNDICES

Apéndice A. Consentimiento Informado Estudio



PROYECTO DE INVESTIGACION

NIVELES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD, Y ESTRÉS ASOCIADOS A LA SALUD MENTAL POSITIVA DE HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS EN DIÁLISIS EN EL SERVICIO DE TERAPIA RENAL DE SANTANDER SECCIONAL FLORIDABLANCA.

~~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 Alvaro 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



UNAB
H O C A K A M A N ^o _A

NIVELES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS ASOCIADOS A LA SALUD MENTAL POSITIVA DE HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS EN DIÁLISIS EN EL SERVICIO DE TERAPIA RENAL DE SANTANDER SECCIONAL FLORIDABLANCA

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: _____
- 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 HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS EN DIÁLISIS

PREGUNTAS	Siempre o Casi Siempre	Con Bastante Frecuencia	Algunas Veces	Nunca o Casi Nunca
1. A mí, ... me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías				
2. Los Problemas,... me bloquean fácilmente				
3. A mí, ... me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas				
4. ... me gusta como soy				
5.... Soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas				
6. ... me siento a punto de explotar				
7. Para mí, la vida es ... aburrida y monótona				
8. A mí, ... 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 mí				
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 decisiones por mí mismo				
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 mí, ... 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 HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS EN DIÁLISIS EN EL SERVICIO DE TERAPIA RENAL DE SANTANDER SECCIONAL FLORIDABLANCA

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 hormigueo⁵” 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 cuide 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. Muerte 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

EAE

Hoja de Respuestas



Apellidos y Nombres: _____ Sexo: Edad: _____

Estudios/ Título académico: _____

Residencia: _____ Profesión: _____

MARQUE CON UNA X EL RECUADRO DE LA ESCALA A CONTESTAR:

G A S C

Compruebe que el número de la fila donde anota su respuesta coincide con el del cuadernillo.

Ejemplo: "Castigo Inmerecido"									SI									NO									0 1 2 3									A									2 L								
SI			NO			Intensidad			Tiempo			SI			NO			Intensidad			Tiempo			SI			NO			Intensidad			Tiempo																				
1	Si	No	0	1	2	3	A	P	28	SI	NO	0	1	2	3	A	p	29	SI	NO	0	1	2	3	A	p	30	SI	NO	0	1	2	3	A	p																		
2	Si	No	0	1	2	3	A	P	31	SI	NO	0	1	2	3	A	p	32	SI	NO	0	1	2	3	A	p	33	SI	NO	0	1	2	3	A	p																		
3	Si	No	0	1	2	3	A	P	34	SI	NO	0	1	2	3	A	p	35	SI	NO	0	1	2	3	A	p	36	SI	NO	0	1	2	3	A	p																		
4	Si	No	0	1	2	3	A	P	37	SI	NO	0	1	2	3	A	p	38	SI	NO	0	1	2	3	A	p	39	SI	NO	0	1	2	3	A	p																		
5	Si	No	0	1	2	3	A	P	40	SI	NO	0	1	2	3	A	p	41	SI	NO	0	1	2	3	A	p	42	SI	NO	0	1	2	3	A	p																		
6	Si	No	0	1	2	3	A	P	43	SI	NO	0	1	2	3	A	p	44	SI	NO	0	1	2	3	A	p	45	SI	NO	0	1	2	3	A	p																		
7	Si	No	0	1	2	3	A	P	46	SI	NO	0	1	2	3	A	p	47	SI	NO	0	1	2	3	A	p	48	SI	NO	0	1	2	3	A	p																		
8	Si	No	0	1	2	3	A	P	49	SI	NO	0	1	2	3	A	p	50	SI	NO	0	1	2	3	A	p	51	SI	NO	0	1	2	3	A	p																		
9	Si	No	0	1	2	3	A	P	52	SI	NO	0	1	2	3	A	p	53	SI	NO	0	1	2	3	A	p																											
10	Si	No	0	1	2	3	A	P																																													
11	Si	No	0	1	2	3	A	P																																													
12	Si	No	0	1	2	3	A	P																																													
13	Si	No	0	1	2	3	A	P																																													
14	Si	No	0	1	2	3	A	P																																													
15	Si	No	0	1	2	3	A	P																																													
16	Si	No	0	1	2	3	A	P																																													
17	Si	No	0	1	2	3	A	P																																													
18	Si	No	0	1	2	3	A	P																																													
19	Si	No	0	1	2	3	A	P																																													
20	Si	No	0	1	2	3	A	P																																													
21	Si	No	0	1	2	3	A	P																																													
22	Si	No	0	1	2	3	A	P																																													
23	Si	No	0	1	2	3	A	P																																													
24	Si	No	0	1	2	3	A	P																																													
25	Si	No	0	1	2	3	A	P																																													
26	Si	No	0	1	2	3	A	P																																													
27	Si	No	0	1	2	3	A	P																																													
Número de SI									Total:									A=									Puntuaciones en Intensidad																										
En A=									En P-									P-									Total:									Centil:																	