

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN EN PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A DIÁLISIS
PERITONEAL EN ESSALUD PUNO - 2016**

TESIS

PRESENTADA POR:

ALICIA MAQUERA MAMANI

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO-PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A DIÁLISIS PERITONEAL EN ESSALUD PUNO

- 2016

TESIS PRESENTADA POR:
ALICIA MAQUERA MAMANI

Fecha de sustentación: 5-Jul-2017

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA
APROBADA POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:

PRESIDENTE DE JURADO

M.Sc. CHRISTIAN WILLIAM JARA ZEVALLOS

PRIMER JURADO

Mg. ZORAIDA NICOLASA RAMOS PINEDA

SEGUNDO JURADO

Lic. MARGOT ALEJANDRINA MUÑOZ MENDOZA

TERCER JURADO:

Dra. NARDA ESTELA CALSIN CHIRINOS

PUNO-PERU

2017

Área : del adulto

Línea: salud del adulto

Tema: insuficiencia renal crónica

DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas, él que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda humildad que de mi corazón pueda emanar, entrego primeramente mi tesis a Dios.

A mis padres Carlos y Benedicta, que a pesar de ya no estar conmigo, desde el cielo siento que me cuidan y guían en todo momento.

A mi tía Mirza, por brindarme el calor de su hogar durante toda mi carrera, por ayudarme a crecer y a ser más fuerte para enfrentar la vida y a mis hermanos Wilber, José, Nely, Juan y Lucy.

A Jhunion, por su apoyo emocional constante, al Ing. Mario Luna, mi paciente estrella que está en el cielo y a Greis, Luz y Maritza quienes con sus consejos y paciencia me han sabido guiar siempre.

ALICIA

AGRADECIMIENTO

- ❖ *A mi alma mater, la Universidad Nacional del Altiplano-Puno, por acogerme y darme la oportunidad de formarme profesionalmente, preparándome para un futuro mejor y una persona de bien.*
- ❖ *A toda la plana de docentes formadores en la Facultad de Enfermería, por guiarme en la carrera profesional e impartirme conocimientos imprescindibles para desempeñarme como futura enfermera al servicio de nuestros semejantes.*
- ❖ *Con profundo cariño, aprecio y respeto a mi Directora de Tesis: Dra. Narda Estela Calsin Chirinos, por su paciencia, orientación, apoyo moral y ayuda incondicional, durante el desarrollo y culminación de mi trabajo de investigación*
- ❖ *A los miembros del jurado dictaminador: M.Sc Christian William Jara Zevallos, Mg. Zoraida Nicolasa Ramos Pineda y Lic. Margot Alejandrina Muñoz Mendoza, por la certera orientación en el presente trabajo de investigación.*
- ❖ *A la Lic. Gladys Ccacallaca, Jefe del programa de DIPAC de EsSalud Puno, por haberme brindado las facilidades de realizar este estudio en su ámbito.*
- ❖ *A los pacientes de DIPAC por colaborar en la elaboración de mi tesis.*

ALICIA

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTO.....	4
ÍNDICE DE TABLAS.....	6
ACRÓNIMOS.....	7
RESUMEN	8
ABSTRACT.....	9
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN.....	10
1.1. El Problema de Investigación.....	10
1.2. Antecedentes de la Investigación.....	13
1.3. Formulación del Problema.....	16
1.4. Importancia y Utilidad del Estudio.....	17
1.5. Objetivos de la Investigación.....	18
1.6. Caracterización del Área de Investigación	19
CAPÍTULO II	
REVISIÓN DE LA LITERATURA	20
2.1. Marco Teórico.....	20
2.2. Marco Conceptual.....	44
CAPÍTULO III	
MATERIALES Y MÉTODOS	46
3.1. Tipo y Diseño de Investigación	46
3.2. Población y Muestra de Estudio	46
3.3. Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos	47
3.4. Procedimiento de Recolección de Datos.....	49
3.5. Procesamiento y Análisis de Datos.....	51
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	52
4.1. Resultados.....	52
4.2. Discusión	58
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES.....	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
ANEXO.....	70

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	52
Capacidad de afrontamiento y adaptación en pacientes con Insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal, de acuerdo a los cinco factores de Callista Roy en Es Salud Puno 2016.	
TABLA 2	53
Capacidad de afrontamiento en términos conductuales (factor 1), en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud Puno - 2016.	
TABLA 3	54
Capacidad de afrontamiento según: Reacciones Físicas y Enfocadas (factor 2), en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud Puno - 2016.	
TABLA 4	55
Capacidad de adaptación según: Procesó de Alerta (factor 3) en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud Puno - 2016.	
TABLA 5	56
Capacidad de adaptación según: Procesamiento Sistemático (factor 4) en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud Puno – 2016.	
TABLA 6	57
Capacidad de adaptación según: Conocer y Relacionar (factor 5) en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud Puno – 2016.	

ACRÓNIMOS

DM	: Diabetes Mellitus
DIPAC	: Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continúa
ENDES	: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
ESSALUD	: Seguro Social de Salud
ESCAPS	: Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy
HAS	: Hipertensión Arterial Sistémica
HD	: Hemodiálisis
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
IRC	: Insuficiencia Renal Crónica
MINSA	: Ministerio de salud
NKF	: National Kidney Foundation
OMS	: Organización Mundial de la Salud
SPN	: Sociedad Peruana de Nefrología
TFG	: Tasa de filtración glomerular
TRR	: Terapia de Reemplazo Renal

RESUMEN

El presente estudio se realizó con el objetivo determinar el “Proceso de afrontamiento y adaptación en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud Puno 2016”. La población y muestra estuvo conformada por 38 pacientes pertenecientes al programa de diálisis peritoneal ambulatoria continua (DIPAC). El estudio fue de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo y diseño transversal. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario denominado Escala de medición del Proceso de afrontamiento y Adaptación de Callista Roy (ESCAPS), instrumento que fue validado mediante Juicio de expertos y se halló la confiabilidad mediante la concordancia de jueces, alcanzando un puntaje de 0.84 según la prueba binomial. Los resultados muestran que: el 68% de pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal tienen una Mediana capacidad de afrontamiento según el Factor 3 (Proceso de alerta), así como el 58% según el Factor 1 (Recursivo y centrado) y el 55% según el Factor 2 (Reacciones físicas y emocionales). En relación Respecto a la capacidad de adaptación, 61% posee una Alta capacidad según el factor 4 (Realizar procesamiento sistemático), mientras que según el factor 5 (Conocer y relacionar), 55% muestra una Mediana capacidad. Llegando a la siguiente conclusión: los pacientes con IRC sometidos a diálisis peritoneal tienen una mediana capacidad de afrontamiento y en cuanto a la adaptación presentan un mediano y alta capacidad de adaptación.

Palabras Clave: afrontamiento, adaptación, diálisis peritoneal, enfermería, insuficiencia renal.

ABSTRACT

The present study was carried out with the objective of determining the "Coping and adaptation process in patients with chronic renal failure undergoing peritoneal dialysis in EsSalud Puno 2016". The population and sample consisted of 38 patients from the continuous ambulatory peritoneal dialysis program (DIPAC). The study was descriptive with a quantitative approach and transversal design. A questionnaire called Callista Roy Coping and Adaptation Process Scale (ESCAPS) was used for data collection, an instrument that was validated by expert judgment and reliability was found through the concordance of judges, reaching a score of 0.84 According to the binomial test. The results show that: 68% of patients with chronic renal failure undergoing peritoneal dialysis have a Median coping capacity according to Factor 3 (Alert process), as well as 58% according to Factor 1 (Recursive and centered) and 55% according to Factor 2 (Physical and emotional reactions). Regarding adaptation capacity, 61% have a high capacity according to factor 4 (Perform systematic processing), while according to factor 5 (Know and relate), 55% shows a medium capacity. Reaching the following conclusion: patients with CRI undergoing peritoneal dialysis have a medium coping ability and in terms of adaptation they present a medium and high adaptive capacity; Adaptation and coping are mutually related, since in order to achieve the adaptation of any process depends on the way the person faces the situation, that is, on knowing the health situation with which they were diagnosed, had mostly innate reactions and Only a minority had an acquired reaction from previous stressful situations; Although they were able to adapt to a lifestyle, routine and different activities, the strategies they manage allow them to cope with CRI in peritoneal dialysis treatment.

Keywords: coping, adaptation, peritoneal dialysis, nursing, renal failure.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La insuficiencia renal crónica (IRC) es el funcionamiento anormal de los riñones por más de 3 meses o la alteración estructural de los mismos, es una enfermedad prevalente, el 17% de los individuos mayores de 20 años a nivel mundial lo poseen y frecuentemente no es reconocida por el equipo de salud ni por los pacientes que la padecen ya que permanece asintomática hasta estadios avanzados ⁽¹⁾.

La insuficiencia renal crónica se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial ⁽²⁾, que afecta a más del 10% de la población mundial ⁽³⁾; los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestran a la IRC en el número 12 de la lista de principales causas de muerte en el mundo ⁽⁴⁾. La prevalencia aumenta de forma progresiva con el envejecimiento (22% en mayores de 64 años, el 40% en mayores de 80 años) y el incremento de la prevalencia de la diabetes mellitus e hipertensión ⁽⁵⁾; los datos compilados por la OMS muestran la existencia aproximada de 150 millones de personas a nivel mundial con diabetes, predicen que este dato puede ser doblado a más de 300 millones para el 2025 ⁽⁶⁾.

En el Perú según La Sociedad Peruana de Nefrología (SPN), mencionó que aproximadamente el 13% de peruanos mayores de 20 años de edad presentan IRC, principalmente a causa de la mayor prevalencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus ⁽⁷⁾. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), 2013, refiere que existieron 9,490 pacientes con IRC en estadio 5 y de ellos sólo aproximadamente 1,500

pacientes en estadio 5 o fase terminal estarían recibiendo alguna Terapia de Reemplazo Renal (TRR) siendo la brecha estimada de 7,990 pacientes que no tienen acceso a cualquier modalidad de terapia dialítica ⁽⁸⁾. Dentro de las causas específicas de mortalidad en el Perú en 2012, la IRC constituyó una de las 10 primeras causas de muerte representando el 3,3% de las defunciones a nivel nacional; las regiones de Puno, Apurímac, Huancavelica, Cusco, Ayacucho y Moquegua son las que tienen mayor mortalidad por IRC⁽²⁾.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2005 las causas de la IRC en el Perú, reportados por EsSalud en los años 1998- 2002 muestran la diabetes mellitus y la hipertensión arterial como principales causas de la IRC; seguidamente de la glomerulopatía, nefritis túbulo intersticial, uropatía obstructiva y otros ⁽²⁾.

A nivel regional según la Unidad Estadística e Informática del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, en Puno es la tercera causa de muerte con 10 casos ⁽⁹⁾. Actualmente en el Programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continúa (DIPAC) del Es Salud se cuenta con 38 pacientes que reciben diálisis peritoneal ⁽¹⁰⁾.

La National Kidney Foundation (NKF-KDOQI) clasifica a la IRC en 5 estadios basándose en la reducción de la tasa de filtración glomerular (TFG). El proceso de disminución progresiva e irreversible en el número de nefronas, típicamente corresponden a la IRC que comprende los estadios 3, 4 y 5, constituyendo el estadio 5 como la fase terminal de la enfermedad ⁽³⁾. La mayoría de los pacientes son reconocidos en los estadios terminales de la enfermedad ya que la padecen de manera asintomática hasta estadios avanzados ⁽⁶⁾; por lo que requieren TRR como diálisis, hemodiálisis o trasplante renal; desde un punto de vista técnico, se puede considerar que la Hemodiálisis (HD) y la DIPAC son técnicas eficaces y seguras para proporcionar una Terapia de Reemplazo Renal (TRR) a pacientes en estadios terminales. Mientras no existan contraindicaciones; existe un consenso para recomendar la TRR que es elegida libremente por el paciente, después de recibir información adecuada y completa sobre las ventajas y los inconvenientes de los métodos existentes ⁽³⁾.

La IRC presenta unas características que la hacen sumamente adversa ⁽²⁾, señalan que estos pacientes se encuentran sujetos a múltiples estresores fisiológicos y psicosociales y a cambios potenciales en su estilo de vida. Además, sugieren que los pacientes deben

enfrentarse a interrupciones potenciales en el estilo de vida y cambios psicosociales, efectos sobre el concepto y confianza en sí mismo, así como cambios en los roles dentro de la familia ⁽¹¹⁾. Los pacientes con IRC suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales, como ansiedad y depresión, asociadas a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por la IRC y al tratamiento de DIPAC. La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice del impacto de la Enfermedad Renal y la DIPAC, sobre sus condiciones de vida; también se relaciona con las habilidades individuales para adaptarse a la condición de dependencia del programa de DIPAC ⁽¹²⁾. El paciente debe vivir con la función renal notablemente disminuida y con una alta probabilidad de deterioro de los demás órganos internos, causando en algunos casos enfermedades cardiovasculares, neuropatías, descalcificación de los huesos, anemia, entre otros. No obstante debido a esta situación, estos pacientes deben adaptarse y afrontar muchos cambios en su vida, que es uno de los factores determinantes para la reducción de complicaciones de dicha patología ⁽²⁾.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, donde el entorno del paciente juega un papel importante en la implementación de Mecanismos de Adaptación ante posibles Enfermedades Crónicas, en relación con esto Callista Roy define el entorno como todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos ⁽¹³⁾.

El afrontamiento vendrían a ser los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realizan las personas para atender las demandas del ambiente, que actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad ⁽¹⁴⁾. La capacidad para la adaptación depende de los estímulos a que el paciente está expuesto y su nivel de adaptación y, éste a la vez depende de tres clases de estímulos: Focales, los que enfrenta de manera inmediata. Contextuales, que son todos los demás estímulos presentes. Residuales, los que la persona ha experimentado en el pasado. El resultado final más conveniente es un estado en el cual las condiciones facilitan el ajuste psicológico del paciente ⁽¹⁵⁾.

Ahora bien, tomando en cuenta el impacto que produce el proceso de diálisis peritoneal ambulatoria continúa (DIPAC) en pacientes con IRC, el presente trabajo de investigación, representa un aporte importante y novedoso que contribuirá a los profesionales de enfermería a realizar estrategias de salud renal para así realizar un mejor

manejo de la IRC, permitiéndoles desarrollar el cuidado de enfermería de manera sistematizada para así lograr el mejor afrontamiento y la adaptación del paciente renal.

La motivación del presente estudio surgió a raíz de mi experiencia pre profesional. Tuve la oportunidad de cuidar a un paciente con IRC, sometido a diálisis peritoneal ambulatoria continua en domicilio; al ir a sus controles mensuales o reuniones al programa de DIPAC, en el transcurso pude observar cómo vivían estos pacientes, cómo unos se sumían en una vida triste y monótona, mientras que otros afrontaban la vida con más optimismo, se les notaba más entusiasmados, animados, preguntaban, bromeaban, sonreían dichas experiencias fueron de gran ayuda para darme cuenta de las limitaciones existentes en el cuidado hacia los aspectos psicosociales de los pacientes con IRC.

1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A NIVEL MUNDIAL

En Cartagena, Colombia en el año 2010, se realizó una investigación titulada “Afrontamiento y adaptación de pacientes en hemodiálisis y diálisis.” con el objetivo de describir y contrastar el afrontamiento y la adaptación de los pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria en dos unidades renales, con un diseño de estudio descriptiva cuantitativo. La muestra de estudio estuvo conformada por 277 adultos, 243 en tratamiento de hemodiálisis y 34 diálisis, se cuantificó con la escala del proceso de afrontamiento y adaptación de Roy. Los resultados fueron: La edad promedio de los pacientes en diálisis fue de 55,6 años y para los pacientes de hemodiálisis fue de 56 años de edad, el sexo masculino se observó en mayor proporción en los pacientes con diálisis 55.9%. Los pacientes bajo tratamiento mostraron alta capacidad de afrontamiento y adaptación en un mayor grado en los pacientes que reciben hemodiálisis en 78,2%, la capacidad alta de afrontamiento se evidenció en ser físicas y enfocados (factor 2) con 76,1% y en bajo grado al realizar procesamientos sistemático(factor 4) con 56,8%, para los que reciben diálisis el factor con mayor capacidad de afrontamiento y adaptación fue en estar alerta (factor3) con 76,5% y el más bajo en relación con tener reacciones físicas y enfocadas (factor 2) con 58,8%. Finalmente las conclusiones fueron: Existe una capacidad de afrontamiento y adaptación alta en pacientes en tratamiento de hemodiálisis y diálisis, mostrando tendencias estables en el uso de estrategias de afrontamiento para sí mismo y para otros a nivel cognitivo, comportamental y emocional ⁽¹⁶⁾.

En Cartagena, Colombia en el año 2012, se realizó una investigación titulada “Capacidad de afrontamiento y adaptación de pacientes con VIH-SIDA según modelo Callista Roy en una clínica de II nivel.” Con el objetivo de determinar la capacidad de afrontamiento y adaptación de los pacientes con VIH-SIDA, con un diseño de estudio descriptivo de corte transversal. La muestra de estudio estuvo conformada por 16 pacientes inscritos en el programa de VIH-SIDA; Para la recolección de datos se utilizó la encuesta de afrontamiento y adaptación de Roy; obteniendo los siguientes resultados: Según las Características Personales y Físicas que relacionan el proceso de afrontamiento y adaptación dentro del cual se encuentra los factores I, II y III se obtuvo un puntaje global en porcentajes de un 13,19% en mediana capacidad ,20,83% alta capacidad y 65,97% muy alta capacidad. Los cuales dan una sumatoria de un 100% En el cual se evidencia que los pacientes encuestados presentan una muy alta capacidad de afrontamiento y adaptación. Según Estrategias de Afrontamiento y Adaptación encaminadas a manejar las Situaciones Personales y Físicas dentro del cual se encuentra los factores IV y V se obtuvo un puntaje global en porcentajes de un, 4,58% en mediana capacidad ,16,67% alta capacidad y 78,75% muy alta capacidad. Los cuales dan una sumatoria de 100% En el cual se evidencia que los pacientes encuestados presentan una muy alta capacidad de afrontamiento y adaptación ⁽¹⁷⁾.

La investigación realizada en Cartagena, Colombia, en el año 2011, titulada “Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo, con el objetivo de describir la capacidad de afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo, con un diseño de tipo descriptivo transversal, con una muestra de 171 pacientes, a las cuales se empleó la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Roy. Los Resultados fueron: el 50,3 % de los participantes fueron mujeres y 49,7 % hombres. La capacidad de afrontamiento y adaptación fue del 63,2 %, el 19,9 % presentó mediana capacidad. La baja capacidad reportó 1,2 %. Por factores, el proceso de alerta presentó una mayor puntuación, con 46,2 %, en alta capacidad en las estrategias de afrontamiento, y en el procesamiento sistemático, el 45,0% se ubicó en muy alta capacidad en cuanto a los recursos utilizados para la adaptación. Conclusión: los pacientes reflejaron un estilo de afrontamiento activo con estrategias centradas en el problema tanto cognitivas como comportamentales, percibiendo la situación como controlable. El modelo de Roy permite a las enfermeras identificar en los pacientes, estrategias adecuadas o inefectivas y orientar el cuidado ⁽¹⁸⁾.

En México, en el Hospital General de zona del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el año 2012, se realizó una investigación titulada “Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal.” Con el objetivo evaluar el grado de desajuste psicológico en pacientes bajo diálisis peritoneal continua ambulatoria, variables psicosociales, las estrategias de afrontamiento empleadas por ellos y el impacto en su calidad de vida., con un diseño de estudio descriptivo. La muestra de estudio estuvo compuesta por 83 pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica bajo tratamiento con DIPAC Para evaluar el modo de afrontamiento, se utilizó el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE); obteniendo los siguientes resultados: los datos mostraron que las variables de desajuste mayormente asociadas de manera significativa e inversa con la calidad de vida fueron la depresión, seguida por la ansiedad y la soledad, evidenciando un amplio compromiso de estas tres variables de desajuste con la calidad de vida vinculada a la salud. Al evaluar la Ansiedad ante la muerte se halla una moderada e inversa correlación, entre ésta y el total de la calidad de vida asociada a lo físico: a menor calidad de vida física, mayor ansiedad ante la muerte. Este dato es importante porque dicha variable se encuentra asociada de manera directa con depresión, desesperanza e ideación suicida. Se observa concomitantemente que la espiritualidad basada en una relación plena con la vida (vida con sentido, adecuada integración con el otro, aceptación mutua) está asociada inversamente con depresión, desesperanza, ideación suicida, soledad y ansiedad ante la muerte, lo cual es consistente con resultados obtenidos en sujetos de una muestra no clínica .Por otro lado, la depresión, la desesperanza y la soledad están asociadas a un estilo de afrontamiento cognitivo–disfuncional; este estilo favorece una autofocalización negativa (*v. gr.*, "Me convengo de que haga lo que haga las cosas siempre me salen mal").La soledad y la ideación suicida están asociadas a un estilo de afrontamiento emotivo–agresivo caracterizado por una expresión emocional abierta (*v. gr.*, "Descargo mi mal humor con los demás, Agredo a algunas personas, Suelo comprender que soy el principal causante del problema"). Finalmente, la capacidad percibida de dar (sentir que se puede brindar apoyo emocional o instrumental al otro) y la espiritualidad basada en la vida están asociadas a un estilo de afrontamiento cognitivo–positivo; éste se centra en la solución de problemas y es positivamente adaptativo ⁽¹⁹⁾.

A NIVEL NACIONAL:

No existen estudios a nivel nacional relacionado a la diálisis peritoneal utilizando la teoría de enfermería de Callista Roy sin embargo se consideran los estudios de hemodiálisis que de alguna manera van a contribuir en el análisis de los resultados.

En Lima, Perú en el año 2013, se realizó una investigación titulada “Estilos de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en programa de hemodiálisis del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen.” Con el objetivo Identificar los estilos de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en el programa de hemodiálisis, con un diseño de estudio descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 73 pacientes en hemodiálisis; Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario de modos de afrontamiento al estrés modificado; obteniendo los siguientes resultados: se evidencia que no hay una diferencia significativa entre los pacientes que emplean el afrontamiento activo y afrontamiento pasivo, con una media de 31,54y 26,89 respectivamente. Conclusiones: los pacientes con un máximo de 6 meses de tratamiento en Hemodiálisis (HD) tienen un estilo de afrontamiento activo que difiere del pasivo debido a que están adaptando a su nuevo contexto no desistiendo y utilizando frecuentemente estrategias positivas como planificación, reinterpretación y la religión para la adaptación a las sesiones de HD y no desistir del tratamiento⁽²⁰⁾.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo es el proceso de afrontamiento y adaptación en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud Puno 2016?

1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO

IRC en nuestro país es un serio problema de salud pública, originado principalmente por enfermedades crónico degenerativas mal controladas, principalmente la diabetes mellitus y la hipertensión arterial; lo que implica un gasto dramático para el paciente y el sistema de salud en general⁽²¹⁾. Uno de los tratamientos de la IRC es la DIPAC que es una técnica eficaz y segura para proporcionar una Terapia de Reemplazo Renal (TRR) a pacientes en estadios terminales⁽²²⁾.

El presente trabajo de investigación, representa un aporte importante a los profesionales de enfermería con un conocimiento nuevo e integral que ayudara a realizar los cuidados basada en la teoría de enfermería de Callista Roy. De acuerdo a esta teórica es indispensable considerar que el proceso de adaptación y afrontamiento es importante para mejorar la calidad de vida de los pacientes con IRC. La aplicación de esta teoría de enfermería direcciona el desempeño autónomo y sistematizado, con el instrumento creado por la misma Roy y por primera vez aplicado en Es Salud Y en el cuidado del paciente con IRC. La utilidad de este estudio estará dada por la contribución en disminuir las complicaciones propias del paciente con IRC, al conducir con éxito el proceso de afrontamiento y adaptación basado en la ya mencionada teoría de enfermería.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el proceso de afrontamiento y adaptación en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal, de acuerdo a la teoría de enfermería de Callista Roy en Es Salud Puno 2016.

OBJETIVO ESPECÍFICO

1) Identificar la capacidad de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud Puno en términos conductuales (Factor 1).

2) Identificar la capacidad de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud Puno según: reacciones físicas y enfocadas (factor 2).

3) Identificar la capacidad de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud Puno según: proceso de alerta (factor 3).

4) Identificar la capacidad de adaptación en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud Puno según: procesamiento sistemático (factor 4)

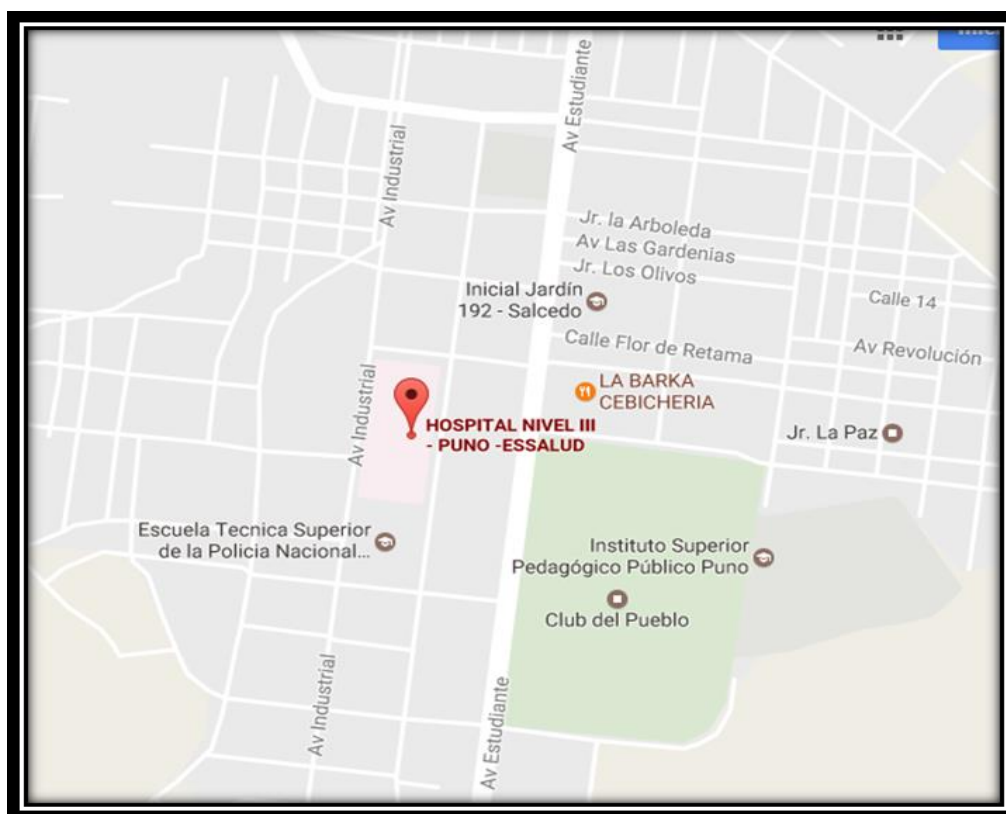
5) Identificar la capacidad de adaptación en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud Puno según: conocer y relacionar (factor 5).

1.6. CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación se realizó en la Unidad de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DIPAC) del Hospital EsSalud de la ciudad de Puno, ubicado en la Av. Industrial S/N, esta unidad brinda atención a los pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben diálisis peritoneal, estos pacientes son asegurados en EsSalud.

La unidad de DIPAC consta de tres ambientes establecidos para el control y tratamiento de los pacientes; el personal que labora está conformado por un médico nefrólogo, tres enfermeras especialistas y un personal de limpieza.

LUGAR DONDE SE ENCUENTRA EL HOSPITAL ESSALUD PUNO



Fuente: Google Maps.

CAPÍTULO II

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1 AFRONTAMIENTO

El afrontamiento se ha definido como aquellas estrategias que los individuos utilizan para reducir al mínimo el impacto negativo que producen los estresores sobre su bienestar psicológico, e incluso pueden mediar entre las situaciones estresantes y la salud ⁽²³⁾. El afrontamiento incluye todas las acciones dirigidas a tolerar, aminorar, aceptar o incluso ignorar aquellos eventos que no se pueden controlar; el estilo de afrontamiento adoptado dependerá de varios factores entre los que se encuentran la evaluación que el individuo realiza sobre la situación o el evento estresante, la disponibilidad de recursos y las experiencias previas ⁽²⁴⁾. Supone cualquier esfuerzo, ya sea saludable o no, consciente o no, para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes o para tolerar sus efectos de la manera menos perjudicial. En cualquier caso, los esfuerzos de afrontamiento pueden ser saludables y constructivos, o pueden llegar a causar más problemas ⁽²⁵⁾.

El afrontamiento También es una variable crítica en la comprensión de los efectos del estrés en el curso de la enfermedad, las personas manejan estrategias de afrontamiento cognitivo y la efectividad del manejo de estas estrategias puede ser determinante en los niveles de recuperación, reforzamiento y el logro de las metas de salud de las personas ⁽²⁶⁾.

2.1.1.1 TIPOS DE AFRONTAMIENTO

Afrontamiento Innato.- Respuesta inmediata, natural, Inherente ante situaciones cotidianas; patrón propiamente no aprehendido, ni entrenado o proceso de afrontamiento desarrollado como un reflejo, generalmente determinados como propios y son vistos como procesos automáticos ⁽²⁶⁾.

Afrontamiento Adquirido.- Respuesta formada, cultivada y replicada, concebida, percibida a partir de un anterior evento o situación; patrón propiamente adquirido o proceso de afrontamiento desarrollado a través de estrategias como el aprendizaje de experiencias que a lo largo de la vida se presentan contribuyendo a formar una determinada respuesta, particularmente a los estímulos del entorno de ese momento ⁽²⁶⁾.

2.1.1.2 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

a. Afrontamiento activo.-

Se refieren a aquellos esfuerzos hechos por el paciente para continuar con sus vidas a pesar del dolor. Este estilo de afrontamiento implica una confrontación adecuada de las propias emociones y se encuentra relacionado con un mejor nivel de la función inmune, mayor bienestar y estados afectivos positivos ⁽²⁷⁾.

Proceso de ejecutar acciones directas incrementando los esfuerzos con el fin de apartar o evitar el estresor o mermar los efectos negativos ⁽²⁸⁾.

- Planificación de Actividades: estrategia cognitiva analítica y racional, que puede describirse como secuencia de acciones orientadas a solucionar problemas, teniendo en cuenta el momento oportuno para analizarlo e intervenirlo ⁽²⁸⁾.
- Apoyo Social: consiste en buscar en los demás un consejo o apoyo, información, ya sea en los profesionales de salud o pacientes con mayor tiempo en el programa de diálisis peritoneal con la finalidad de solucionar problemas ⁽²⁸⁾.

- Apoyo emocional: estrategia comportamental en la cual se expresa la emoción y se buscan alternativas para solucionar el problema con otra u otras personas ⁽²⁸⁾.
- Reinterpretación positiva: estrategia cognitiva por el cual la persona reconoce la realidad de la enfermedad y se centra en los aspectos positivos de la situación. Por lo tanto, optimismo que contribuye a tolerar la problemática y a generar pensamientos que favorecen al afrontamiento de la situación ⁽²⁸⁾.
- Aceptación: Estrategia donde el paciente llega a aceptar su enfermedad sin sentimientos de culpa ni de rabia. Etapa donde se fortalece la adherencia al tratamiento, al nuevo estilo de vida y disminuye el impacto del estigma y rechazo social ⁽²⁸⁾.
- Acudir a la religión: estrategia cognitiva- comportamental expresada a través del rezo y la oración dirigido a tolerar o solucionar el problema o las emociones que se generen ante una situación de estrés. Puede influir sobre la actividad de afrontamiento, ya sea en dirección o intensidad. El objetivo es volcarse en la religión en situaciones de estrés para reducir la situación existente ⁽²⁸⁾.

b. Afrontamiento pasivo.-

Los estilos pasivos, por su parte, implican una tendencia a perder el control sobre la situación y se pasa a depender de otros; éstos se han relacionado con un aumento en la severidad del dolor, depresión y elevado deterioro funcional ⁽²⁷⁾.

La base está en encarar la adversidad como una amenaza o daño personal. Huiremos, evitamos encarar el conflicto, lo aplazamos, abandonamos cualquier esfuerzo para afrontarlo, lo delegamos a otra persona, nos distanciamos, por ende el paciente no modifica su situación, afrontando a través de la negación, buscando alejamiento y la transferencia de su responsabilidad a otros, es decir, pierden el control de la situación llegando incluso a la dependencia de otras personas ⁽²⁸⁾.

- Negación: Es una estrategia de protección para reducir el impacto de los factores que ocasionan el estrés. Describe también la ausencia de aceptación del problema y la evitación por distorsión o desfiguración del mismo en el momento de su valoración. La persona con esta estrategia trata de comportarse como si el problema no existiera, de no pensar en él y alejarse de manera temporal de situaciones que se relacionan con el problema ⁽²⁸⁾.
- Desahogo: estrategia constituida por procesos cognitivos que puede disminuir la carga emocional que presenta la persona en un momento determinado. Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de cierta tendencia a expresar o descargar sentimientos negativos ⁽²⁸⁾.
- Humor: estrategia distanciadora y distractora, se refieren bromas sobre el estresor o reírse de situaciones estresantes, haciendo burlas de la misma. Las bromas son consideradas como una forma de distanciamiento emocional, pues la persona regula las ideas amenazadoras haciendo que no sea tan reflexivo ante la situación ⁽²⁸⁾.
- Auto- Inculpación: estrategia cognitiva que puede aumentar el grado de trastorno emocional, algunas personas necesitan sentirse verdaderamente mal antes de pasar a sentirse mejor, se autorreprochan o emplean cualquier otra forma de autocastigo ⁽²⁸⁾.
- Auto- distracción: estrategia la cual se relaciona con altos niveles de intensidad del dolor, menor actividad física y mayores niveles de ansiedad ⁽²⁸⁾.
- Desconexión emocional: consiste en la disminución del esfuerzo dirigido al estresor, el paciente se da por vencido, sin intentar lograr las metas con las que él está interfiriendo ⁽²⁸⁾.
- Uso de sustancias: se consumen medicamentos o alcohol con el fin de sentirse bien o para ayudar a soportar al estresor. La persona evita o escapa del problema a través de esta estrategia ⁽²⁸⁾

2.1.1.3. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

- a. Estrategia comportamental – conductual: Ocurre cuando la persona dirige y orienta la actividad de su respuesta a la situación o enfermedad, estas estrategias permiten la posibilidad de actuar. Esta estrategia busca controlar el estímulo o estresor en forma directa, actuando frente al problema que la persona considera es susceptible de modificar. Éstas también pueden ser evasivas cuando la persona siente que no puede actuar ante el estímulo y lo rechaza en forma consciente o inconsciente ⁽²⁹⁾.

- b. Estrategia afectiva – emocional: Se dirigen a disminuir o eliminar reacciones emocionales desencadenantes por la fuente estresante, ésta asume que la situación tiene una condición estresante que es inmodificable y por ello centra toda su atención en disminuir el malestar emocional que se va a generar. Por su parte, tratará de controlar la emoción causada por el estrés, son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema (por ejemplo, mediante técnicas de relajación). Estas estrategias de afrontamiento surgen en su mayoría cuando el sujeto evalúa que no puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas. Estas procuran manejar el malestar emocional y comprenden la expresión de emociones, buscando consuelo y soporte en otros ⁽²⁹⁾. El uso de estrategias de afrontamiento efectivas facilita el retorno a un estado de equilibrio, el cual minimiza los efectos negativos del estrés. Estas estrategias de afrontamiento adaptativas consiguen reducir el estrés y mejorar la respuesta, disminuyendo la reacción emocional negativa, independientemente de que solucionen el problema ⁽²⁸⁾.

- c. Estrategia cognitiva: Ocurre cuando la persona orienta sus conocimientos y esfuerzos a la solución de una situación o enfermedad. Este subsistema es el proceso de afrontamiento principal de la persona, y se manifiesta en la conducta bajo la respuesta o modo fisiológico de auto-concepto, función de rol e interdependencia. Refiriéndose al “afrontamiento y procesos de adaptación” como a un constructo multidimensional que representa las respuestas o modo fisiológico y psicosocial. Como sistema posee niveles jerárquicos pues abarca

procesamientos cognoscitivos tanto a nivel de entradas o estímulos, procesos internos o centrales, como de salidas o respuestas y tiene relación con la conciencia. La conciencia monitorea y regula el comportamiento humano gracias a los procesos cognitivos en donde, mediante el desarrollo del proceso de información, la persona otorga un significado a los estímulos del ambiente, interactúa con este y alcanza los niveles más altos de integración consigo mismo y con la sociedad. Este procesamiento de la información se da en tres etapas secuenciales, las cuales están íntimamente relacionadas entre sí; Roy las ha denominado como entradas, procesos centrales y salidas⁽³⁰⁾.

2.1.1.4 FACTORES DE AFRONTAMIENTO SEGÚN CALLISTA ROY.

a. FACTOR 1: Recursivo y centrado (10 ítems).

Refleja los comportamientos personales y los recursos para expandir las soluciones, ser creativo y busca resultados refleja los comportamientos personales y los recursos, se concentra en la expansión del nivel de entrada del sistema cognitivo de la información; considerando actitudes con respecto a la solución de problemas como es ser creativo y buscar resultados. Siendo recursivo el “estilo” y “centrado” la estrategia. Este factor agrupa ítems que presentan comportamientos siempre positivos e implica una mayor puntuación en las estrategias de afrontamiento⁽³¹⁾.

Es una estrategia y estilo de afrontamiento activo dirigido a la solución de problemas, caracterizada por el dominio conductual, manifestados por comportamientos de búsqueda y recopilación de la información, estar atento a cualquier cosa relacionada con la situación desde el principio, la identificación de posibles soluciones, el desarrollo de un plan para el logro de los objetivos, ser creativo, la proposición de soluciones nuevas, la redirección de los sentimientos, proponer soluciones nuevas, la disposición al cambio para salir de problemas⁽³²⁾.

Los estilos y las estrategias de afrontamiento tienen dos formas de afrontamiento: las formas activas, las cuales hacen referencia a los esfuerzos para manejar directamente el problema y son usualmente descritas como exitosas, por efectos positivos sobre la adaptación; asimismo, incluyen la reinterpretación positiva resignificar el curso de los hechos, alteración de valores y prioridades

personales, descubrir aspectos positivos del problema, aceptación, acomodación flexible a la ambivalencia de la vida, reconocimiento de la naturaleza crítica del suceso vital, integración del suceso crítico al curso natural de la vida y considerar la situación con humor. En cambio, las formas pasivas o evitativas consisten en la ausencia de afrontamiento o conductas de evasión y negación, consideradas como menos exitosas; se halla la pretensión de negar la situación, ignorar la realidad del evento crítico, desentenderse de la realidad vivida a través de la religión o la fantasía y, por último, la culpabilización de uno mismo o autocrítica desvalorizante⁽³³⁾.

b. FACTOR 2: reacciones físicas y enfocadas (14 ítems)

Resalta las reacciones físicas y la fase de salida durante el manejo de las situaciones. El estilo es “reacciones físicas” y la estrategia es “enfocado”; a su vez, este factor tiene un puntaje inverso, porque califica negativamente el comportamiento o la actitud⁽³¹⁾.

Estrategia y estilo de afrontamiento pasivo dirigida a la regulación de la emoción caracterizada por el dominio conductual, manifestado por comportamientos con enfoque optimista, inhabilidad para manejar problemas complejos, la no utilización de experiencias pasadas, el reaccionar con exageración, la dificultad para explicar el verdadero problema, el rendirse fácilmente, y experimentar cambios en la actividad física inclusive la sensación de que la situación lo está enfermando⁽³²⁾.

c. FACTOR 3: proceso de alerta (9 ítems)

Representa los comportamientos del yo personal respecto a las características de cada persona como las expectativas, los valores, las virtudes y las metas, y los comportamientos del yo físico haciendo referencias a aspectos físicos, funcionalidad, salud y estado de enfermedad, compuesto por las sensaciones corporales y la imagen corporal⁽³³⁾.

Estrategia de afrontamiento concreta dirigida a la regulación de la emoción, de accionar activo de dominio cognitivo caracterizado por comportamientos tendientes a la adopción y utilización de nuevos recursos para afrontar la situación, para resolver el problema y el seguimiento de instrucciones

en momentos de crisis, el manejo de las situaciones bajo estrés, el manejo de los sentimientos en forma objetiva, el rápido análisis de los detalles de la situación, y el desenvolvimiento en lugares desconocidos ⁽³²⁾.

Seguidamente se define que es adaptación, el modelo, los estímulos, los modos y los factores de adaptación de Callista Roy. Los factores 4 y 5 miden las estrategias que emplean las personas para sobrellevar la situación es decir la adaptación ⁽⁶⁰⁾.

2.1.2 ADAPTACIÓN

Proceso y el resultado por el que las personas de pensamiento y de sensación, como individuos o en grupos, utilizan el conocimiento y la opción consciente para crear la integración humana y ambiental; señala que los seres humanos como sistemas adaptantes tienen la capacidad de adaptarse y crear cambios en el ambiente ⁽³⁴⁾. A partir de este concepto, se considera al individuo como un sistema adaptativo que está en continua interacción con el medio ambiente, en el cual la persona utiliza mecanismos, el innato y el adquirido dentro de dos importantes subsistemas para afrontar las situaciones. Estos subsistemas incluyen el sistema regulador, que está dado por repuestas innatas y reflejas de carácter neuroquímico y endocrino del organismo; y el subsistema cognitivo, el cual es adquirido y responde a través de la percepción, procesamiento de la información, aprendizaje, juicio y emoción ⁽³¹⁾. Las repuestas de estos subsistemas son evidenciados en los cuatro modos de adaptación: modo fisiológico, el autoconcepto, el rol y la interdependencia ⁽³⁴⁾.

2.1.2.1 MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY.

El paciente con IRC que inicia TRR utiliza mecanismos adaptativos que lo ayudarán a afrontar este nuevo estilo de vida. En ese sentido, se puede decir que estos mecanismos pueden ser de tipo psicológicos, sociales y afectivos, y la efectividad del uso de estos mecanismos va a depender del entorno en que se desarrolla la persona. Por lo tanto, el profesional de Enfermería al establecer una relación con este tipo de pacientes debe tener en cuenta la autodeterminación de la persona y los mecanismos que esta emplea para lograr la adaptación. Por tal motivo, el personal de Enfermería debe ser consciente de que constituye un estímulo para el paciente y puede afectar en forma positiva o negativa en su adaptación.

Roy en su modelo teórico describe a las personas como seres holísticos, con partes que funcionan como unidad con algún propósito, no en una relación causa-efecto. Los sistemas humanos incluyen a las personas como individuos, grupos, familias, comunidades, organizaciones y a la sociedad como un todo ⁽¹³⁾.

Por otra parte, expresa que los seres humanos se adaptan a través de procesos de aprendizajes adquiridos mucho tiempo atrás, por lo cual, el personal de Enfermería debe considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre que forma parte de un contexto del cual no se debe separar. Este concepto está directamente relacionado con el concepto de adaptación, de tal forma que la percepción que se tiene de las situaciones a las cuales se enfrenta es individual y diferente para cada uno ⁽¹³⁾.

Asimismo describe que al realizar la valoración se destaca la necesidad de evaluar a la persona como un todo. La valoración del modo fisiológico y psicosocial constituye una oportunidad para conocer no solo su estado de salud, sino también la percepción que tiene de la situación que está viviendo en este momento, cómo la está afrontando y cuáles son sus expectativas frente al cuidado de Enfermería para promover su adaptación ⁽¹³⁾.

El modelo de adaptación de Roy es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales ⁽³⁵⁾.

Persona: Es un ser biopsicosocial en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológico, autoimagen, dominio del rol e interdependencia. Es el receptor de los cuidados enfermeros, que desempeñan un papel activo en dichos cuidados.

Entorno: Son todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos ⁽³⁵⁾.

Salud: Proceso de ser y llegar a ser una persona íntegra y total. Meta de la conducta de una persona y la capacidad de esta de ser un organismo adaptativo ⁽³⁵⁾.

Meta de Enfermería: Es requerida cuando una persona gasta más energía en

el afrontamiento y deja muy poca energía disponible para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. La meta de la Enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatro modos, ya sea en la salud o en la enfermedad⁽³⁵⁾.

Dirección de las actividades: la facilitación a la adaptación⁽³⁵⁾.

2.1.2.2 ESTÍMULOS DE ADAPTACIÓN EN EL SER HUMANO Y EL AMBIENTE:

Roy describe a los seres humanos en términos de los sistemas adaptantes holísticos, para explicar este concepto de seres humanos como sistemas adaptantes, la entrada para los seres humanos se ha denominado estímulo. Un estímulo se ha definido como el que provoca una respuesta, es el punto de la interacción del sistema y del ambiente humano. Los estímulos pueden venir externamente del ambiente (estímulos externos) o pueden originarse en el ambiente interno (estímulos internos)⁽³⁵⁾.

El nivel de adaptación mismo puede ser un estímulo, el nivel de adaptación representa la condición de los procesos de la vida, afecta la capacidad del sistema humano de responder positivamente en una situación⁽³⁶⁾.

El comportamiento del ser humano (salida) es una función de los estímulos de la entrada y el nivel de la adaptación del individuo o del grupo; este nivel de modificación es tan significativo que los seres humanos y el ambiente son constantemente proceso del cambio⁽³⁶⁾.

Un proceso integrado de la vida puede cambiar a un proceso compensatorio que evoque tentativas de restablecer la adaptación. Si los procesos compensatorios no son adecuados, los procesos resultan comprometidos⁽³⁶⁾.

En este modelo, los procesos principales para hacer frente son el subsistema regulador y el cognator cuando se aplican a los individuos, y los subsistemas del estabilizador y del innovador en relación a grupos; el regulador cognator y el estabilizador-innovador actúan para mantener los procesos integrados de la vida para la persona o el grupo⁽³⁶⁾.

El comportamiento como salida del sistema humano toma la forma de respuestas adaptativas y de respuestas ineficaces. Estas respuestas actúan como la regeneración o entrada adicional al sistema, permitiendo que la gente decida aumentar o disminuir esfuerzos de hacer frente a los estímulos ⁽³⁶⁾.

Según el modelo de adaptación de Roy, el ambiente se clasifica específicamente como estímulos: focal, del contexto y residual ⁽³⁴⁾.

- Focales: son los que afectan en forma inmediata y directa a la persona en un momento determinado ⁽³⁴⁾.
- Contextuales: son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal ⁽³⁴⁾.
- Residuales: corresponde a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden tener influencias en la situación presente, pero sus efectos son indeterminados ⁽³⁴⁾.

2.1.2.3. MODOS DE ADAPTACIÓN

En este subsistema, se tiene 04 modos de adaptación:

a. Modo fisiológico:

Se centra en la manera en que los seres humanos reaccionan ante su entorno por medio de procesos fisiológicos con el fin de cubrir las necesidades básicas de respirar, alimentarse, eliminar, moverse, descansar y protegerse ⁽³⁴⁾.

La pérdida de la función del riñón reduce la capacidad de adaptación de los pacientes, aun cuando se trata de sustituir la función renal a través de los diferentes tratamientos dialíticos y agregando que pudiera haber influencia por diversos estímulos ambientales ⁽³⁴⁾.

b. El auto-concepto:

Se centra en la necesidad de saber quién es uno mismo y como se debe actuar en la sociedad; para el individuo el auto concepto se define como el conjunto de creencias y sentimientos que una persona tiene de sí mismo en un momento determinado ⁽³⁴⁾. La opinión interna y de otros, genera reacciones que son

influyentes en el comportamiento. Los componentes del modo del auto concepto son el uno mismo físico, incluyendo la sensación del cuerpo y la imagen del cuerpo y el uno mismo personal, abarcando la auto consistencia, auto ideal, y moral-ético-espiritual ⁽³⁴⁾.

c. La función de Rol:

Se centra específicamente en los roles primarios, secundarios y terciarios que desempeña el individuo en la sociedad; el rol describe las expectativas que se tiene de como actuara un individuo frente a otro ⁽³⁴⁾.

d. La Interdependencia:

Trata sobre las interacciones de la gente en la sociedad. La principal labor del modo de adaptación de la interdependencia en las personas es la de dar y recibir amor, respeto y valores. Los componentes más importantes del modo de adaptación de la interdependencia son las personas más allegadas (pareja, hijos, amigos y Dios) y su sistema de apoyo social ⁽³⁴⁾. Los cuatro modos de adaptación consigue la integridad fisiológica, psicológica y social ⁽³⁴⁾.

2.1.2.4 FACTORES DE ADAPTACIÓN SEGÚN CALLISTA ROY.-

a. FACTOR 4: procesamiento sistemático (6 ítems)

Describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente, los factores 3 y 4 son estrategias de afrontamiento concretas: proceso de alerta y procesamiento ⁽³¹⁾.

Estrategia de adaptación concreta dirigida a la solución de problemas, de dominio activo, caracterizado por comportamientos como el darle nombre al problema y verlo en su totalidad, la utilización del tiempo necesario para la comprensión y el análisis de la situación como realmente es, pensar en el problema paso a paso, el aclarar las dudas antes de actuar y mantener el equilibrio entre el descanso y las actividades ⁽³²⁾.

b. FACTOR 5: conocer y relacionar (8 ítems)

Describe las estrategias que utiliza la persona para recurrir a sí misma y a otros, utilizando la memoria y la imaginación. El estilo es “conociendo” y la estrategia es “relacionando”⁽³¹⁾.

Las estrategias dirigidas al problema están determinadas en los factores uno, cuatro y cinco; y las estrategias dirigidas a la emoción están determinadas en el factor dos y tres⁽³¹⁾.

Estrategia y estilo de adaptación activo, dirigido a la solución del problema, caracterizada por comportamientos que implican el ejercicio de la memoria y el aprendizaje de experiencias pasadas, el recordar soluciones y cosas que sirvieron y ayudaron en situaciones pasadas, el aprender de las soluciones que le funcionaron a otros, mirar la situación actual en forma positiva, el sentirse bien de saber que maneja la situación lo mejor que puede, la utilización del sentido del humor para manejar estas situaciones y el plantearse muchas ideas como posibles soluciones aunque parezcan difíciles, en fin llevando a la persona a utilizar la re-evaluación para modificar o tolerar la situación favoreciendo su adaptación⁽³²⁾.

Dentro de los mecanismos de afrontamiento que utilizaron estos pacientes se describe la preocupación, observación del problema de forma objetiva, aceptación de su condición, mantenimiento del control, esperar, rezar y confiar en Dios⁽³⁰⁾.

Aunque es normal que las personas utilicen mecanismos de afrontamiento, también es claro que en algunos pacientes estos mecanismos no sean eficientes y como resultado se presenten problemas de adaptación como ansiedad, baja autoestima, disfunción sexual, aflicción y culpabilidad; estos problemas se convierten en estímulos importantes que no permitirán la adaptación en los otros modos adaptativos sobre todo en el fisiológico, ya que influirá en la realización de actividades y apego al tratamiento lo que puede complicar o dificultar la adaptación de estos pacientes. Para establecer dichas intervenciones es necesario que el personal de enfermería elabore planes de cuidado y guías de práctica clínica específicas que les permita la adaptación de sus pacientes⁽³³⁾.

El proceso de afrontamiento es complejo, multidimensional, por lo que hay que tener en cuenta que las estrategias son cambiantes en el tiempo y sensibles tanto a las características personales como a factores externos o del entorno.⁽³⁷⁾

2.1.3. LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

2.1.3.1 ANATOMÍA RENAL:

En condiciones de normalidad, en el cuerpo humano existen dos riñones. Son órganos con forma de alubia y del tamaño de un puño. Siendo su peso entre 120 y 170 gramos y su color es de un marrón rojizo, localizados en la región lumbar retroperitoneal, al nivel de la última vertebra torácica y primera vértebra lumbar. El riñón derecho esta normalmente algo más bajo que el izquierdo⁽³⁸⁾. Su parénquima está constituido por dos regiones: la externa o corteza y la interna o médula. La unidad funcional del parénquima renal es la nefrona, y cada riñón contiene alrededor de 1.200.000. La nefrona a su vez se compone de un corpúsculo renal y un sistema tubular urinífero el cual desemboca en el túbulo colector que excreta la orina⁽³⁹⁾.

El ser humano es capaz de sobrevivir bajo condiciones ambientales muy extremas; sin embargo, para poder funcionar, las células de nuestro organismo necesitan estar en un medio líquido cuya composición debe mantenerse dentro de unos límites muy estrechos. Los riñones son los encargados de mantener el "equilibrio interno", tanto en cuanto al volumen de líquido como en la composición cualitativa de elementos. En concreto, eliminan los productos de desecho del metabolismo proteico, regulan el equilibrio químico y líquido del organismo, secretan hormonas, controlan la presión sanguínea y contribuyen a la formación de glóbulos rojos⁽⁴⁰⁾.

Para realizar las funciones depuradoras y reguladoras del medio interno, los riñones utilizan de uno a tres millones de estructuras tubulares llamadas nefronas, cuya misión consiste en depurar la sangre y eliminar los desechos a través de la orina. Cada nefrona está compuesta por el glomérulo y un sistema de túbulos con funciones bien diferenciadas. Otra de las funciones renales es la secreción de

hormonas, entre las que destacan la renina y la eritropoyetina, y tiene un papel muy importante para la producción del derivado más activo de la vitamina D, que contribuye a la regulación del calcio en la sangre y a la correcta mineralización del hueso ⁽⁴¹⁾.

2.1.3.2 DEFINICIÓN DE IRC.

Cuando el riñón no es capaz de cumplir con sus funciones y se torna “insuficiente” es cuando aparece el cuadro que se conoce como IRC. La IRC es la disminución lenta, progresiva e irreversible de la capacidad de funcionamiento de los riñones, relacionada con una pérdida del número de nefronas, que lleva a una disminución progresiva del Filtrado Glomerular. Debido a esto, las funciones de depuración y regulación hidroelectrolítica no se realizan correctamente, acumulándose en la sangre sustancias tóxicas de deshecho, que en fases avanzadas de IRC da lugar a un estado conocido como Síndrome urémico, finalmente los desequilibrios electrolitos del organismo empiezan a afectar otros sistemas corporales ⁽⁴²⁾.

Todas las guías consultadas, incluidas las actuales guías KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) 2012, publicadas en enero de 2013, han confirmado la definición de IRC (independientemente del diagnóstico clínico) como la presencia durante al menos tres meses de: FGe (filtrado glomerular estimado) inferior a 60 ml/min/1,73 m², o lesión renal, definida por la presencia de anomalías estructurales o funcionales del riñón, que puedan provocar potencialmente un descenso del FG ⁽⁴³⁾.

2.1.3.3 FACTORES DE RIESGO DE LA IRC

La hipertensión (HTA) y la diabetes son las causas más comunes de la IRC. La presión arterial alta hace poco más de una cuarta parte de todos los casos de insuficiencia renal. La diabetes se ha establecido como la causa de alrededor de un tercio de todos los casos y es la causa más común de enfermedad renal en fase final en la mayoría de los países desarrollados. Otras condiciones menos comunes son inflamaciones (glomerulonefritis) o infecciones (pielonefritis). A veces la IRC se

hereda (como la poliquistosis) o el resultado de la obstrucción de largo plazo en el sistema urinario (como agrandamiento de la próstata o cálculos renales). Algunos medicamentos pueden causar enfermedad renal crónica, especialmente algunos analgésicos si se toma durante un largo tiempo. Muchas veces los médicos no pueden determinar qué causó el problema ⁽⁴⁴⁾.

La IRC incluye factores de riesgo para cada una de sus fases, que se clasifican en factores de susceptibilidad, iniciadores, de progresión y de estadio final. Algunos factores de riesgo pueden ser a la vez de susceptibilidad, iniciadores y de progresión, como por ejemplo la HTA.

-Factores de susceptibilidad: incrementan la posibilidad de daño renal la Edad avanzada, historia familiar de IRC, masa renal disminuida, bajo peso al nacer, raza negra y otras minorías étnicas, hipertensión arterial, diabetes, obesidad y nivel socioeconómico bajo.

-Factores iniciadores: inician directamente el daño renal las enfermedades autoinmunes, infecciones sistémicas, infecciones urinarias, litiasis renal, obstrucción de las vías urinarias bajas, fármacos nefrotóxicos, principalmente antiinflamatorios no esteroideos (AINE), hipertensión arterial y diabetes.

-Factores de progresión: empeoran el daño renal y aceleran el deterioro funcional renal la proteinuria persistente, hipertensión arterial mal controlada, diabetes mal controlada, tabaquismo, dislipemia, anemia, enfermedad cardiovascular asociada y obesidad.

-Factores de estadio final: incrementan la morbimortalidad en situación de fallo renal la dosis baja de diálisis, acceso vascular temporal para diálisis, anemia, hipoalbuminemia y derivación tardía a Nefrología ⁽⁴³⁾.

2.1.3.4 CLASIFICACIÓN DE LA IRC

La IRC se clasifica, en 6 categorías en función del filtrado glomerular estimado, los estadios G (G1, G2, G3a, G3b, G4, G5); y en tres etapas de albuminuria, los estadios A (A1, A2, A3). Cuando se alcanza a la categoría G5 es necesario el tratamiento con diálisis o trasplante para mantener la supervivencia. En el estadio G1 están los pacientes que no tiene un claro déficit de filtración y se define como una función renal normal o elevada ($>90\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$) en presencia de daño renal evidente, el cual se define ampliamente, pero más frecuentemente se encuentra albuminuria persistente. El estadio G2 ($60\text{-}89\text{ ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$) es una reducción leve de la función de la función renal en presencia de daño renal. Los estadios G3a, G3b ($45\text{-}59$ y $30\text{-}44$) corresponden a reducciones leve moderada y moderada grave. El estadio G4 ($15\text{-}29\text{ ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$) corresponde a una reducción grave. Esta disminución grande de la función renal se clasifica como enfermedad renal sin considerar la evidencia adicional de daño renal. Se escogió el umbral de $60\text{ ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ porque representa una reducción de 50% de la función renal, comparada con el nivel normal de un adulto joven, y además porque se aumentan las complicaciones cuando la tasa de filtración glomerular cae por debajo de $60\text{ ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$. El estadio G5 es la falla renal con TFG menor de $<15\text{ ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ o la necesidad de diálisis o trasplante renal; que se complementan con tres categorías de riesgo según la concentración del cociente albúmina/creatinina en orina (CAC): A1 para valores óptimos o normales-altos ($< 30\text{ mg}/\text{g}$ o $< 3\text{ mg}/\text{mmol}$); A2 para valores moderadamente aumentados ($30\text{-}299\text{ mg}/\text{g}$ o $3\text{-}29\text{ mg}/\text{mmol}$); y A3 para valores muy aumentados ($\geq 300\text{ mg}/\text{g}$ o $\geq 30\text{ mg}/\text{mmol}$), respectivamente ⁽⁴⁵⁾.

Los colores muestran el riesgo relativo ajustado para cinco eventos (mortalidad global, mortalidad cardiovascular, fracaso renal tratado con diálisis o trasplante, fracaso renal agudo y progresión de la enfermedad renal) a partir de un metaanálisis de cohortes de población general. El riesgo menor corresponde al color verde (categoría «bajo riesgo»; si no hay datos de lesión renal, no se puede catalogar siquiera como ERC), seguido del color amarillo (riesgo «moderadamente aumentado»), naranja («alto riesgo») y rojo («muy alto riesgo»), que expresan riesgos crecientes para los eventos mencionados ⁽⁴³⁾.

Pronostico de la IRC por filtrado glomerular estimado y albuminuria						
Pronóstico de la ERC según FGe y albuminuria: KDIGO 2012				Categorías por albuminuria, descripción e intervalo		
				A1	A2	A3
				Normal o aumento leve	Aumento moderado	Aumento grave
				< 30 mg/g <3mg/mmol	30-299 mg/g 3-29 mg/mmol	> 300 mg/g >30mg/mmol
Categorías por FGe, descripción y rango (ml/min/1,73 m ²)	G1	Normal o alto	> 90			
	G2	Levemente disminuido	60-89			
	G3a	Descenso leve-moderado	45-59			
	G3b	Descenso moderado-grave	30-44			
	G4	Descenso grave	15-29			
	G5	Fallo renal	< 15			

ERC: enfermedad renal crónica; FGe: filtrado glomerular estimado; KDIGO: Kidney Disease Improving Global Outcomes.

2.1.3.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas de la IRC son las siguientes:

A nivel de electrolitos: el paciente tiende a retener sodio y agua lo que da lugar a un estado de saturación que se manifiesta en forma de edema, hipertensión arterial, posibilidad de insuficiencia cardiaca congestiva y edema pulmonar, la activación del sistema reninaangiotensina-aldosterona puede acentuar el desequilibrio hídrico y la hipertensión. Algunos pacientes tienden a perder sodio lo que produce depleción acuosa e hipovolemia. Las náuseas, los vómitos y la diarrea también pueden acentuar el desequilibrio hidroelectrolítico. Los desequilibrios más frecuentes tienen que ver con el sodio, el cloruro, el potasio, el calcio el magnesio y el fósforo.

El paciente con IRC no puede controlar la excreción de sodio, así se puede presentar tanto la hiponatremia (por depleción salina, diarrea o vómitos) como la hipernatremia (por disminución de la excreción renal).

El potasio también se excreta por vía renal pero no suele aparecer una hiperpotasemia hasta fases muy avanzadas de la enfermedad. Puede producir depresión de la fuerza contráctil del miocardio y cambios en el electrocardiograma.

Como recordamos el calcio y el fósforo están en el plasma en relación inversa. En la IRC los riñones no pueden excretar adecuadamente el fósforo por la orina amortiguando los hidrogeniones. Al aumentar los niveles séricos de fósforo disminuyen los niveles plasmáticos del calcio ionizado, lo que estimula la liberación de la hormona paratiroidea que estimula a su vez la movilización de calcio y fósforo esqueléticos, dando lugar a osteodistrofia con pérdida de la matriz estructural ósea de soporte.

La osteodistrofia renal puede agravarse como consecuencia de la acidosis metabólica crónica y de la tentativa de utilizar las sales óseas para amortiguar la acidosis. Con la ayuda de la hormona paratiroidea los riñones metabolizan normalmente la vitamina D para producir 1.25 dihidroxicolecalciferol (la forma más potente para la absorción adecuada gastrointestinal de calcio). En la IRC el hiperparatiroidismo secundario que aparece con los desequilibrios entre el calcio y fósforo también inducen a las alteraciones en el metabolismo de la vitamina D.

En la nefropatía terminal, la ingestión de magnesio puede provocar unos aumentos en los niveles de fósforo y producir paro cardiaco o pulmonar. La acidosis metabólica es otro signo distintivo de nefropatía. Los riñones enfermos son incapaces de excretar los ácidos del metabolismo y retener el bicarbonato. La reducción de la excreción de hidrogeniones suele ser proporcional a la disminución en el volumen de filtrado glomerular. Los cambios metabólicos de la IRC también se manifiestan en la retención de productos residuales del metabolismo, como son el nitrógeno urémico en sangre y la creatinina. Se produce además una intolerancia a los carbohidratos debida a una disminución de la utilización de la insulina a nivel periférico. En el caso de IRC, se prolonga la vida media de la insulina, aunque esto no suele tener repercusiones clínicas. Aumentan igualmente los niveles de triglicéridos dando lugar a hiperlipidemias tipo IV. Parece que se debe a una mayor producción de lípidos por parte del hígado como

respuesta al aumento de los niveles séricos de glucosa e insulina y a la disminución de la asimilación de lípidos por los tejidos periféricos ⁽⁴⁶⁾.

La IRC también afecta al sistema hematopoyético: Una de las funciones renales es la producción de eritropoyetina que estimula la producción de hematíes. Esta depresión de eritropoyetina produce anemia. Otros factores que además contribuyen a ella son:

- 1.- La acumulación de toxinas circulantes (que suprimen la producción medular de hematíes).
- 2.- El hiperparatiroidismo secundario que estimula el tejido fibroso o la osteítis fibrosa ocupando espacio medular y reduciendo la producción de hematíes.
- 3.- La disminución de la vida media de los hematíes debido a los efectos tóxicos de la urea.
- 4.- La tendencia a las hemorragias (debido a la reducción de la adherencia plaquetaria por los efectos de la urea) que dan lugar a púrpura y a posibles úlceras de estrés y hemorragias digestivas ⁽⁴⁷⁾.

Las complicaciones neurológicas de la IRC: como son las cefaleas, la fatiga, irritabilidad y depresión se suelen desarrollar con lentitud. Los trastornos que se producen en la uremia a nivel neurológico suelen ser la encefalopatía urémica y la neuropatía periférica ⁽⁴⁸⁾.

La encefalopatía urémica afecta al sistema nervioso central de la misma forma que otros trastornos tóxicos o metabólicos. Los signos suelen ir desde la reducción de la alerta y del grado de conciencia, a producir falta de atención, pérdida de memoria reciente y errores de percepción y llegar en fases terminales a presentar delirios o coma. Se cree que estos efectos sobre el Sistema Nervioso Central se deben a la acumulación de toxinas urémicas a la deficiencia de calcio ionizado en el líquido raquídeo con retención de potasio y fosfatos y a las alteraciones hídricas. Los síntomas de la neuropatía periférica aparecen en las fases iniciales de la uremia. Afecta con mayor frecuencia a las extremidades inferiores alterando las funciones motoras y sensoriales y provocando sensación de quemazón y entumecimiento de las piernas y pies. Los síntomas suelen ser

simétricos. El 40 % de los pacientes urémicos presentan una alteración común que afecta a los nervios periféricos de las piernas y pies. Produce sensaciones profundas de movimientos reptantes, prurito y hormigueo que suele ser más pronunciado por la noche. El movimiento de las piernas proporciona algún alivio, de ahí el nombre de “síndrome de piernas inquietas”. Aunque no exista neuropatía periférica pueden aparecer síntomas de disfunción vegetativa como hipotensión o impotencia ⁽⁴⁸⁾.

Los trastornos digestivos: más frecuentes en la uremia son: náuseas, vómitos, dolor abdominal, hiporexia y ageusia. En ocasiones los cuadros de dolor abdominal pueden ser tan severos que simulan un abdomen agudo quirúrgico, principalmente en estados de uremia grave. La hiporexia en estados avanzados de la IRC, sumada a la catabolia proteica generada por la uremia, conlleva la pérdida progresiva de peso a expensas de la masa muscular ⁽⁴⁹⁾. La degradación de urea salivar para formar amoniaco produce feter urémico u aliento con olor a orina. Ello da lugar a un sabor de boca metálico que reduce más el apetito del paciente. El aliento puede oler a pescado o amoniaco. No se conoce bien las causas de las náuseas y los vómitos, pero podría guardar relación con la producción de amoniaco (un irritante gástrico) por la descomposición de la urea por la flora intestinal. Además la PTH aumenta la secreción de ácido gástrico. Esto junto con la mayor tendencia a padecer hemorragias como consecuencia de la disfunción plaquetaria puede contribuir a la alteración de las funciones digestivas. El 40-60% de los pacientes sufren gastritis o úlceras pépticas. También es corriente la estomatitis con la ulceración de la mucosa oral, así como el estreñimiento debido a la reducción hídrica, reducción de la actividad y empleo de quelantes de los fosfatos ⁽⁵⁰⁾.

La IRC provoca diferentes cambios en tegumentarios. El hiperparatiroidismo secundario y los depósitos de calcio en la piel producen prurito intenso. En fases avanzadas se agrava y aparece la escarcha urémica (cristales de urato excretados por la piel para tratar de eliminar productos residuales). El rascado continuo puede provocar excoriaciones cutáneas. La tendencia hemorrágica da lugar a púrpuras, petequias y aumento de las contusiones. La piel cambia de color (debido a la palidez anémica y al tono

amarillento que otorgan los pigmentos urocromos retenidos. También hay cambios en los lechos ungueales, que pueden aparecer como bandas oscuras detrás del borde anterior de la uña, con una banda blanca por detrás. Las uñas son finas y quebradizas. También el pelo es quebradizo y tiende caerse ⁽⁵¹⁾.

En el sistema pulmonar la IRC provoca cuadros desde el edema pulmonar, pleuritis etc. por sobrecarga hídrica, especialmente cuando hay una pericarditis y un aumento compensador de la frecuencia respiratoria al intentar los pulmones eliminar más anhídrido carbónico para compensar la acidosis metabólica. Marco Teórico 34 Se observa una reducción de los estrógenos y la testosterona que da lugar a amenorrea, esterilidad, disminución del tamaño testicular e impotencia masculina ⁽⁵²⁾.

Tanto en hombres como en mujeres hay una reducción de la libido que puede deberse tanto a factores físicos como psicológicos. Esto puede llevar a trastornos afectivos del paciente y su pareja.

2.1.3.6 TRATAMIENTOS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Los tratamientos en la IRC son la hemodiálisis, la diálisis peritoneal (DP) y el trasplante renal. En este estudio se desarrolla en el ámbito de la DP.

2.1.4 DIÁLISIS PERITONEAL

En 1976 Poppovich, describió la diálisis peritoneal como una técnica de “equilibrio peritoneal”, dos años más tarde se publicaron los primeros resultados en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica. El tratamiento de diálisis peritoneal utiliza los mismos principios físico-químicos que la hemodiálisis, sin embargo la membrana dializante no es artificial sino que el transporte de productos de desecho se hace a través de una membrana natural llamada peritoneo.

El peritoneo es la membrana que tapiza la pared abdominal por su cara interna y la superficie de las vísceras contenidas en la Cavidad abdominal, creando un espacio virtual entre las vísceras y la pared abdominal. Esta membrana tiene propiedades

parecidas a las membranas sintéticas de los filtros de diálisis. Su semipermeabilidad permite el paso de determinadas sustancias pero retiene otras de acuerdo con el peso molecular de dichas sustancias ⁽⁵³⁾.

2.1.4.1 DEFINICIÓN

La DP es un procedimiento que permite depurar toxinas, electrolitos y eliminar líquido en pacientes que sufren IRC terminal de distintas etiologías. Con el término de diálisis peritoneal (DP), se engloban todas aquellas técnicas de tratamiento sustitutivo de la función renal que utilizan el peritoneo como membrana dialítica, ésta es una membrana biológica semipermeable a líquidos y solutos. Basándose en este hecho fisiológico la DP consigue eliminar sustancias tóxicas y agua del organismo. Por medio de un catéter que se inserta en la cavidad peritoneal, se infunde una solución de diálisis que es mantenida en el peritoneo por un tiempo predeterminado, durante el cual, mediante mecanismos de transporte de difusión y osmosis, se produce el intercambio de sustancias. Siguiendo el gradiente osmótico, se produce la difusión y osmosis de tóxicos y electrolitos desde la sangre al líquido infundido. Posteriormente éstos serán eliminados al exterior a través del mismo catéter ⁽⁵⁴⁾.

El proceso de la DP se denomina intercambio. Por lo general, un paciente en tratamiento de DP realiza entre cuatro a cinco intercambios al día. Durante la DP, la sangre nunca sale del organismo. El proceso consiste en que el líquido de diálisis entra a la cavidad peritoneal (“infusión”), el exceso de líquidos y residuos pasan de la sangre, a través de la membrana peritoneal hasta el líquido de diálisis (“permanencia”) y al cabo de unas horas, el líquido de diálisis se elimina (“drenaje”) y se sustituye por líquido nuevo ⁽⁵⁵⁾.

2.1.4.2 EXAMENES DE LABORATORIO PARA REALIZAR LA DIALISIS PERITONEAL

Las indicaciones del tratamiento sustitutivo en la IRC, se efectúan de acuerdo con Vélez y otros (2012) cuando los exámenes de laboratorio muestran:

- El filtrado glomerular es inferior a $15 \text{ mL/min/1.73m}^2$ y existe sintomatología clínica atribuible a uremia.
- Pacientes con albumina (nivel de un tipo de proteína en la orina, llamada albúmina) más de 300 mg/g .
- Creatinina en sangre mayor a 1.2 mg/dl en las mujeres y mayor a 1.4 mg/dl en varones.
- Hipercalemia, potasio mayor a 6.5 a 7 mEq/L .
- La urea elevada mayor de 50 mg/dl .
- El fosforo elevado mayor a 4.5 mg/dl .
- El calcio disminuido, menor a 8.6 mg/dl .
- El hierro sérico disminuido, menor de 37 ug/dl
- La hemoglobina disminuida en mujeres menor de 12 g/dl y en varones, menor de 13 g/dl ⁽⁴⁹⁾.

2.1.4.3 PRINCIPIOS DE DIÁLISIS PERITONEAL

Son dos principios:

1. Difusión: es un proceso en el que se desplazan sustancias tóxicas (partículas muy pequeñas) desde la sangre a la solución de diálisis a través de pequeños orificios o poros que tiene la membrana peritoneal, este proceso termina después de 4 a 6 horas, por lo que es necesario cambiar la solución de diálisis, por una nueva ⁽⁵⁶⁾.

2. Ósmosis: es un proceso en que la solución de diálisis extrae el exceso de líquidos que hay en la sangre, hacia la solución de diálisis a través del peritoneo. Esta solución contiene dextrosa en diferentes concentraciones, lo que favorece desplazar el líquido del lado de menor concentración al de mayor concentración ⁽⁵⁶⁾.

2.1.4.4 TIPOS DE DIÁLISIS PERITONEAL

a) DPCA (diálisis peritoneal continua ambulatoria):

Constituye la modalidad de diálisis peritoneal más utilizada, la DPCA se realiza de manera manual y se describe como continua debido a que la cavidad abdominal permanece llena de líquido en todo momento, y es ambulatoria porque el paciente la realiza en su domicilio o lugar de trabajo. Generalmente, el volumen de intercambio es de 2 litros y la concentración de glucosa dependerá del estado de función de la membrana peritoneal y del tipo requerido de ultrafiltración del paciente. El líquido infundido en la cavidad del paciente permanece por aproximadamente 4 a 6 horas en los intercambios diurnos, y aproximadamente 8 a 10 horas en el intercambio nocturno ⁽⁵⁷⁾.

b) DPA (diálisis peritoneal automatizada):

Con este método, una máquina llamada cicladora hace el intercambio automáticamente, mientras el paciente duerme en su domicilio, durante la noche, la cicladora se encarga de drenar e infundir el líquido 4 o más veces, dejando la solución dializaste en contacto con el peritoneo aproximadamente dos horas. Este tipo de diálisis tiene la ventaja adicional de ofrecer mayor disponibilidad de tiempo durante el día para otras actividades, ya que solo algunos pacientes requerirán un cambio adicional durante el día ⁽⁵⁸⁾.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

Afrontamiento: Son aquellas estrategias que los individuos utilizan para reducir al mínimo el impacto negativo que producen los estresores sobre su bienestar psicológico, e incluso pueden mediar entre las situaciones estresantes y la salud. Supone cualquier esfuerzo, ya sea saludable o no, consciente o no, para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes o para tolerar sus efectos de la manera menos perjudicial. En cualquier caso, los esfuerzos de afrontamiento pueden ser saludables y constructivos, o pueden llegar a causar más problemas.

Adaptación: Es el proceso y resultado por el que las personas piensan y sienten, como grupos o individuos usando conscientemente el conocimiento selecto para crear la integración humana y ambiental. Este concepto enfoca cinco dimensiones: supervivencia, desarrollo, reproducción, dominio o competencia, y transformación ambiental y personal. Las personas vistas como sistemas adaptativos holísticos, según Roy, se encuentran en una continua interacción con un ambiente cambiante. Los estímulos ambientales, al entrar en contacto con el sistema, activan los subsistemas de afrontamiento regulador y cognitivo y desencadenan una serie de respuestas observables a través de los cuatro modos de adaptación (fisiológico, auto concepto, función del rol e interdependencia); estas respuestas buscan afrontar la situación de esta manera, promover la adaptación.

Insuficiencia Renal Crónica: Es una pérdida progresiva (por 3 meses o más) e irreversible de las funciones renales, cuyo grado de afección se determina con un filtrado glomerular (FG) $<60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$. Como consecuencia, los riñones pierden su capacidad para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos en la sangre.

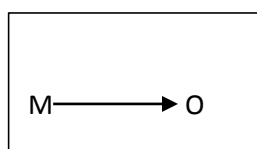
La diálisis peritoneal: Es un procedimiento que permite depurar líquidos y electrolitos en pacientes que sufren insuficiencia renal. La diálisis peritoneal utiliza una membrana natural –el peritoneo– como filtro. El fluido de diálisis se introduce en la cavidad peritoneal a través de un catéter de diálisis peritoneal que se coloca mediante una cirugía menor a través de la pared de su abdomen hasta la cavidad peritoneal. Parte de este catéter, permanece fuera del abdomen y se le nombra Línea de Transferencia y es su acceso permanente para la diálisis peritoneal. De esta forma puede conectarse a las bolsas de solución de diálisis. El catéter queda oculto bajo la ropa. El catéter instalado se conoce como catéter de diálisis pero su nombre es catéter de Tenckhoff en honor del médico que describió este tipo sistema de diálisis.

CAPÍTULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El estudio realizado fue de tipo cuantitativo y de diseño descriptivo en corte transversal ⁽⁵⁹⁾: descriptivo porque permitió describir como es el proceso de afrontamiento y adaptación en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud Puno y transversal por que debido a que se estudia la variable en un solo momento, en un tiempo determinado.



Donde:

M = Muestra de pacientes con IRC que reciben Diálisis Peritoneal.

O = Información sobre la variable estudiada.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

La población estuvo conformada por los pacientes que están inscritas en el programa de DIPAC en el EsSalud de la ciudad de Puno. La muestra estuvo constituido por el 100% de la población, traducido en 38 pacientes. El tipo de muestra se realizó por conveniencia.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICA:

La técnica que se utilizó en esta investigación es la encuesta, con la finalidad de recabar información sobre cómo es el proceso de afrontamiento y adaptación en pacientes con IRC sometidos a diálisis peritoneal.

3.3.2. INSTRUMENTO:

Se utilizó el instrumento (Anexo N° 3) Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy (ESCAPS) ⁽⁶⁰⁾, que fue validado en Colombia, con un Alfa de Cronbach de, 0,93 de valides ⁽⁶¹⁾; también se realizó la validez y confiabilidad del instrumento en Colombia; donde la confiabilidad se evaluó a través de la consistencia interna, con un Alfa de Cronbach de 0,88 y la validez se midió a través del coeficiente de correlación de Spearman ($r = 0,94$). Resultados confirmaron la validez y la confiabilidad de la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación en la versión español ⁽⁶⁰⁾.

El instrumento consta de 47 ítems, agrupados en cinco estilos y estrategias denominadas factores y con un formato tipo Likert de cuatro criterios: nunca, rara vez, casi siempre, siempre; cada ítem es una frase corta acerca de cómo una persona responde cuando experimenta una crisis o un evento difícil. El instrumento considera 5 dimensiones del afrontamiento y adaptación: Los 3 primeros factores miden los comportamientos, las reacciones y recursos de afrontamiento que utilizan las personas y los 2 últimos miden las estrategias empleadas para sobrellevar la situación. El puntaje oscila entre 47 y 188, un mayor puntaje indica que hay un uso más consistente de estrategias de afrontamiento. Una baja capacidad de afrontamiento se obtiene con un puntaje menor o igual a 117 y una alta capacidad de afrontamiento con puntajes mayores a 117. Las cinco sub escalas establecen sus puntajes mínimos y máximos de acuerdo a la cantidad de ítems que los evalúa; permiten indicar la alta o baja capacidad para utilizar una determinada estrategia (factor 4 y 5) y cómo se actúa frente a una situación (factores 1, 2 y 3) ⁽⁶⁰⁾.

De los 47 ítems, 32 son preguntas positivas y 15 preguntas negativas. Teniendo en cuenta que: los ítems positivos, cuando la alternativa “siempre” equivale al máximo

puntaje propuesto y negativo, cuando la alternativa “siempre” equivale al mínimo puntaje propuesto.

• **preguntas positivas:**

1, 2, 3,4, 6,7, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 25, 26, 27, 28,29,30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 40, 41, 44, 46. Para las cuales se hará el uso de la siguiente escala de puntuación según las alternativas propuestas.

- Nunca =1punto
- Rara vez =2 puntos
- Casi siempre =3puntos
- Siempre = 4puntos

• **preguntas negativas:**

5, 8, 11, 13, 15, 20, 23, 24, 33, 35, 39, 42, 43, 45, 47. Para las cuales se hará el uso de la siguiente escala de puntuación según las opciones propuestas.

- Nunca =4puntos
- Rara vez =3 puntos
- Casi siempre =2puntos
- Siempre = 1punto

3.3.2.1 VALIDEZ DEL INSTRUMENTO:

Validez Aparente: el cuestionario fue validado para este estudio por 3 expertos (3 enfermeras responsables del programa de diálisis peritoneal ambulatoria continua) quienes evaluaron la ortografía, gramática, comprensión y redacción de cada uno de los ítems de la escala de afrontamiento y adaptación de Callista Roy. Mediante la prueba de concordancia de los jueces, la prueba binomial alcanzó 0.84% de validez (Anexo N°4).

3.3.2.2 ESCALA DE CALIFICACIÓN

De acuerdo a la teoría de enfermería de Callista Roy, Gutiérrez establece la distribución de los intervalos para evaluar **grado de capacidad** de afrontamiento y adaptación **por factores** y global.

Factores de afrontamiento y adaptación	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Puntaje Global
Baja capacidad	11-19	13-23	9-16	6-11	8-14	47-82
Mediana capacidad	20-28	24-33	17-23	12-15	15-20	83-118
Alta capacidad	29-36	34-42	24-29	16-20	21-26	119-153
Muy alta capacidad	37-44	43-52	30-36	21-24	27-32	154-188

Fuente: Gutiérrez, 2007.

El grado de capacidad de afrontamiento y adaptación, la conforman cuatro categorías: baja, mediana, alta y muy alta; en cada factor y un puntaje global ⁽⁶²⁾.

3.4. PROCESAMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de información se siguieron diferentes momentos, en los que se describen a continuación:

3.4.1 COORDINACIÓN:

- Se solicitó a la Decanatura de la Facultad de Enfermería una “carta de presentación” dirigido al gerente del Hospital EsSalud Puno.
- Obteniendo la carta de presentación, esta se hizo presente al gerente del Hospital EsSalud Puno.
- Se hizo presente la autorización para la ejecución del proyecto de investigación emitida por el gerente del Hospital EsSalud Puno.
- Se obtuvo la aprobación del proyecto por el comité de ética de EsSalud.

- Se coordinó con la enfermera responsable de la Unidad de Diálisis peritoneal continua ambulatoria de EsSalud con el fin de dar a conocer los objetivos de la investigación, al mismo tiempo concertar las fechas de citas médicas de los pacientes de diálisis para iniciar la recolección de datos.

3.4.2 APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO:

- Se realizó cronograma con la enfermera encargada del programa de DIPAC, para la aplicación del instrumento de acuerdo a la cita médica mensual de cada paciente.
- Al identificar al paciente se creó un clima de confianza para motivarlo a participar de la aplicación del instrumento, se explicó el objetivo e importancia que tiene este estudio, indicándole además que su participación es estrictamente confidencial y solo para fines de estudios.
- Se obtuvo el consentimiento informado del paciente de acuerdo a la comisión de ética de EsSalud (Anexo N° 2), una vez firmado se procedió a la aplicación del instrumento.
- La aplicación del instrumento tuvo una duración aproximadamente de 15 a 20 minutos por paciente, aclarando cualquier duda que surgió en el momento.
- Concluida la recolección de datos se le agradeció a cada paciente por la disposición prestada.
- El periodo de la aplicación del instrumento de todos los pacientes de DIPAC fue de tres meses, los mismos que se realizaron durante los días de su control médico mensual, que son tres días por mes, en el caso en que los pacientes no venían en su día programado a la consulta médica y de enfermería tenía que esperar al siguiente mes para completar la muestra, se encuestó un aproximado de 4 a 5 personas por día.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez aplicado el instrumento a todos los pacientes del programa de DIPAC del hospital EsSalud Puno, los datos fueron procesados para su respectivo análisis e interpretación, para lo cual se realizaron las siguientes acciones:

- Se vació las respuestas en una tabla matriz (Anexo N° 5).
- los datos fueron sistematizados en una tabla del programa Excel 2013, a partir del cual se elaboraran cuadros estadísticos y gráficos de información para proceder al análisis e interpretación de los datos.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

TABLA 01

O.G.

CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN EN PACIENTES CON IRC SOMETIDOS A DIÁLISIS PERITONEAL, DE ACUERDO A LOS CINCO FACTORES DE CALLISTA ROY EN ESSALUD PUNO 2016.

FACTORES	CAPACIDAD									
	BAJA		MEDIANA		ALTA		MUY ALTA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CONDUCTUAL (FACTOR 1)	10	26	22	58	6	16	0	0	38	100
REACCIONES FÍSICAS Y ENFOCADAS (FACTOR 2)	1	3	21	55	13	34	3	8	38	100
PROCESO DE ALERTA (FACTOR 3)	1	3	26	68	7	18	4	11	38	100
PROCESAMIENTO SISTEMÁTICO (FACTOR 4)	1	3	13	34	23	61	1	13	38	100
CONOCER Y RELACIONAR (FACTOR 5)	0	0	21	55	17	45	0	0	38	100

FUENTE: Encuesta realizada a los pacientes con IRC sometidos a diálisis peritoneal de EsSalud Puno - 2017.

La tabla, refleja que del 100% de pacientes con IRC sometidos a diálisis peritoneal, el 68%,58% y 55% para el factor 1, 2 y 3 respectivamente muestra una mediana capacidad de afrontamiento. Respecto a la capacidad de adaptación, 61% posee una alta capacidad para el factor 4, mientras que para el factor 5 muestra una mediana capacidad con el 55%.

TABLA 02

O.E₁

CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO SEGÚN FACTOR 1 (CONDUCTUAL), EN PACIENTES CON IRC SOMETIDOS A DIÁLISIS PERITONEAL EN ESSALUD PUNO – 2016.

CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO	CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO									
	NUNCA		RARA VEZ		CASI SIEMPRE		SIEMPRE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FACTOR 1: CONDUCTUAL										
1. Puedo hacer varias actividades al mismo tiempo.	18	47	16	42	2	5	2	5	38	100
2. Propongo soluciones para problemas nuevos.	8	21	21	55	8	21	1	3	38	100
3. Llamo al problema por su nombre y trato de verlo todo.	1	3	15	39	21	55	1	3	38	100
4. Obtengo información para aumentar mis opciones.	1	3	15	39	21	55	1	3	38	100
5. Cuando estoy preocupado tengo dificultad para realizar tareas.	7	18	13	34	13	34	5	13	38	100
6. Trato de recordar soluciones que me han servido antes.	1	3	12	32	10	26	15	39	38	100
7. Trato de que todo funcione a mi favor.	9	24	21	55	5	13	3	8	38	100
8. Solo pienso en lo que me preocupa.	1	3	10	26	17	45	10	26	38	100
9. Me siento bien de saber que estoy manejando bien el problema.	0	0	10	26	12	32	16	42	38	100
10. Me doy cuenta cómo quiero que resulte la situación.	1	3	24	63	8	21	5	13	38	100

FUENTE: Encuesta realizada a los pacientes con IRC sometidos a diálisis peritoneal de EsSalud Puno - 2017.

En la tabla se observan ítems del Factor 1 (conductual), el 63% de pacientes con IRC sometidos a diálisis peritoneal responden que, “Rara vez se dan cuenta como quieren que resulte la situación”, mientras que 55%”, “Rara vez tratan de que todo funcione a su favor” y a su vez este mismo porcentaje de cifra “Rara vez proponen soluciones para problemas nuevos.

TABLA 03

O.E₂

CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO SEGÚN: REACCIONES FÍSICAS Y ENFOCADAS (FACTOR 2), EN PACIENTES CON IRC SOMETIDOS A DIÁLISIS PERITONEAL EN ESSALUD PUNO – 2016.

FACTOR 2: REACCIONES FÍSICAS Y ENFOCADAS	CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO									
	NUNCA		RARA VEZ		CASI SIEMPRE		SIEMPRE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1. Soy menos eficaz bajo estrés.	10	26	8	21	6	16	14	37	38	100
2. No actúo hasta que tengo comprensión del problema.	5	13	14	37	16	42	3	8	38	100
3. Encuentro la situación de mi enfermedad demasiado complicada.	3	8	8	21	11	29	16	42	38	100
4. Pienso en el problema paso a paso.	2	5	26	68	5	13	5	13	38	100
5. Parece que actuó con lentitud sin razón aparente.	2	5	13	34	22	58	1	3	38	100
6. Trato de reorganizar mis sentimientos positivamente	1	3	17	45	14	37	6	16	38	100
7. Estoy activo durante el día cuando estoy en crisis	25	66	11	29	2	5	0	0	38	100
8. Soy realista con lo que sucede.	1	3	3	8	24	63	10	26	38	100
9. Estoy atento a aspectos relacionados a mi enfermedad.	0	0	10	26	18	47	10	26	38	100
10. Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo de mi enfermedad.	1	3	6	16	14	37	17	45	38	100
11. Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones difíciles.	4	11	26	68	6	16	2	5	38	100
12. Miro la situación desde diferentes puntos de vista	3	8	16	42	14	37	5	13	38	100
13. Tiendo a quedarme quieto por un momento.	1	3	10	26	16	42	11	29	38	100
14. Encuentro difícil explicar la causa de mi enfermedad.	9	24	15	39	8	21	6	16	38	100

FUENTE: Encuesta realizada a los pacientes con IRC sometidos a diálisis peritoneal de EsSalud Puno - 2017.

La tabla muestra en el factor 2 (reacciones físicas y enfocadas), que 68% de pacientes con IRC sometidos a diálisis peritoneal, “Rara vez piensan en el problema paso a paso” y a su vez, “Rara vez recuerdan cosas que le ayudaron en otras situaciones difíciles”, 66% “Nunca está activo durante el día cuando hay crisis”.

TABLA 04

O.E₃

CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN SEGÚN: PROCESÓ DE ALERTA (FACTOR 3) EN PACIENTES CON IRC SOMETIDOS A DIÁLISIS PERITONEAL EN ESSALUD PUNO – 2016.

FACTOR 3: PROCESÓ DE ALERTA	CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN									
	NUNCA		RARA VEZ		CASI SIEMPRE		SIEMPRE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Obtengo buenos resultados con problemas complejos.	6	16	26	68	3	8	3	8	38	100
2. Trato de usar mis habilidades para enfrentar la situación.	1	3	16	42	15	39	6	16	38	100
3. Puedo desenvolverme mejor cuando tengo que ir a lugares desconocidos	0	0	13	34	19	50	6	16	38	100
4. Utilizo el humor para manejar las situaciones difíciles relacionadas a mi enfermedad.	0	0	20	53	11	29	7	18	38	100
5. Con tal de mejorar aspectos de mi enfermedad estoy dispuesto a modificar mi vida	0	0	9	24	18	47	11	29	38	100
6. Mantengo equilibrio entre la actividad y el descanso	0	0	10	26	23	61	5	13	38	100
7. Soy más eficaz bajo estrés.	33	87	4	11	1	3	0	0	38	100
8. Puedo relacionar lo que sucede con experiencias pasadas.	3	8	32	84	1	3	2	5	38	100
9. Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tengo.	6	16	18	47	13	34	1	3	38	100

FUENTE: Encuesta realizada a los pacientes con IRC sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud Puno- 2017.

En la tabla del factor 3 (procesó de alerta), se aprecia que el 87% de pacientes con IRC sometidos a diálisis peritoneal “Nunca son eficaces bajo estrés”, 84% “Rara vez pueden relacionar lo que sucede con experiencias pasadas”, 68% “Rara vez obtienen buenos resultados con problemas complejos”.

TABLA 05

O.E4

CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN SEGÚN: PROCESAMIENTO SISTEMÁTICO (FACTOR 4) EN PACIENTES CON IRC SOMETIDOS A DIÁLISIS PERITONEAL EN ESSALUD PUNO – 2016.

CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN FACTOR 4: PROCESAMIENTO SISTEMÁTICO	NUNCA		RARA VEZ		CASI SIEMPRE		SIEMPRE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1. Trato de ser creativo y propongo soluciones	0	0	12	32	19	50	7	18	38	100
2. Por alguna razón no me beneficio de mis experiencias pasadas.	4	11	22	58	12	32	0	0	38	100
3. Aprendo de las soluciones de los otros	1	3	19	50	15	39	3	8	38	100
4. Miro la situación positivamente como un reto	1	3	4	11	20	53	13	34	38	100
5. Planteo soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzar.	2	5	20	53	10	26	6	16	38	100
6. Experimento cambios en la actividad física	0	0	0	0	38	100	0	0	38	100

FUENTE: Encuesta realizada a los pacientes con IRC sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud Puno- 2017.

En la tabla del factor 4 (procesamiento sistemático), se observa que el 100% de pacientes con IRC sometidos a diálisis peritoneal “Casi siempre experimentan cambios en la actividad física”, 58% cree que “Por alguna razón rara vez se benefician de sus experiencias pasadas” así como el 53% que “Rara vez plantean soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzarlas”.

TABLA 06

O.E₅

CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN SEGÚN: CONOCER Y RELACIONAR (FACTOR 5) EN PACIENTES CON IRC SOMETIDOS A DIÁLISIS PERITONEAL EN ESSALUD PUNO – 2016.

FACTOR 5: CONOCER Y RELACIONAR	CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN									
	NUNCA		RARA VEZ		CASI SIEMPRE		SIEMPRE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1. Analizo los detalles de mi enfermedad tal como sucedieron.	3	8	13	34	19	50	3	8	38	100
2. Trato de aclarar cualquier duda antes de actuar	1	3	15	39	16	42	6	16	38	100
3. Trato de hacer frente a la crisis desde el principio.	1	3	22	58	13	34	2	5	38	100
4. Me doy cuenta de que me estoy enfermando	0	0	0	0	38	100	0	0	38	100
5. Adopto una nueva destreza cuando resuelvo dificultades relacionados a mi enfermedad.	0	0	17	45	19	50	2	5	38	100
6. Me rindo fácilmente.	14	37	13	34	9	24	2	5	38	100
7. Desarrollo un plan para enfrentar aspectos difíciles de mi enfermedad.	1	3	15	39	21	55	1	3	38	100
8. Al parecer me hago ilusiones de cómo resultarán las cosas a pesar de mi enfermedad.	2	5	15	39	16	42	5	13	38	100

FUENTE: Encuesta realizada a los pacientes con IRC sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud Puno- 2017.

La tabla en el factor 5 (conocer y relacionar), muestra que el 100% de pacientes con IRC sometidos a diálisis peritoneal, “Casi siempre se dan cuenta de que se están enfermando”, 58% “Rara vez tratan de frente a la crisis”, 42% cree que “Al parecer casi siempre se hacen ilusiones de cómo les resultarían las cosas a pesar de su enfermedad”.

4.2. DISCUSIÓN

Según resultados obtenidos en la tabla N° 01 podemos decir que los pacientes con IRC sometidos a diálisis peritoneal de EsSalud Puno, en su mayoría muestran la capacidad de afrontamiento, para el factor 3, factor 1 y factor 2 en la categoría mediana; mientras que según el factor 4 y 5 muestran la capacidad de adaptación, en la categoría alta y mediana, respectivamente. Estos resultados descifran que estos pacientes usan regularmente algunas estrategias para reducir el impacto negativo de su enfermedad sobre su bienestar psicológico ⁽²³⁾, teniendo un dominio activo de su situación de salud en su vida cotidiana ⁽³²⁾.

Al respecto Massa y colaboradores, en su estudio de investigación realizado en Cartagena Colombia, encontró una Alta capacidad de afrontamiento y adaptación en pacientes en tratamiento de hemodiálisis y diálisis, mostrando tendencias estables en el uso de estrategias de afrontamiento para sí mismos y para otros a nivel cognitivo, comportamental y emocional ⁽¹⁶⁾; entre tanto, en el presente estudio se observa solamente la categoría mediana en la capacidad de afrontamiento, en la categoría mediana los pacientes medianamente son creativos al buscar el estilo de aplicar una estrategia para afrontar su enfermedad y tratamiento, ocasionalmente hallan una modalidad estable de comportarse y de relacionarse con el medio externo ⁽¹⁶⁾.

Torres y colaboradores, en su estudio de investigación realizada en Cartagena, Colombia, encontró alta capacidad en el procesamiento sistemático, se ubicó en alta capacidad en cuanto a los recursos utilizados para la adaptación. ⁽¹⁸⁾; En el presente estudio se encontró un similar resultado respecto al factor 4 y el factor 5, que fue alto y mediano. Eso quiere decir que estos pacientes tienen la capacidad de adaptarse y crear cambios en el ambiente.

Por su parte Gonzales refiere que el afrontamiento es una variable crítica en la comprensión de los efectos del estrés en el curso de la enfermedad y que las personas manejan estrategias de afrontamiento cognitivo y la efectividad del manejo de estas estrategias puede ser determinante en los niveles de recuperación, reforzamiento y el logro de las metas de salud de las personas ⁽³²⁾.

Con respecto a los resultados sobre la capacidad de afrontamiento en términos conductuales (Factor 1), en la tabla N° 02, los pacientes con IRC sometidos a diálisis

peritoneal, una mayoría refiere que “Rara vez se dan cuenta como quieren que resulte la situación”, “Rara vez tratan de que todo funcione a su favor” así como “Rara vez proponen soluciones para problemas nuevos.

Al respecto Torres , en su estudio de investigación realizado en Cartagena Colombia, encontró un afrontamiento activo con estrategias centradas en el problema tanto cognitivas como comportamentales, percibiendo la situación como controlable ⁽⁴¹⁾; sin embargo en el presente estudio se halló un panorama distinto, ya que la mayoría de pacientes muestra una mediana a baja capacidad de afrontamiento conductual, es decir que hay escasa entrada cognitiva (información) para despertar la creatividad y generar una conducta ante la situación de enfermedad y tratamiento.

Por su parte Gutiérrez y colaboradores establecen que la diferencia entre estilos y estrategias, que corresponden al factor 1 (recursivo y centrado) de acuerdo a Callista Roy; está fundado en las diferentes estructuras de personalidad; el estilo de afrontar una situación de estrés como la IRC y su tratamiento, es el resultado de las disposiciones biológicas y del aprendizaje experimental, que predispone una modalidad estable de comportarse y de relacionarse con el medio externo y que las estrategias son las diferentes acciones dentro del estilo que opta la persona ⁽³³⁾.

En relación a la capacidad de afrontamiento de reacciones físicas y enfocadas (Factor 2) descritos en la tabla N° 03, la mayoría de pacientes con IRC sometidos a diálisis peritoneal, menciona que “Rara vez piensan en el problema paso a paso”, “Rara vez recuerdan cosas que le ayudaron en otras situaciones difíciles”, “Nunca está activo durante el día cuando hay crisis”.

Contreras refiere que los estilos pasivos, implican una tendencia a perder el control sobre la situación y se pasa a depender de otros; éstos se han relacionado con un aumento en la severidad del dolor, depresión y elevado deterioro funcional ⁽²⁷⁾.

Al respecto Soto dice que los pacientes que afrontan pasivamente huyen, evitan encarar el conflicto, lo aplazan, abandonan cualquier esfuerzo para afrontarlo, lo delegan a otra persona, se distancian del problema , por ende el paciente no modifica su situación, afrontando a través de la negación, buscando alejamiento y la transferencia de su responsabilidad a otros, es decir, pierden el control de la situación llegando incluso a la

dependencia de otras personas ⁽²⁸⁾.

En relación a la capacidad de afrontamiento según proceso de alerta (factor 3), en la tabla N° 04, los pacientes con IRC sometidos a diálisis peritoneal, evidencian que en su mayoría “Nunca son eficaces bajo estrés”, que “Rara vez pueden relacionar lo que sucede con experiencias pasadas”, “Rara vez obtienen buenos resultados con problemas complejos”.

Al respecto Massa y colaboradores halló una alta capacidad de afrontamiento del factor 3, en pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal ⁽¹⁶⁾, a diferencia la presente investigación, encontró a una mayoría con una poca capacidad de afrontamiento para realizar procesamiento de alerta de la enfermedad y su tratamiento.

La Estrategia de afrontamiento alto está dirigida a la regulación de la emoción, de accionar activo de dominio cognitivo caracterizado por comportamientos tendientes a la adopción y utilización de nuevos recursos para afrontar la situación, para resolver el problema y el seguimiento de instrucciones en momentos de crisis, el manejo de las situaciones bajo estrés, el manejo de los sentimientos en forma objetiva, el rápido análisis de los detalles de la situación, y el desenvolvimiento en lugares desconocidos ⁽³²⁾.

Respecto de la capacidad de adaptación para realizar un procesamiento sistemático, los resultados de la tabla N° 05 muestran que la totalidad de pacientes con IRC sometidos a diálisis peritoneal “Casi siempre experimentan cambios en la actividad física”, seguidamente creen que “Por alguna razón rara vez se benefician de sus experiencias pasadas” y finalmente la población afirman que “Rara vez plantean soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzarlas”

Al respecto Massa y colaboradores en Cartagena descubrieron una alta capacidad de adaptación en la mayoría de su población ⁽¹⁶⁾. Siendo los resultados similares en la investigación presente. Es decir que, existe un mayor grado de capacidad para manejar metódicamente la situación de salud en su diario vivir de cada paciente.

Gonzalez, refiere que el factor procesamiento sistémico son las estrategias personales y físicas para hacer cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente; estrategia de adaptación concreta dirigida a la solución de problemas, de dominio activo, caracterizado por comportamientos como el darle nombre al problema y verlo en su

totalidad, la utilización del tiempo necesario para la comprensión y el análisis de la situación como realmente es, beneficiarse de sus experiencias pasadas, el plantear soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzar, mantener el equilibrio entre el descanso y las actividades ⁽³²⁾.

Contreras, indica que el dominio activo se refiere a aquellos esfuerzos hechos por el paciente para continuar con sus vidas a pesar del problema. Este estilo de adaptación implica una confrontación adecuada de las propias emociones y se encuentra relacionado con un mejor nivel de la función inmune, mayor bienestar y estados afectivos positivos ⁽²⁷⁾.

Así mismo en relación a la capacidad de adaptación en términos de conocer y relacionar (factor 5) en la tabla N° 06, el estudio reveló que la totalidad de pacientes con IRC sometidos a la diálisis peritoneal “Casi siempre se dan cuenta de que se están enfermando” y una mitad de la población manifiesta que “Rara vez tratan de frente a la crisis”, y una minoría cree que “Al parecer casi siempre se hacen ilusiones de cómo les resultarían las cosas a pesar de su enfermedad”.

Gutiérrez, dice que este factor describe las estrategias que utiliza la persona para recurrir a sí misma y a otros, utilizando la memoria y la imaginación; y esta estrategia está dirigido al problema ⁽³¹⁾.

Gonzalez, refiere que es una estrategia y estilo de afrontamiento activo, está dirigido a la solución del problema, caracterizada por comportamientos que implican el ejercicio de la memoria y el aprendizaje de experiencias pasadas, el recordar soluciones y cosas que sirvieron y ayudaron en situaciones pasadas, el aprender de las soluciones que le funcionaron a otros, mirar la situación actual en forma positiva, el sentirse bien de saber que maneja la situación lo mejor que puede, la utilización del sentido del humor para manejar estas situaciones y el plantearse muchas ideas como posibles soluciones aunque parezcan difíciles, en fin llevando a la persona a utilizar la re-evaluación para modificar o tolerar la situación favoreciendo su adaptación ⁽³²⁾.

Dentro de los mecanismos de afrontamiento que utilizaron estos pacientes se describe la preocupación, observación del problema de forma objetiva, aceptación de su condición, mantenimiento del control, esperar, rezar y confiar en Dios ⁽³⁰⁾.

CONCLUSIONES

PRIMERA: En la tabla global donde se analizan los cinco factores, el afrontamiento de los pacientes con IRC sometidos a diálisis peritoneal tienen una mediana capacidad de afrontamiento y en cuanto a la adaptación presentan un mediano y alta capacidad de adaptación.

SEGUNDA: Los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud Puno, en términos conductuales (Factor 1) tienen una mediana capacidad de afrontamiento.

TERCERA: Los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud Puno según: reacciones físicas y enfocadas (factor 2), tienen una mediana capacidad de afrontamiento.

CUARTA: Los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud Puno según: proceso de alerta (factor 3), tienen una mediana capacidad de afrontamiento.

QUINTA: Los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud Puno según: procesamiento sistemático (factor 4), tienen una alta capacidad de adaptación.

SEXTA: Los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud Puno según: conocer y relacionar (factor 5), tienen una mediana capacidad de adaptación.

RECOMENDACIONES

AL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AMBULATORIA CONTINUA (DIPAC).

- Las enfermeras de DIPAC de EsSalud deben utilizar esta valoración para establecer sus cuidados de enfermería, basados en la educación de manera que las capacidades de afrontamiento y adaptación mediana pasen a ser alta capacidad, que contribuya a que estos pacientes se mantengan estables y no adquieran complicaciones.

- Implementar el uso del instrumento de afrontamiento y adaptación de Callista Roy, con los pacientes nuevos que ingresen a DIPAC, de manera que les permita valorar e intervenir.

- Realizar investigación científica sobre los planes educativos en pacientes con IRC sometidos a diálisis peritoneal.

- La Enfermera debe fomentar a los paciente que desarrollen capacidades de afrontamiento activo que les permitan así manejar directamente el problema y lograr en los pacientes un afrontamiento exitoso.

- La enfermera debe identificar las capacidades cognitivas en el paciente con IRC que recibe diálisis peritoneal para que pueda proporcionarles estrategias y estilos de afrontamiento.

- La enfermera de DIPAC debe establecer una buena relación y confianza con el paciente con IRC para compartir la experiencia personal de adaptación en el día a día sobre la enfermedad, con el fin de contribuir en las intervenciones de los otros pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castillo L, Obregn N, Soto G. Protocolo de prevencion de insuficiencia renal cronica. 2011. 5(14).
2. Dirección general de epidemiologia. Análisis de la situación de la ERC en el Perú. 2015. Disponible en:
[http://www.spn.pe/archivos/analisis%20de%20la%20situacion%20de%20la%20enfermedad%20renal%20cronica%20en%20el%20peru%20\(1\).pdf](http://www.spn.pe/archivos/analisis%20de%20la%20situacion%20de%20la%20enfermedad%20renal%20cronica%20en%20el%20peru%20(1).pdf).
3. Medicos especialistas. Enfermedad renal crónica. [Online].; 2013 [cited 2017 Marzo 10. Disponible en:
http://www.lainformacion.com/salud/pediatria/la-enfermedad-renal-cronica-afecta-al-10-de-la-poblacion-mundial_NFcBqdthkjsbw62m4wuxJ4/.
4. Calderón M, Serrano J, Muñoz A, Illescas R, Laynez J. Enfermedad Renal Crónica en Centroamérica. Asomigua.org. 2015 Febrero; II(2).
5. Ministerio de sanidad servicio social e igualdad. Documento marco sobre enfermedad renal Crónica.2015. Disponible en:
http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Enfermedad_Renal_Cronica_2015.pdf.
6. Castro E. Panorama epidemiológico de la insuficiencia renal crónica. [Online].; 2010 [cited 2017 Marzo 10. Disponible en:
http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/insuficiencia_renal.pdf.
7. Sociedad Peruana de Nefrología. Prevalencia de la Insuficiencia Renal Crónica en el Perú. [Online].; 2014 [cited 2017 Abril 3. Disponible en:
www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/.2061.
8. Ministerio de salud. La enfermedad renal crónica en el Perú, epidemiología e impacto de la salud pública. Boletín epidemiologico (Lima). 2014 Enero; 23(3).
9. Hospital Regional Manuel Nuñez Butron. casos de insuficiencia renal cronica en Puno. 2016. Mayo(1).
10. Hospital EsSalud Puno. casos de insuficiencia renal cronica. 2016. Mayo(5)
11. Francoise C, Esguerra G, Espinosa J, Gutiérrez C, Fajardo L. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. 2007. 10 (2):169-79.

12. Álvarez F. Factores asociados al lado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica.. 2001. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.
13. Roy C. “Modelos Teorías de Enfermería”. 1976. Available from: books.google.co.ve/books?jsbn=8480862017.
14. Marriner A, Alligood M. Teorias de enfermeria. 2007. I(343).
15. Devia K FAFM. Mecanismos de adaptación de los pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de hemodiálisis en la unidad de diálisis Lara II C.A. 2011.
16. Massa R, Martinez B, Makaiza E, Guarin A, Perez J. Afrontamiento y adaptación de pacientes en hemodiálisis y diálisis. 2010.
17. Barros S, Cotes S, Fernandez N, Gonzales D. Capacidad de afrontamiento y adaptación de pacientes con VIH-SIDA según modelo Callista Roy en una clínica de II nivel en Cartagena. 2012. TESIS.
18. Torres I, Alarcón E, Jiménez E, Amador M, Barrios D, Narváez Y, et al. Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidad de cuidados intensivo. 2011. SciELO.
19. Rivera A, Montero M, Sandoval R. Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. 2012. revista-SciELO.
20. Chuqui huaccha C, Soto Y. Estilos de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en programa de hemodiálisis del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen. 2013. Lima- Peru.
21. Castillo L, Obregn N, Soto G. Protocolo de prevencion de insuficiencia renal cronica. 2011. Pag: 4.
22. Ministerio de salud. La enfermedad renal crónica en el Perú, epidemiología e impacto de la salud pública. Boletín epidemiologico(Lima). 2014 Enero; 23(Pag:37- 38).
23. Fernández M, & Díaz M. Relación entre estrategias de afrontamiento, síndromes clínicos y trastornos de personalidad en pacientes esquizofrénicos crónicos. Psicopatología y Psicología Clínica. 2001 Mayo; 6(2).

24. Contreras F, Esguerra G, JC E, Gómez v, Mok M, Tam T. estilos de afrontamiento y calidad de vida de pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis. Scielo. 2007 Julio; 10(2).
25. Caballo V. Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. [Online].; 1998 [cited 2017 Marzo 20. Disponible en: <http://cideps.com/wp-content/uploads/2015/04/CaballoV.-Manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicol%C3%B3gicos-Vol.2-ebook.pdf>.
26. Callista R, Bula J, González.. Asociación entre la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptacion de los grados de riesgo para la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan hipertensión arterial. 2011. Bogotá, D.C
27. Contreras F, Esguerra G, Espinosa J, Gómez V. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Scielo. 2007 Noviembre; 10(2).
28. Soto Y. Estilos de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en el programa de hemodialisis del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. [Online].; 2013 [cited 2017 Abril 3. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/359/1/ChuquiHuaccha_cs%3B%20Soto.pdf.
29. Sierra C, Julio J. Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal en fase dialítica. 2010. disponible en: <http://oaji.net/articles/2015/1787-1438299735.pdf>.
30. Gutiérrez López C. VGM,MFM, Durán de Villalobos M, López de Mesa C. CO. Escala De Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación" De Callista Roy. [Online].; 2007 [cited 2016 Febrero 27. Disponible en: [http://www./Escala De Medición Del Proceso De Afrontamiento Y Adaptación" De Callista Roy. Bogotá Enero./Junio 2007.com](http://www./Escala De Medición Del Proceso De Afrontamiento Y Adaptación).
31. Gutiérrez C. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. Hallazgos. 2009 Julio; VI(12).

32. Gonzalez Y. procesos de afrontamiento y adaptación en personas que padecen cardiopatía isquémica, a partir del modelo de adaptación de Callista Roy, en el complejo hospitalario metropolitana de la caja del seguro social y el hospital Santo Tomas en el año 2006. 2006. Tesis. Doctorado en enfermería. Universidad Nacional de Colombia.
33. Gutiérrez C, Veloza M, Moreno M, Durán M, López C, Crespo O. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento "Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación" de Callista Roy. SciELO. 2007 Junio; VII(1).
34. Callista R. Modelo de adaptación. II ed. Kenneth D, editor. España: Elsevier; 1999.
35. Callista R. teoria de adaptacion de Callista Roy. [Online].; 2012 [cited 2017 Mayo 8. Disponible en:
<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/callista-roy.html>.
36. Alarcón M. Modelo de adaptación: aplicación en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. [Online].; 2007 [cited 2017 Abril 20. Available from:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim073g.pdf>.
37. Edo MT, Ballester R. Estado Emocional Y Conducta De Enfermedad En Pacientes Con VIH/SIDA Y Enfermos Oncológicos. Psicopatología y Psicología Clínica. 2006 Marzo; I(1).
38. Burton D. anatomía y fisiología renal. [Online].; 2014 [cited 2017 Marzo 20. Disponible en:
<https://bionotas.files.wordpress.com/2014/10/renal.pdf>.
39. Gómez B. Nuevos marcadores de inflamacion y enfermedad renal crónica terminal. 2016. tesis.
40. Andreu L, Force E. 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo Renal. 2001. 2ª Ed Barcelona.
41. Torres C. Adaptacion transcultural de la escala de incertidumbre de Mishel, en personas con isuficiencia renal cronica en tratamiento con hemodialisis. 2013. Jaen.
42. García J. Manual de nefrología clínica. 2003. Barcelona.

43. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. Nefrología. 2014 Febrero; 2(34).
44. World Kidney Day. Enfermedad Renal Crónica. [Online].; 2017 [cited 2017 Marzo 20. Disponible en:
<http://www.worldkidneyday.org/es/faqs/chronic-kidney-disease/>.
45. Sociedad Española de Bioquímica clínica y patología molecular. Documento de consenso sobre la Enfermedad Renal Crónica. [Online].; 2012 [cited 2017 Marzo 20. Disponible en:
<http://secardiologia.es/images/publicaciones/documentos-consenso/documento-consenso-sobre-enfermedad-renal-cronica.pdf>.
46. Godoy R, Esparcia M. IRC. Generalidades y Nefrología clínica. 2003. p. 186-210.
47. Caravaca C. Anemia y alteraciones en la coagulación en la IRC. Nefrología clínica. 2004. p. 725-731.
48. Sans C. Alteraciones neurológicas en: Nefrología clínica. 2004. p. 745-750.
49. Veléz H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J. Nefrología. quinta ed. González LM, editor. Medellín, Colombia : Corporación para Investigaciones Biológicas; 2012.
50. Fernández E. Trastornos gastrointestinales en: Nefrología Clínica. 2004, p. 719-725.
51. Gómez C. Alteraciones cutáneas en: Nefrología clínica. 2004. p.720-723.
52. Gómez C. Alteraciones endocrinas en: Nefrología clínica. 2004. p.732-738.
53. Montenegro J. Tratado de diálisis peritoneal. primera ed. Fernández E, editor. Barcelona, España: Elsevier; 2009.
54. Ministerio de salud. Guía Clínica diálisis peritoneal. 2010. Chile. Disponible en:
www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Diálisis-Peritoneal.pdf
55. González J. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica. 2013. Tesis.

56. Diaz F. diálisis peritoneal. [Online].; 2012 [cited 2017 Marzo 21. Disponible en:
http://www.elsevier.es/ficheros/nefro/otras_pubs/algoritmos_sen_mod_7.pdf.
57. Enfermeras investigadoras. Insuficiencia renal crónica. [Online].; 2011 [cited 2017 Marzo 21. Disponible en:
<http://tesisdeinvestigadores.blogspot.pe/2011/08/insuficiencia-renal-cronica.html>.
58. National Kidney Foundation. diálisis peritoneal. [Online].; 2013- 2015 [cited 2017 Marzo 21. Disponible en:
<https://www.kidney.org/sites/default/files/11-50-0221%20-%20Peritoneal%20Dialysis%20-%20What%20You%20Need%20to%20Know.pdf>.
59. Hernández S. Metodología de la investigación. quinta ed. Mares J, editor. Mexico: Metodología de la investigación 5ta edición de Hernández Sampieri; 2010.
60. Gutiérrez C, Veloz M, Moreno M. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento “Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación” de Callista Roy. 2007. Aquichán, 7 (1).
61. Lazcano M, Salazar B, Gómez M. Validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en psíquicos con diabetes mellitus tipo 2. Scielo. 2008 Abril; VIII(1).
62. Gutiérrez López C. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. 2009. Hallazgos, 6(12).

ANEXOS

ANEXO N° 1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	CATEGORÍAS	ÍNDICE	
AFRONTAMIENTO	FACTOR I	1. Puedo hacer varias actividades al mismo tiempo.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1	
		2. Propongo soluciones para problemas nuevos.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1	
		3. Llamo al problema por su nombre y trato de verlo todo.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1	
		4. Obtengo información para aumentar mis opciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1	
		5. Cuando estoy preocupado tengo dificultad para realizar tareas.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	1 2 3 4	
		6. Trato de recordar soluciones que me han servido antes.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1	
		7. Trato de que todo funcione a mi favor.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1	
		8. Solo pienso en lo que me preocupa.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	1 2 3 4	
		9. Me siento bien de saber que estoy manejando bien el problema.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1	
		10. Me doy cuenta cómo quiero que resulte la situación.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1	
			1. soy menos eficaz bajo estrés.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	1 2 3 4
			2. No actúo hasta que tengo comprensión del problema.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1
			3. Encuentro la situación de mi enfermedad demasiado complicada.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	1 2 3 4
			4. pienso en el problema paso a paso.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1
			5. parece que actuó con lentitud sin razón aparente.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	1 2 3 4
			6. Trato de reorganizar mis sentimientos positivamente	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1

...VAN

VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	CATEGORIAS	INDICE	
	FACTOR II	7. Estoy activo durante el día cuando estoy en crisis	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1	
		8. soy realista con lo que sucede.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1	
		9. estoy atento a aspectos relacionados a mi enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1	
		10. Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo de mi enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	1 2 3 4	
		11. Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones difíciles.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1	
		12. Miro la situación desde diferentes puntos de vista	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1	
		13. tiendo a quedarme quieto por un momento.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	1 2 3 4	
		14. Encuentro difícil explicar la causa de mi enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	1 2 3 4	
		FACTOR III	1. Obtengo buenos resultados con problemas complejos.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1
			2. Trato de usar mis habilidades para enfrentar la situación.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1
			3. Puedo desenvolverme mejor cuando tengo que ir a lugares desconocidos	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1
			4. Utilizo el humor para manejar las situaciones difíciles relacionadas a mi enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1
			5. Con tal de mejorar aspectos de mi enfermedad estoy dispuesto a modificar mi vida	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1
			6- Mantengo equilibrio entre la actividad y el descanso	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1
	7. Soy más eficaz bajo estrés.		<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1	
	8. Puedo relacionar lo que sucede con experiencias pasadas.		<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1	
	9. Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tengo.		<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	1 2 3 4	

...VAN

VARIABLE	DIMESIÓN	INDICADORES	CATEGORIAS	INDICE
ADAPATACIÓN	FACTOR IV	1. Trato de ser creativo y propongo soluciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1
		2. Por alguna razón no me beneficio de mis experiencias pasadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	1 2 3 4
		3. Aprendo de las soluciones de los otros	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1
		4. Miro la situación positivamente como un reto	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1
		5. Planteo soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzar.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1
		6. Experimento cambios en la actividad física	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	1 2 3 4
	FACTOR V	1. Analizo los detalles de mi enfermedad tal como sucedieron.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1
		2. Trato de aclarar cualquier duda antes de actuar	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1
		3. Trato de hacer frente a la crisis desde el principio.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	1 2 3 4
		4. Me doy cuenta de que me estoy enfermando	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	1 2 3 4
		5. Adopto una nueva destreza cuando resuelvo dificultades relacionados a mi enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1
		6. Me rindo fácilmente	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	1 2 3 4
		7. Desarrollo un plan para enfrentar aspectos difíciles de mi enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	4 3 2 1
		8. Al parecer me hago ilusiones de cómo resultarán las cosas a pesar de mi enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Rara vez • Nunca 	1 2 3 4

ANEXO N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO: AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A DIÁLISIS PERITONEAL EN ESSALUD PUNO – 2016.

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a pacientes que estén inscritos en el programa de DIPAC en el EsSalud de la ciudad de Puno, que se les invita a participar en la presente investigación.

Bachiller Alicia Maquera Mamani

Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Enfermería

Dr. Narda Estela Calsin Chirinos

PARTE I: Información**Introducción:**

Yo, Alicia Maquera Mamani como bachiller en enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano, estoy realizando mi proyecto de investigación para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería, para lo cual estoy investigando de qué manera se da el afrontamiento y la adaptación de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal, ya que en nuestro país es un serio problema de salud pública. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor comuníqueme para según le informo para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a mí.

Propósito

Los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales, como ansiedad y depresión, asociadas a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por la IRC y al tratamiento de Diálisis Peritoneal Crónica Ambulatoria (DPAC). La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice del impacto de la IRC y la DPAC, sobre sus condiciones de vida; también se relaciona con las habilidades individuales para adaptarse a la condición de dependencia del programa de DIPAC. El paciente debe vivir con la función renal notablemente disminuida y con una alta

probabilidad de deterioro de los demás órganos internos, causando en algunos casos enfermedades cardiovasculares, neuropatías, descalcificación de los huesos, anemia, entre otros. No obstante debido a esta situación, estos pacientes deben de adaptarse y afrontar muchos cambios en su vida, que es uno de los factores determinantes para la reducción de complicaciones de dicha patología. Es la razón por la que hacemos este proyecto de investigación.

Tipo de Intervención de Investigación

Esta investigación incluirá una única encuesta mediante un cuestionario denominado Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy, el cual tendrán que responder con la mayor veracidad posible para así aportar con una información más certera a la investigación.

Selección de participantes

Estamos invitando a todos los pacientes que hayan sido inscritos en el programa de DIPAC para participar en la investigación sobre afrontamiento y adaptación en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en este programa y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Descripción del Proceso

El procedimiento consistirá en una única encuesta, donde el investigador le entregará un cuestionario en formato papel a cubrir, en el que se le realizarán diversas preguntas acerca del afrontamiento y adaptación del paciente con insuficiencia renal sometido a diálisis peritoneal.

Duración

La investigación durará 3 meses la cual serán tres días por una hora aproximadamente en donde se realizara la encuesta. Durante ese tiempo, será necesario que venga al EsSalud al programa de DIPAC.

En total serán tres días al mes que coincidirán junto con los días del control mensual del DIPAC, los que se aprovecharan para realizar la investigación. Al finalizar los tres meses, se finalizará la investigación.

Riesgos

Su participación en este estudio no implicara ningún riesgo para usted ni para su salud.

Molestias

Al participar en esta investigación es posible que experimente algún tipo de molestias o incomodidad al querer recabar su información personal.

Beneficios

Si usted participa en esta investigación aportara con grandes beneficios para los pacientes futuros, debido a que mediante la presente investigación se podrá contribuir con información para disminuir las complicaciones propias del paciente con IRC, al conducir con éxito el proceso de afrontamiento y adaptación.

Incentivos

Que bajo ningún concepto se le ofrecerá ni pretenderá recibir algún beneficio de tipo económico producto de los hallazgos de la referida investigación.

Confidencialidad

Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. El responsable de la custodia de los datos será el investigador. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre.

Compartiendo los Resultados

Los resultados obtenidos del estudio le serán mostrados oportunamente si así lo solicita usted. No se compartirá información confidencial. Los resultados serán guardados de forma anónima, lo cual quiere decir que se recogen sin ninguna indicación que pueda conducir a la identificación del participante.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene por qué participar en esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectara en ninguna forma a que sea tratado en el programa de DIPAC. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee sin perder sus derechos como paciente aquí.

A Quién Contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactarse con mi persona, celular: 941974908, correo: alison-mm@outlook.com.

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación de afrontamiento y adaptación en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud Puno, entiendo que debo contestar a un cuestionario. He sido informado de que no tendré riesgos. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me recompensará. Se me ha proporcionado el nombre de la investigadora.

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

ANEXO N° 3

**ESCALA DE MEDICIÓN DEL PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y
ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY (ESCAPS)* EN PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A DIÁLISIS PERITONEAL
EN ESSALUD PUNO – 2016**

Estimado señor(a), el contenido de esta encuesta es confidencial y será manejado exclusivamente con fines de investigación, por lo que el anonimato está garantizado.

Este cuestionario tiene como objetivo determinar la capacidad de afrontamiento y adaptación del paciente con IRC sometido a diálisis peritoneal.

Agradezco anticipadamente su gentil colaboración, así como la sinceridad de sus respuestas.

INDICACIONES:

- Por favor, lea cada ítems que a continuación le presentamos y responda según lo siguiente: nunca, rara vez, casi siempre, siempre.
- No importa lo que la mayoría diría o haría. No existen frases correctas ni incorrectas.
- Ningún ítems se debe dejar sin contestar.
- Cualquier duda, consulte con mi persona.

ITEMS	Nunca	Rara vez	Casi siempre	Siempre
FACTOR 1: Recursivo y centrado				
1. Puedo hacer varias actividades al mismo tiempo.				
2. Propongo soluciones para problemas nuevos.				
3. Llamo al problema por su nombre y trato de verlo todo.				
4. Obtengo información para aumentar mis opciones.				
5. Cuando estoy preocupado tengo dificultad para realizar tareas.				
6. Trato de recordar soluciones que me han servido antes.				
7. Trato de que todo funcione a mi favor.				
8. Solo pienso en lo que me preocupa.				
9. Me siento bien de saber que estoy manejando bien el problema.				
10. Me doy cuenta cómo quiero que resulte la situación.				
FACTOR 2: Reacciones físicas y enfocadas				
1. Soy menos eficaz bajo estrés.				
2. No actúo hasta que tengo comprensión del problema.				
3. Encuentro la situación de mi enfermedad demasiado				

...VAN

complicada.				
4. Pienso en el problema paso a paso.				
5. Parece que actúo con lentitud sin razón aparente.				
6. Trato de reorganizar mis sentimientos positivamente.				
7. Estoy activo durante el día cuando estoy en crisis.				
8. Soy realista con lo que sucede.				
9. Estoy atento a aspectos relacionados a mi enfermedad.				
10. Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo de mi enfermedad.				
11. Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones difíciles.				
12. Miro la situación desde diferentes puntos de vista				
13. Tiendo a quedarme quieto por un momento.				
14. Encuentro difícil explicar la causa de mi enfermedad.				
FACTOR 3: Proceso de alerta				
1. Obtengo buenos resultados con problemas complejos				
2. Trato de usar mis habilidades para enfrentar la situación				
3. Puedo desenvolverme mejor cuando tengo que ir a lugares desconocidos				
4. Utilizo el humor para manejar las situaciones difíciles relacionadas a mi enfermedad.				
5. Con tal de mejorar aspectos de mi enfermedad estoy dispuesto a modificar mi vida				
6. Mantengo equilibrio entre la actividad y el descanso				
7. Soy más eficaz bajo estrés.				
8. Puedo relacionar lo que sucede con experiencias pasadas				
9. Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tengo				
FACTOR 4: Procesamiento sistemático				
1. Trato de ser creativo y propongo soluciones.				
2. Por alguna razón no me beneficio de mis experiencias pasadas.				
3. Aprendo de las soluciones de los otros.				
4. Miro la situación positivamente como un reto.				
5. Planteo soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzar.				
6. Experimento cambios en la actividad física.				
FACTOR 5: Conocer y relacionar				
1. Analizo los detalles de mi enfermedad tal como sucedieron.				
2. Trato de aclarar cualquier duda antes de actuar.				
3. Trato de hacer frente a la crisis desde el principio.				
4. Me doy cuenta de que me estoy enfermando.				
5. Adopto una nueva destreza cuando resuelvo dificultades relacionados a mi enfermedad.				
6. Me rindo fácilmente.				
7. Desarrollo un plan para enfrentar aspectos difíciles de mi enfermedad.				
8. Al parecer me hago ilusiones de cómo resultarán las cosas a pesar de mi enfermedad.				

* adaptado de Gutiérrez, C; Vellozo, M; Moreno, M. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento “Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación” de Callista Roy 2007.

ANEXO N° 4
VALIDEZ DEL “CUESTIONARIO” POR PRUEBA DE CONCORDANCIA
ENTRE LOS JUECES

ÍTEMS	NÚMERO DE JUECES			VALOR DE PUNTAJE SUB TOTAL
	1	2	3	
1	1	1	1	3
2	1	1	1	3
3	1	1	1	3
4	1	1	1	3
5	1	1	1	3
6	1	1	0	2
7	1	1	1	3
8	1	1	1	3
9	1	0	1	2
10	0	0	1	1
11	1	1	0	2
12	0	0	1	1
13	0	0	1	1
14	1	1	1	3
15	1	1	1	3
16	1	1	1	3
17	1	1	1	3
18	1	1	1	3
19	1	0	1	2
20	1	0	1	2
21	1	0	1	2
22	1	1	1	3
23	1	1	1	3
24	1	0	0	1
25	1	1	1	3
26	1	1	1	3
27	1	1	1	3
28	1	0	0	1
29	1	0	1	2
30	1	1	1	3
31	1	1	1	3
32	1	1	1	3
33	1	1	1	3
34	1	1	1	3
35	1	1	1	3
36	1	1	1	3
37	1	1	1	3
38	1	1	1	3
39	1	1	1	3
40	1	1	1	3
41	1	1	1	3
42	1	1	1	3
43	1	0	0	2
44	0	0	1	1
45	1	1	1	3
46	1	0	1	2
47	1	1	1	3
TOTAL	43	34	42	119

Se tiene un total de 141 respuestas (47 ítems x 3 jueces) de la cuales 119 son de puntaje “1”.

Para llegar a la calificación válida de este instrumento por la concordancia de los tres jueces expertos se aplica la siguiente fórmula, donde: ‘Ta’=n° total de acuerdos; ‘Td’= n° total de desacuerdos.

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

$$b = \frac{119}{119 + 22} \times 100$$

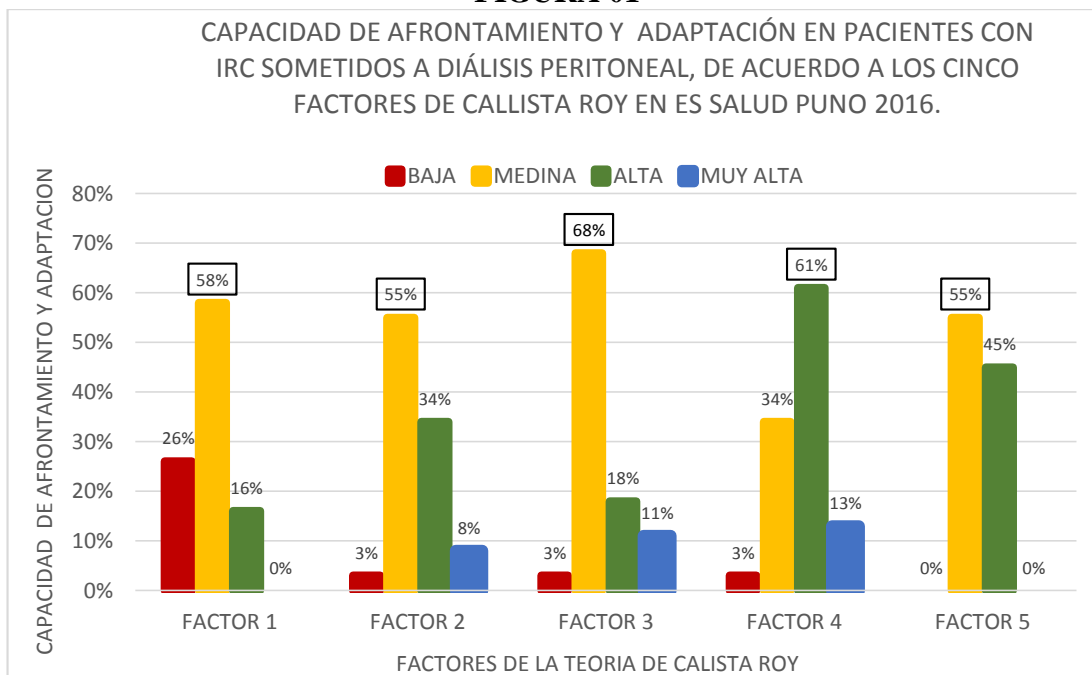
$$b = \frac{119}{141} \times 100$$

b= 84.40% confiable

CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN																
N°	FACTOR 4: PROCESAMIENTO SISTEMÁTICO						TOTAL F4	FACTOR 5: CONOCER Y RELACIONAR								TOTAL F5
	F.1.1	F.1.2	F.1.3	F.1.4	F.1.5	F.1.6		F.1.1	F.1.2	F.1.3	F.1.4	F.1.5	F.1.6	F.1.7	F.1.8	
1	2	3	2	3	1	2	13	2	2	3	2	2	4	3	2	20
2	3	4	3	3	3	2	18	2	3	3	2	3	3	3	2	21
3	3	3	2	3	2	2	15	3	3	3	2	2	1	3	2	19
4	4	3	3	4	4	2	20	3	4	1	2	3	2	3	2	20
5	4	4	4	4	4	2	22	4	2	2	2	4	4	2	1	21
6	3	2	2	4	3	2	16	4	3	2	2	3	3	3	1	21
7	4	3	1	3	4	2	17	4	4	2	2	2	3	4	3	24
8	2	3	2	3	2	2	14	3	3	3	2	2	4	3	3	23
9	3	3	3	3	2	2	16	2	4	3	2	4	3	3	2	23
10	3	3	2	4	2	2	16	2	3	3	2	3	4	3	3	23
11	2	4	3	2	3	2	16	2	2	3	2	3	2	2	4	20
12	3	3	2	4	2	2	16	2	3	2	2	3	4	3	3	22
13	2	3	2	3	2	2	14	2	2	3	2	2	3	2	3	19
14	3	3	3	3	2	2	16	3	1	3	2	3	2	2	2	18
15	4	2	3	4	4	2	19	1	4	3	2	2	4	2	2	20
16	3	2	4	3	3	2	17	3	2	2	2	3	4	3	1	20
17	3	3	3	4	3	2	18	3	3	3	2	2	3	2	3	21
18	3	3	3	3	4	2	18	3	3	2	2	3	4	3	2	22
19	3	3	3	3	2	2	16	3	3	3	2	2	2	3	2	20
20	3	3	3	3	2	2	16	2	2	3	2	3	1	3	2	18
21	3	2	4	4	2	2	17	2	2	2	2	3	3	3	1	18
22	3	3	3	3	3	2	17	3	2	2	2	2	4	2	2	19
23	4	2	3	4	3	2	18	3	3	3	2	3	4	3	2	23
24	3	3	2	2	2	2	14	2	2	1	2	3	3	2	3	18
25	4	2	3	4	4	2	19	1	4	3	2	2	4	2	2	20
26	3	2	2	4	3	2	16	3	3	2	2	3	4	3	2	22
27	3	3	2	3	2	2	15	3	3	2	2	2	2	3	3	20
28	3	2	2	4	3	2	16	3	3	2	2	3	4	3	2	22
29	3	4	3	4	3	2	19	3	3	2	2	3	3	3	1	20
30	2	2	2	3	2	2	13	3	3	3	2	3	2	2	3	21
31	2	2	2	3	2	2	13	3	2	3	2	3	2	2	3	20
32	2	2	2	3	1	2	12	2	2	2	2	2	3	2	4	19
33	2	3	3	3	2	2	15	3	2	3	2	3	3	3	3	22
34	2	3	2	2	2	2	13	2	2	3	2	2	2	2	3	18
35	2	3	2	3	2	2	14	1	2	3	2	2	3	1	3	17
36	2	2	2	1	2	2	11	3	4	3	2	2	2	2	2	20
37	2	3	2	2	2	2	13	3	3	4	2	2	3	2	3	22
38	4	3	2	3	2	2	16	2	2	3	2	2	4	3	3	21
								BAJA								
								MEDIANA								
								ALTA								
								MUY ALTA								

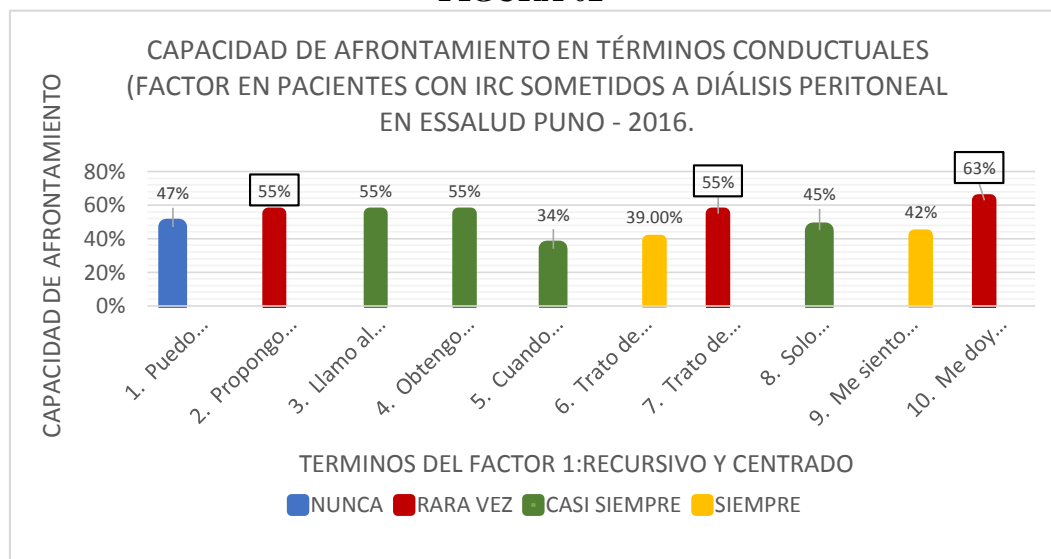
ANEXO N° 6

FIGURA 01



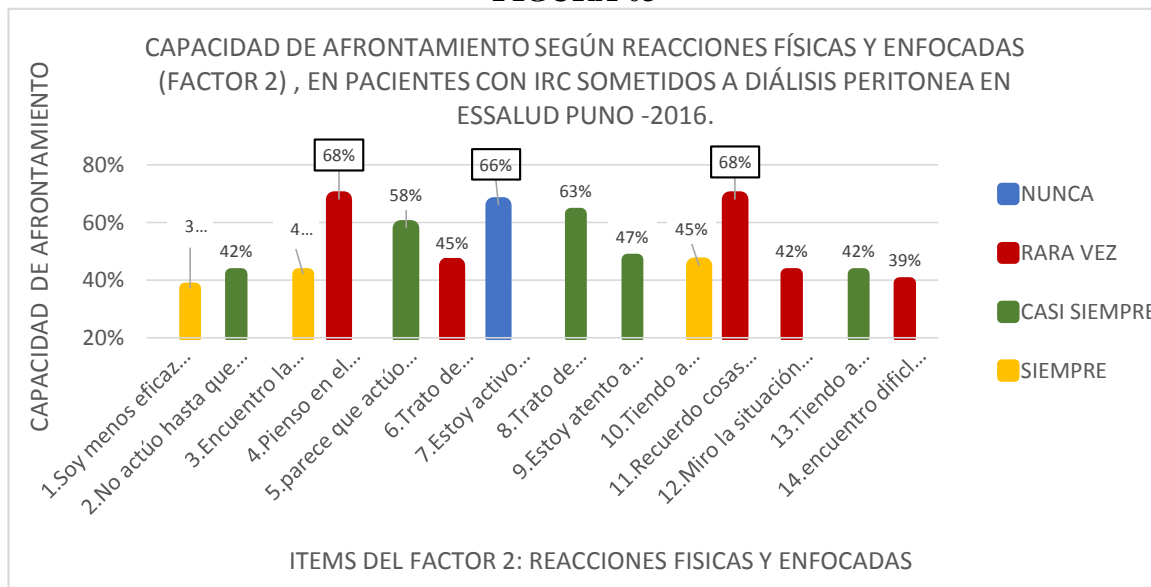
FUENTE: Encuesta realizada a los pacientes con IRC cometidos a diálisis peritoneal de EsSalud Puno - 2017.

FIGURA 02



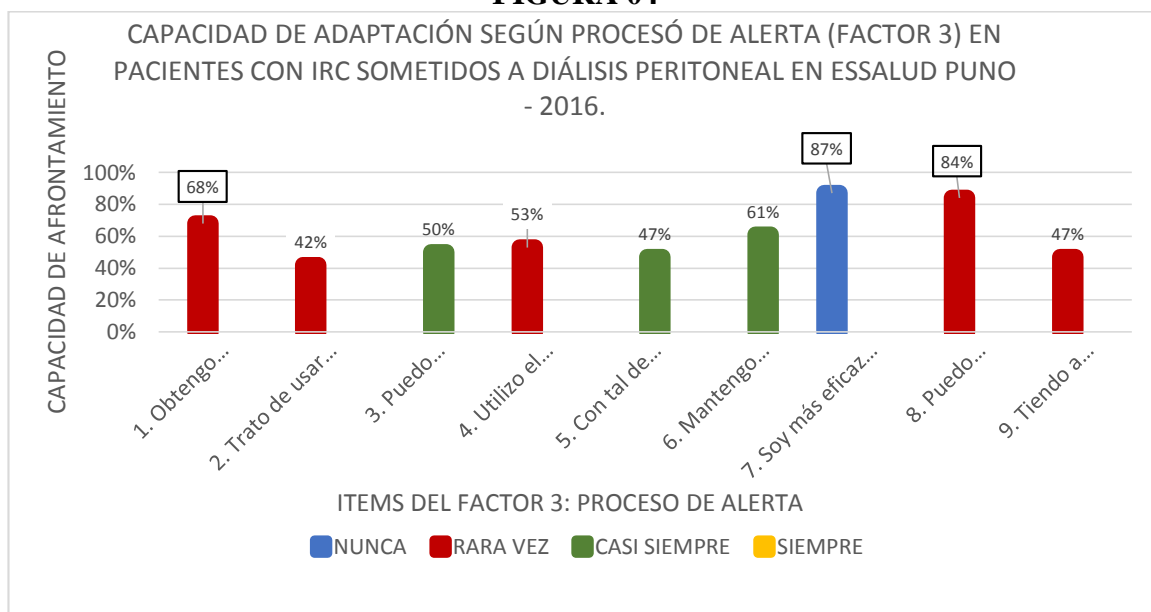
FUENTE: Encuesta realizada a los pacientes con IRC cometidos a diálisis peritoneal de EsSalud Puno - 2017.

FIGURA 03



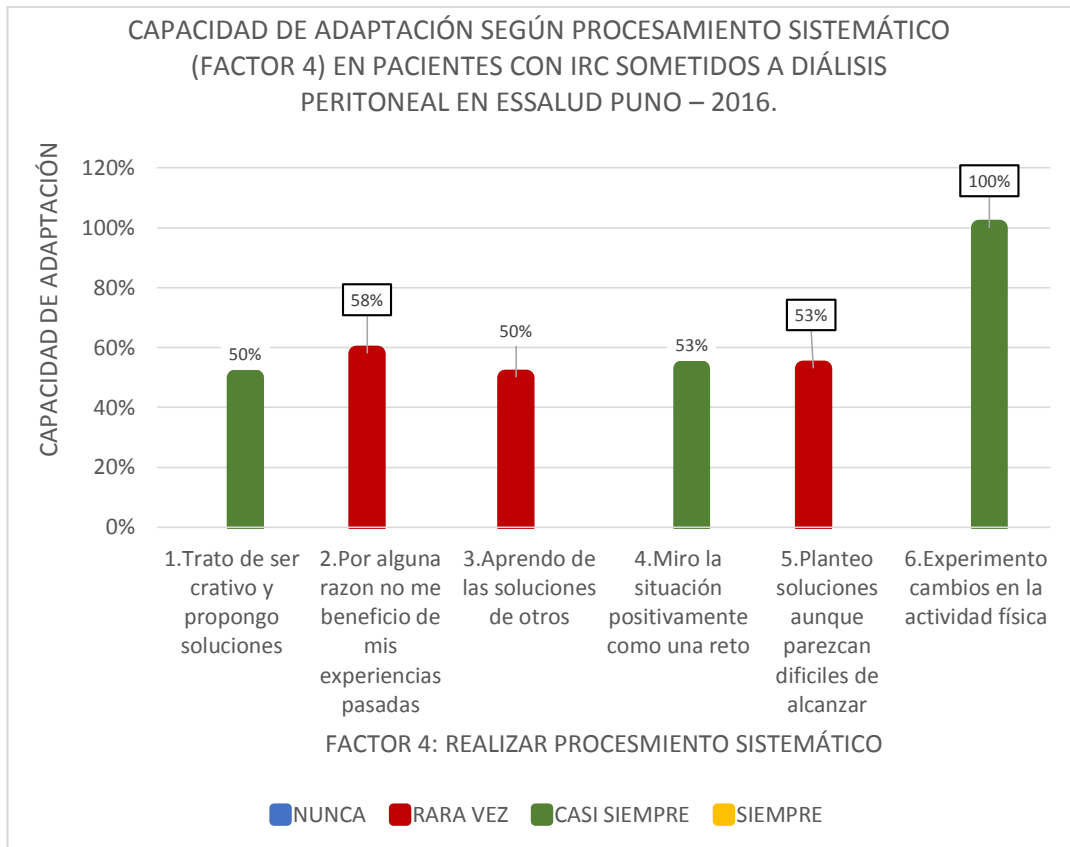
FUENTE: Encuesta realizada a los pacientes con IRC sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud Puno- 2017.

FIGURA 04



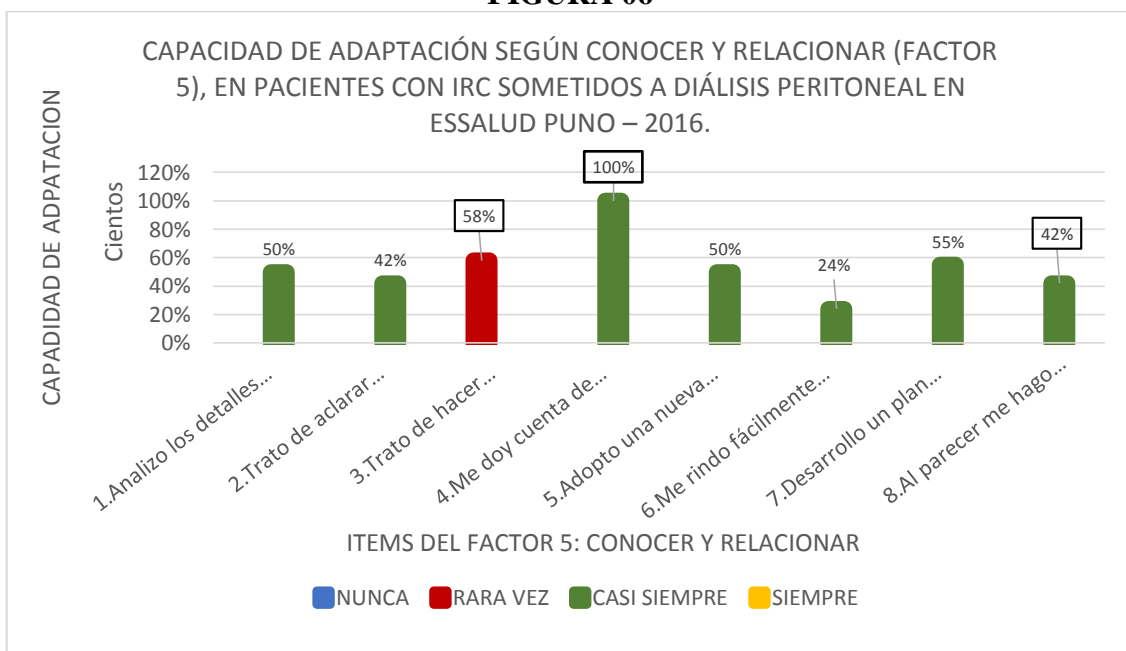
FUENTE: Encuesta realizada a los pacientes con IRC sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud Puno- 2017.

FIGURA 05



FUENTE: Encuesta realizada a los pacientes con IRC sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud Puno- 2017.

FIGURA 06



FUENTE: Encuesta realizada a los pacientes con IRC sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud Puno- 2017.

EVIDENCIAS

ANEXO N° 7

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO



HOSPITAL III ESSALUD PUNO



SERVICIO DE DIÁLISIS PERITONEAL AMBULATORIA CONTINUA

ENCUESTANDO A LOS PACIENTES DE DIPAC

