

UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”

**FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO**



TESIS

“Impacto en el estilo de vida del paciente adulto joven con insuficiencia renal crónica, en tratamiento de hemodialisis en la clínica el Redentor - Piura 2016.”

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
“AREA DEL CUIDADO DE ENFERMERIA - ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA”**

INVESTIGADORAS:

**Lic. Enf. Chinguel Julca, Marita
Lic. Enf. Flores Flores, Arlita Medaligh**

ASESORA:

Dra. Santa Cruz Revilla, Efigenia Rosalía

LAMBAYEQUE - PERÚ - 2019

Mg. Nora Elisa Sánchez de García
Presidenta

Mg. Doris País Lescano
Secretaria

Mg. Cruz Marcelina Polo Campodónico
Vocal

Dra. Efigenia Rosalía Santa Cruz Revilla
Asesora

Acta de Sustentación



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO

Acreditada con Resolución N° 110-2017-SINEACE/CDAPH

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Libro de Acta N°: 03 Expediente: 1796-2018-UPG-FE Folio N° 216

Licenciada: Marita Chinguel Julca en la
Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a las 3 p.m.
horas del día 13 de Junio 2019, Los señores Miembros del Jurado designados

mediante Resolución N° 866-2016-D-FE

PRESIDENTE: Mg. Nora Sánchez de García

SECRETARIO: Mg. Dora Ruiz Dezaño

VOCAL: Mg. Marcelina Peto Campodónico

Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:

Impacto en el estado de vida del paciente adulto joven con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la clínica "El Retentero - Piura 2016"

patrocinada por el profesor

(a) Dra. Rosalva Santa Cruz Revilla

Presentada por el (los) Licenciados (as):

Marita Chinguel Julca

Arlita Meddeligh Flores Flores

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional:

Área del cuidado de enfermería - Especialista en Nefrología

Sustentada la Tesis, formuladas las Preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado, después de deliberar, declaró APROBADA por UNANIMIDAD, la tesis con el calificativo de BUENO; debiendo consignarse en los ejemplares del informe las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.

Nora Sánchez de García
PRESIDENTE

Marita Chinguel Julca
VOCAL

Dora Ruiz Dezaño
SECRETARIO

Rosalva Santa Cruz Revilla
PATROCINADOR



**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO**

Acreditada con Resolución N° 110-2017-SINEACE/CDAHP

**ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL**

Libro de Acta N°: 03 Expediente: 1495-2018-UPG-FE Folio N° 216
 Licenciada: Arlita Medaligh Flores Flores en la
 Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a las 3 p.m.
 horas del día 13 de Junio 2019, Los señores Miembros del Jurado designados
 mediante Resolución N° 866-2016-D-FE
 PRESIDENTE: Mg. Nora Elisa Sánchez de García.
 SECRETARIO: Mg. Luis Luis Lescano.
 VOCAL: Mg. Marcelina Polo Campodónico.

Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:
"Impacto en el estilo de vida del paciente adulto joven con insuficiencia
 renal crónica en el tratamiento de hemodiálisis en la clínica
 El Redentor - Piura 2016"

patrocinada por el profesor
 (a) Dra. Rosalio Santa Cruz Revilla.

Presentada por el (los) Licenciados (as):
Arlita Medaligh Flores Flores
Marita Chiriquel Julca.

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional:
Área del Cuidado de Enfermería - Especialista en Nefrología.

Sustentada la Tesis, formuladas las Preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las
 respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado, después de deliberar,
 declaró APROBADA por UNANIMIDAD, la tesis con el calificativo de BUENO;
 debiendo consignarse en los ejemplares del informe las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.

Nora Sánchez de García
PRESIDENTE
Marcelina Polo Campodónico
VOCAL

Luis Luis Lescano
SECRETARIO
Rosalio Santa Cruz Revilla
PATROCINADOR

Declaración Jurada de Originalidad

Nosotros, Lic. Enf. Flores Flores Arlita Medaligth y Lic. Enf. Chinguel Julca Marita investigadoras principales y Dra. Santa Cruz Revilla Efigenia Rosalía asesora del trabajo de investigación “Impacto en el Estilo de Vida del Paciente Adulto Joven con Insuficiencia Renal Crónica, en Tratamiento de Hemodiálisis en la Clínica El Redentor - Piura 2016” declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrará lo contrario, asumo responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Que puede conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, noviembre del 2019

Lic. Enf. Flores Flores Arlita Medaligth
Investigadora

Lic. Enf. Chinguel Julca Marita
Investigadora

Dra. Santa Cruz Revilla Efigenia Rosalía
Asesora

DEDICATORIA

En primer lugar, a Dios por todas sus bendiciones, darnos la fuerza necesaria y enseñarnos el camino, para cumplir nuestra meta trazada.

A nuestra familia, por toda su paciencia, esfuerzo y apoyo incondicional, sin la cual no hubiera sido posible lograr, lo que hasta hoy hemos alcanzado.

A nuestros pacientes adultos jóvenes de la clínica de Hemodiálisis el Redentor, por demostrarnos la valentía con la que día a día enfrentan esta dura enfermedad y que pese a las dificultades que se les presenta en la vida, ellos se esfuerzan por conseguir sus objetivos planteados

ARLITA Y MARITA

AGRADECIMIENTO

A Dios por darnos la vida, porque siempre nos enseña el camino en los momentos difíciles, y esta con nosotras para mantener viva la fe en El.

A nuestra familia por su apoyo constante, sin ellos hubiera sido imposible culminar con este trabajo.

A la asesora por compartir sus enseñanzas que son las que nos enriquecen cada día para ser mejores profesionales.

Al Gerente Clínica de Hemodiálisis el Redentor, por brindarnos las facilidades del caso, para la realización de este trabajo de investigación.

A los pacientes adultos jóvenes de la clínica de Hemodiálisis El Redentor, por su participación voluntaria en el desarrollo de este trabajo de investigación, porque sin su apoyo no hubiera sido posible, la ejecución y culminación de esta tesis.

ARLITA Y MARITA

INDICE

Acta de Sustentación	iii
Declaración Jurada de Originalidad	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I:.....	4
DISEÑO TEORICO	4
CAPITULO II:.....	23
METODOS Y MATERIALES.....	23
2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	24
2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:	24
2.3 POBLACION Y MUESTRA.....	26
2.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS:	27
2.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	28
2.6. RIGOR CIENTÍFICO.....	28
CAPITULO III:	34
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	34
CAPITULO IV:	64
CONSIDERACIONES FINALES	64
CAPITULO V	67
RECOMENDACIONES	67
ANEXOS	80

RESUMEN

En la Insuficiencia Renal Crónica; los pacientes se enfrentan a diversos cambios en el estilo de vida, efectos sobre el concepto y confianza en sí mismo, cambios en los roles dentro de la familia, esto sustenta porque la valoración al paciente renal debe ser multidimensional e incluye evaluar: la dimensión física, funcional, psicológica y social, lo que motivó investigar ¿cómo es el impacto en el estilo de vida del paciente adulto joven con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, y tuvo como objetivo comprender como es el impacto en el estilo de vida del paciente adulto joven con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la clínica El Redentor-Piura 2016,tuvo como referencial teórico el modelo de adaptación propuesto por Callista Roy, la presente investigación, fue de tipo Cualitativa con enfoque de Estudio de Caso, la población estuvo conformada por 32 pacientes adultos jóvenes, la muestra se saturó con 11 pacientes, la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada a profundidad ,la información recolectada se analizó temáticamente, donde surgieron 6 categorías :Impacto de la Enfermedad Renal en la Dimensión Física-funcional, Impacto de la Enfermedad en lo Social, Evidenciando el Deterioro Emocional, Adaptándome a mi Tratamiento, Mi Apoyo y Red Social y Categorías Emergentes.

Durante toda la investigación se respetaron los principios éticos y científicos.

Concluyendo, que la insuficiencia renal crónica terminal con tratamiento de hemodiálisis altera por completa la rutina de vida de los adultos jóvenes en los diferentes aspectos de su vida diaria.

Palabras Claves: Insuficiencia Renal,Hemodialisis, Impacto ,Estilo de Vida, Adulto Joven

ABSTRACT

In Chronic Renal Insufficiency; patients face various changes in lifestyle, effects on the concept and self-confidence, changes in roles within the family, this is why the evaluation of the renal patient must be multidimensional and includes evaluating: the physical dimension , functional, psychological and social, which led to investigate how is the impact on the lifestyle of the young adult patient with chronic renal failure on hemodialysis treatment, and aimed to understand how is the impact on the lifestyle of the patient Young adult with chronic renal insufficiency in hemodialysis treatment at the El Redentor-Piura 2016 clinic, had as a theoretical reference the adaptation model proposed by Callista Roy, the present research was of a Qualitative type with a Case Study approach, the population was conformed by 32 young adult patients, the sample was saturated with 11 patients, the data collection was used or the semistructured interview in depth, the information collected was analyzed thematically, where 6 categories emerged: Impact of Renal Disease in the Physical-functional Dimension, Impact of the Disease in the Social, Evidence of Emotional Deterioration, Adapting to My Treatment, My Support and Social Network and Emerging Categories.

Throughout the investigation, ethical and scientific principles were respected.

Concluding, that chronic end-stage renal failure with hemodialysis treatment completely alters the life routine of young adults in the different aspects of their daily lives.

Keywords: Renal Failure, Hemodialysis, Impact, Lifestyle, Young Adult

INTRODUCCION

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) es una pérdida progresiva e irreversible de las funciones renales, como consecuencia, los riñones pierden su capacidad para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos en la sangre. Al igual que otras enfermedades crónicas, la prevalencia de IRCT aumenta con la edad, por lo que es superior al 20 % en adultos mayores de 60 años y el 35 %, en los mayores de 70 años. Sin embargo, 1 de cada 25 adultos jóvenes de 20 a 39 años padecen de IRCT.

En el Perú, el 90% de los casos de Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) es consecuencia directa de otras enfermedades, el 10% es por diabetes y el 23 % es la hipertensión arterial siendo estas dos enfermedades el riesgo principal para aumentar la incidencia de IRCT.¹

Cuando los pacientes con IRCT ingresan a la unidad de hemodiálisis, algunos conocen la magnitud de su enfermedad otros aún desconocen la existencia de ésta y sus consecuencias.

A menudo los pacientes se preguntan por qué a mí me ha dado esta enfermedad”, Muchas de las personas que sufren ERCT no lo saben porque los primeros síntomas suelen ser imperceptibles, y pueden tardar varios años en diagnosticarlo. Un paciente comento “Fue muy difícil para mí el resultado de mi diagnóstico, sentí que mi vida empezó a cambiar por completo, mis hábitos, mi rutina, la preocupación si mi familia iba a entender lo que me está pasando, además soy el único que trabaja y no sé qué va a pasar de aquí en adelante”.

La insuficiencia renal crónica terminal, conlleva a una terapia de sustitución renal por ello consideran que su enfermedad impacta negativamente en todas las esferas de su vida tanto en el ámbito social, emocional, económico, laboral y en su salud, que al ingresar a los programas de terapia de reemplazo que es la hemodiálisis se ve obligado a someterse a un estricto tratamiento que afectará notablemente la rutina del paciente.²

En los pacientes adultos jóvenes la calidad de vida suele verse afectada por el deterioro en las relaciones familiares, maritales, condición laboral/ocupacional, situación económica, estado de salud y aspectos sociales.³

No todos los pacientes, al inicio de un diagnóstico reaccionan de una manera sorprendente frente al futuro de un tratamiento. Las primeras reacciones del paciente cuando ha sido diagnosticado con IRCT manifiestan “me deprimí por mucho tiempo”. “Me puse triste, pero lo acepte tuve paciencia para salir adelante del susto” Pero salí adelante, con la ayuda de mi familia que me dio apoyo emocional.

Otros refieren “las sesiones de hemodiálisis me alteraron los horarios de la universidad por eso a veces me desespero y me sube la presión creo “tengo que salir corriendo del trabajo para venir a mi sesión algunas personas me entienden otros no”

Ante esta realidad las investigadoras se plantearon la siguiente interrogante ¿Cómo es el impacto en el estilo de vida del paciente adulto joven en tratamiento de hemodiálisis en la clínica El Redentor-Piura 2016, el objetivo que guió la investigación fue: comprender el impacto en el estilo de vida del paciente adulto joven con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en la clínica El Redentor-Piura 2016

La insuficiencia renal es un problema de salud pública a nivel nacional, el número de personas que la padecen, se viene incrementando, impactando su estilo de vida

principalmente en las personas jóvenes; por ello es importante conocer la repercusión, consecuencias y efectos que tiene el tratamiento en su dimensión física, psicológica, funcional y social, como consecuencia de la enfermedad renal.

Al conocer los resultados, los profesionales de enfermería establecerán estrategias, para que el paciente se adapte de la mejor manera posible ha afrontar su enfermedad, con la finalidad de volver a su vida cotidiana satisfactoria, con la máxima calidad de vida que el curso de la enfermedad lo permita., sintiéndose útiles a la sociedad y no dejándolos de lado por la enfermedad que actualmente padecen.

Este trabajo de investigación consta de: Introducción: aquí se encuentra la problemática que indujo a las investigadoras ,al problema de investigación, los objetivos que guían la investigación y por qué y el para que de la investigación ,Capítulo I: : Diseño Teórico, los antecedentes que van a servir para discusión de la investigación , el marco teórico que va ser el referencial de la investigación y el marco contextual el lugar donde se desarrolló la investigación, él Capítulo II: Métodos y Materiales ,donde muestra el tipo de Investigación, diseño de la investigación, población y muestra para la investigación, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos para la investigación donde se utilizó la entrevista y la observación, Procesamiento y Análisis de Datos, Rigor Científico, Principios Éticos los cuales se respetaron en todo momento en la investigación; capítulo III donde se presentan los resultados y discusión que se obtuvieron después de un análisis crítico de la ejecución de la investigación; Capítulo IV: Consideraciones Finales, Capítulo V: Recomendaciones de las investigadoras; Referencias Bibliográficas que se utilizó en toda la investigación y Anexos donde se presenta la entrevista realizada.

CAPITULO I:
DISEÑO TEORICO

1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

NACIONALES.

Del Rio R. “Estilos de Vida de los Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con Tratamiento de Hemodiálisis en Hospital Nacional Dos de Mayo- 2016.El presente estudio, tiene como objetivo principal Determinar los estilos de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con Tratamiento de Hemodiálisis en el Hospital Nacional “Dos de Mayo”, Los resultados fueron de 67 pacientes encuestados, 54% presentan estilos de vida no saludable y 46% tienen estilos de vida saludable. En la dimensión física el 55% pacientes presentan estilos de vida saludable y 45% presentan estilos de vida no saludable. En la dimensión psicológica 61% presentan estilos de vida no saludable y el 39% presentan estilos de vida saludable. En la dimensión social el 73% pacientes presentan estilos de vida no saludable y el 27% presentan estilos de vida saludable. Las conclusiones derivadas del presente estudio son que los Estilos de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con Tratamiento de Hemodiálisis son parcialmente saludables tanto en la dimensión física como en las dimensiones psicológica y social de manera que podría afectar su calidad de vida.⁴

INTERNACIONALES.

Guamán M., Yuqui G. “Estilos de Vida y Nivel de Adherencia a Hemodiálisis en los Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que asisten al Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca – Ecuador 2017” Tuvo como objetivo general: determinar los estilos de vida y nivel de adherencia a hemodiálisis en los pacientes con insuficiencia renal crónica que asisten al José Carrasco Arteaga Cuenca 2017, los resultados fueron El 77 % de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica son de género masculino, 23 % femenino, la

incidencia es mayor en hombres. La edad en el 44,3 % de estos pacientes es de 65-84 años, El 93% de pacientes tienen malos estilos de vida, el nivel de adherencia a hemodiálisis es inadecuado está relacionado con dieta, ejercicios, actividad laboral en el 19,8 % de pacientes. Conclusiones: Los pacientes con IRC registran una mala calidad de vida, el nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis está condicionado por pautas dietéticas.⁵

Narváez. N, LLiguicota. Y, “Relación entre los Estilos de Vida y las Complicaciones que presentan los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Sometidos a Hemodiálisis en el Hospital Eugenio Espejo. Septiembre- Quito 2014.” El propósito del estudio fue relacionar los estilos de vida con las complicaciones hemodialíticas que presentan los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos al tratamiento de sustitución renal. Se valoró los siguientes datos: físicos, psicológicos, función social y rol emocional. Entre los resultados obtenidos de la relación entre los estilos de vida y las complicaciones que presentan los pacientes durante o después de la hemodiálisis, se destacaron: alimentación alta en carbohidratos con el 50%, alta en proteínas el 27%, ingesta exagerada de sal el 18%, sobrecarga hídrica el 53%, niveles elevados de estrés el 75%, depresión el 80% y la complicación neurológica con el 76%, con los datos presentados concluimos la existencia de inadecuados estilos de vida en los pacientes con I.R.C sometidos a hemodiálisis y su relación con el desarrollo de complicaciones, situación que ayudó a elaborar una propuesta basada en un programa de educación preventiva.⁶

1.2 BASE TEORICA CONCEPTUAL

Para analizar los resultados de la presente investigación empezaremos por comprender lo que es el impacto que es un golpe anímico causado por una noticia sorpresiva o desconcertante ⁷

El impacto de la enfermedad como las perturbaciones en el estilo de vida, actividades e intereses derivadas de los cambios anatómicos, déficits funcionales y discapacidades físicas inducidas por la enfermedad.

El impacto de la enfermedad puede ser directo, indirecto o derivado de consecuencias secundarias.

El impacto directo ocurre cuando determinados elementos del tratamiento (consecuencias fisiológicas, tiempo de dedicación, etc...) entran en conflicto con el estilo de vida y las actividades que desarrollaba el paciente antes de la aparición de la IRC.

El impacto indirecto se refiere a los cambios que se producen en las relaciones familiares y sociales, asociados a los comportamientos de otras personas relacionadas con el enfermo. Finalmente, las consecuencias secundarias ocurren cuando, influido por los factores anteriormente mencionados, el paciente disminuye las actividades que realiza y la posibilidad de obtener gratificaciones con ellas. ⁸

El impacto también puede ser “subjetivo” y “objetivo”.

El impacto subjetivo se refiere a la valoración del propio paciente sobre sus condiciones físicas o sobre su vida en general

El impacto objetivo es la valoración de terceras personas. Entre ellos parece haber una correlación positiva, excepto en el caso de las parejas de los pacientes quienes valoran el impacto de la IRC menor grado que los propios pacientes.⁹

Uno de los cambios más llamativos en la vida cotidiana de los pacientes renales es el abandono o la reducción de la actividad laboral o de estudio, sin volver a ellas, aunque reciban un trasplante y desaparezcan muchas de las restricciones iniciales.

Los tres días semanales que tienen que acudir a realizar la Hemodiálisis al centro hospitalario suelen generar dificultades para poder desempeñar un trabajo o dedicarse a los estudios con cierta normalidad. Respecto a las personas que realizan tareas del hogar, puede resultar complicado volver a la situación anterior cuando esta función ha sido asumida por los otros miembros de la familia.

Los efectos de la insuficiencia renal crónica terminal y sus tratamientos no son idénticos al inicio de la enfermedad y durante el desarrollo de la misma. De hecho, no se habla del impacto de la enfermedad hasta que el paciente comienza la diálisis o hasta que se le prepara para ello. Aunque se constata la existencia de un impacto psicológico desde que el paciente recibe el diagnóstico de enfermedad crónica.¹⁰

Para continuar analizando la investigación, pasaremos a definir estilo de vida, es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive en relación con sus objetivos.¹¹

El estilo de vida, hábito de vida o forma de vida es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son nocivas para la salud.¹²

El estilo de vida que adoptamos tiene repercusión en la salud tanto física como psíquica.

Los estilos de vida saludables son aquellas formas en la que uno lleva su vida, es decir, nuestros comportamientos y actitudes que realizamos cotidianamente las personas para cuidar nuestro cuerpo física y mentalmente, mayormente para tener un estilo de vida saludable hay que tener lo siguiente aspectos: mantenerte activamente, tener una buena alimentación, evitar el consumo de tabaco y alcohol, realizar actividades deportivas y recreativas, realizar actividades de destreza, evitar las sustancias toxicas, mantener al cuerpo descansado, tener buena higiene, mantener una vida social activa, tener un alto autoestima¹³

Para comprender mejor como afecta el impacto en el adulto joven debemos conocer que esta etapa comienza alrededor de los 20 años y concluye cerca de los 40, cuya característica principal, es que el individuo debe comenzar a asumir roles sociales y familiares, es decir, hacerse responsable de su vida y de la de quienes le acompañan en la conformación de una familia.

Hay consolidación de la identidad y comienzo de la realización del proyecto de vida. La crisis experiencial o de realismo es la que se da entre la adultez joven y la adultez media, la cual una vez superada da paso a la adultez media.¹⁴.

En el desarrollo sistémico los adultos jóvenes tienen una notable capacidad compensatoria, a pesar de que en esta etapa las características físicas alcanzan su plenitud, se debe considerar que alrededor de los 30 años empiezan a declinar algunas capacidades.

El desarrollo del pensamiento alcanza un paso más, el adulto pasa del pensamiento formal según Piaget, al pensamiento post formal que tiene la particularidad de que la persona es más flexible frente a las diversas situaciones a las que enfrenta.

El desarrollo psicosocial el adulto joven enfrenta la intimidad versus el aislamiento en donde la gran tarea es: ser capaz de comprometerse con otro.

El desarrollo moral en el adulto se define como un sentido de justicia, se basa en experiencias, el adulto vive y aprende, a través de las emociones que le permite reevaluar lo correcto y lo justo. Estas experiencias hacen que pueda ver mejor, moral y socialmente el punto de vista de los demás.

En el desarrollo afectivo el adulto joven comienza a superar el egocentrismo de la etapa anterior y logra colocarse en el lugar del otro, compartir experiencias y comportarse de una manera altruista, que le permite establecer una relación de pareja responsable y asumir una posible paternidad.

Al encontrar su identidad permite la fusión con otro, ya sea laboral o afectivamente ya posee la capacidad de adaptarse y de afiliarse.

Alrededor de los 30 años hay un cuestionamiento de la vida pasada, de la elección de pareja, de la carrera, se hacen nuevas elecciones y profundizan o se cambian compromisos. El adulto siente la necesidad urgente de dar un carácter real y comprometido a su vida con el objeto de lograr la estabilidad, por lo tanto, reconstruye y reorganiza. Luego de esta transición se establece con la familia, el hogar y logra un sentido de pertenencia y llega a ser un miembro valorado por la sociedad.

En el ámbito laboral, el adulto joven se enfrenta con la tarea de establecer una identidad laboral adulta. La transición desde el aprendizaje y el juego al campo laboral puede ser gradual o abrupta, pero en algún momento del segundo decenio de la vida, el trabajo se convierte en una actividad central para la estabilidad y progresión intrapsíquica. Sentirse productivo y competente es parte importante del auto-concepto y de la identidad psicosocial.

El desarrollo Intelectual en el Adulto Joven es una forma de pensamiento adulto es el que algunos teóricos han denominado pensamiento dialéctico, en el cual, cada idea o tesis implica su idea opuesta o antítesis. El pensador dialéctico posee conocimientos y valores, y se compromete con ellos, pero reconoce que éstos cambiarán, ya que la premisa unificadora del pensamiento dialéctico es que la única verdad universal es el cambio mismo. ¹⁵

En la presente investigación el marco referencial es: El modelo de Sor Callista Roy es una meta teoría ya que utilizo otras teorías para realizarlo. Las bases teóricas que utilizó fueron: La teoría general de sistemas de A. Rapoport, que consideraba a la persona como un sistema adaptativo, y la teoría de adaptación de Harry Helson, en esta teoría, él dice que las respuestas de adaptación tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse. El modelo de adaptación de Roy es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales:

Paciente: lo define como la persona que recibe los cuidados.

Meta: que el paciente se adapte al cambio.

Salud: proceso de llegar a ser una persona integrada y total.

Entorno: Condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona.

Dirección de las actividades: la facilitación a la adaptación.

Para tratar estos cinco elementos se utiliza los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los módulos de adaptación, que dependen de tres clases de estímulo:

Focales: son los que afectan en forma inmediata y directa a la persona en un momento determinado.

Contextuales: son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal.

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.

También considera que las personas tienen 4 modos o métodos de adaptación:

Las necesidades fisiológicas básicas: Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.

La autoimagen: El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.

El dominio de un rol o papel: Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado. Interdependencia:

La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno¹⁶.

Para Roy, el paciente es un sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida:

Entrada: Son los estímulos que puedan llegar desde el entorno o desde el interior de la persona. Se clasifican en focales (afectan a la persona inmediatamente), contextuales (todos los demás estímulos que están presentes) y residuales (inespecíficos, tales como ciencias culturales o actitudes ante la enfermedad).

Procesamiento: Hace uso de los procesos (mecanismos de control que una persona utiliza como sistema de adaptación) y los efectores (hacen referencia a la función fisiológica, el auto concepto y la función de rol incluidos en la adaptación).

Salida: Se refiere a las conductas de las personas, y se dividen en respuestas adaptativas (aquellas que promueven la integridad de la persona; logran las metas de la supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio), y en respuestas ineficaces (aquellas que no fomentan el logro de las metas). Las respuestas proporcionan, la retroacción del sistema.

De este modo, el nivel de adaptación es un punto en continua modificación, constituido por estímulos focales, contextuales y residuales que representan la entrada al sistema propio de cada persona con respecto a las respuestas adaptativas del sistema (que son las salidas).

“El modelo de adaptación proporciona una manera de pensar acerca de las personas y su entorno que es útil en cualquier ámbito. Ayuda a una prioridad, a la atención y los retos de la enfermería para mover al paciente de sobrevivir a la transformación. "Sor Callista Roy.¹⁷

Para analizar mejor este tema definiremos a la insuficiencia renal crónica que es la presencia de daño renal con una duración igual o mayor a tres meses La IRC es un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente lleva a un estado terminal, en el que el paciente requiere terapia de reemplazo renal, es decir diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante para poder vivir.

Las causas de insuficiencia renal crónica, se pueden agrupar en enfermedades vasculares, enfermedades glomerulares, túbulo intersticiales y uropatías obstructivas.

Actualmente en nuestro país la etiología más frecuente es la diabetes mellitus, siendo responsable del 50% de los casos de enfermedad renal (USRDS), seguida por la hipertensión arterial y las glomerulonefritis. La enfermedad renal poliquística es la principal enfermedad congénita que causa insuficiencia renal crónica.¹⁸

El síndrome urémico es la manifestación del deterioro funcional de múltiples sistemas orgánico secundario a la disfunción renal. Su fisiopatología se debe a la acumulación de productos del metabolismo de proteínas y alteraciones que se presentan por la pérdida de la función renal.¹⁸

Un riñón normal filtra una gran cantidad de sodio, el cual es reabsorbido en su mayoría, excretándose en orina menos del 1% de la fracción filtrada. Conforme disminuye la función renal, se presentan alteraciones del balance hidroelectrolítico que se traducen en retención de sal, disminución de la capacidad de concentrar la orina y posteriormente se ve afectada la capacidad de excretar agua en orina, disminuyendo el volumen urinario diario y reteniéndose agua, lo que lleva a edema manifestado por aumento de peso e incluso insuficiencia cardíaca y edema pulmonar.

La hipertensión arterial causa más daño renal, cayendo en un círculo vicioso que perpetúa el deterioro de la función renal. Un alto porcentaje de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal desarrollan hipertrofia del ventrículo izquierdo y cardiomiopatía dilatada.¹⁸

La disminución en la síntesis de eritropoyetina ocasiona anemia, que conlleva un aumento del gasto cardiaco, hipertrofia y dilatación de las cavidades cardiacas, angina, insuficiencia cardiaca, disminución de la concentración y agilidad mental, alteración del ciclo menstrual y del estado inmunológico.¹⁸

La uremia produce disfunción plaquetaria manifestada como diátesis hemorrágica. Los pacientes de IRC también presentan acidosis, hiperglucemia, malnutrición. Otra de las complicaciones de la uremia es una leve intolerancia a carbohidratos.

En las mujeres con es común la amenorrea y la incapacidad de llevar un embarazo a término, se presentan síntomas como anorexia, hipo, náusea, vómito y pérdida de peso que son los síntomas más tempranos de la uremia. Los pacientes presentan aliento urémico debido al desdoblamiento del amonio en la saliva, que se asocia a sabor metálico.¹⁸

Los pacientes cursan con síntomas tempranos de disfunción del sistema nervioso central causados por la uremia como dificultad para concentrarse, somnolencia e insomnio.

Posteriormente se presentan cambios de comportamiento, pérdida de la memoria y errores de juicio, que pueden asociarse con irritabilidad neuromuscular como hipo, calambres y fasciculaciones. En el estado urémico terminal es común observar asterixis, clonus y corea, así como estupor, convulsiones y finalmente coma. La neuropatía periférica ocurre con frecuencia afectando más los nervios sensitivos de las extremidades

inferiores en las porciones distales. Una de las manifestaciones más comunes es el síndrome de piernas inquietas. Si la diálisis no se instituye en cuanto aparecen las alteraciones sensitivas, progresa a anomalías motoras con pérdida de los reflejos osteomusculares, debilidad, parálisis del nervio perineo, que se aprecia como pie caído y finalmente cuadriplejia flácida.¹⁸

Algunas etiologías de la insuficiencia renal crónica, en particular la nefropatía diabética, alteran severamente los mecanismos de secreción de potasio en la nefrona, permitiendo el desarrollo de hiperkalemia. Se debe mantener un balance adecuado de potasio ya que su efecto en la función cardíaca puede ocasionar arritmias y resultar en un paro cardíaco.¹⁸

Los riñones juegan un papel fundamental en la regulación del equilibrio ácido base en el organismo. En las etapas avanzadas de la enfermedad renal es común la acidosis debido a que disminuye la capacidad de excretar hidrogeniones en forma de amonio, causando un balance positivo de ácido en el organismo. En un inicio los pacientes presentan acidosis de brecha aniónica normal, sin embargo, conforme progresa la enfermedad renal aumenta la brecha aniónica con una disminución recíproca del bicarbonato en sangre. En la mayoría de los pacientes se observa una acidosis leve, por lo general con pH superior a 7.3, sin embargo, pueden presentarse manifestaciones severas de un desequilibrio ácido base cuando el paciente se expone a un exceso de ácido o pérdidas alcalinas, como ocurre en la diarrea. Los riñones y el hueso son importantes reguladores del metabolismo del calcio y del fósforo. Al deteriorarse la función renal, disminuye la síntesis de vitamina D, baja el nivel de calcio y aumenta el de fosfato.¹⁸

La hiperfosfatemia se presenta en estadios avanzados de la insuficiencia renal siendo está una de las principales causas de hiperparatiroidismo. El exceso de fosfato disminuye la síntesis de vitamina D activa y esto a su vez resulta en una caída del nivel sérico de calcio, que es el estímulo principal para la secreción de paratohormona (PTH).¹⁸

En aproximadamente 35% - 90% de los pacientes con insuficiencia renal crónica existe evidencia de alteraciones óseas a nivel radiológico e histológico, respectivamente, a pesar de que menos del 10% presentan síntomas clínicos de enfermedad ósea antes de requerir diálisis. En los pacientes con enfermedad renal crónica se observan principalmente dos tipos de trastornos óseos, que se reflejan como fragilidad ósea: la osteítis fibrosa quística y la osteomalacia que progresa a enfermedad ósea adinámica.¹⁸

Las manifestaciones dermatológicas de la uremia incluyen palidez, equimosis y hematomas, mucosas deshidratadas, prurito y excoriaciones. Comúnmente se observa una coloración amarillenta resultado de la anemia y la retención de pigmentos metabólicos. Algunos pacientes presentan una coloración grisácea a broncea debido a la acumulación de hierro secundaria a repetidas transfusiones, aunque se ve menos con la administración de eritropoyetina. En estados avanzados, la cantidad de urea presente en el sudor es tan alta que se precipita en forma de un fino polvo blanquecino conocido como escarcha urémica.¹⁸

La proteinuria es un marcador de la progresión de la enfermedad renal. Un individuo sano normalmente excreta una cantidad de proteínas mínima en orina < 150 mg al día. La pérdida de proteínas en orina es detectable mediante las tiras reactivas cuando

es mayor o igual a 300mg/L o 300 mg de albúmina/g creatinina, lo que se conoce como micro albuminuria, la cual ya no es detectable en tiras reactivas. Tanto la micro como macro albuminuria son marcadores de riesgo de progresión de la enfermedad renal, especialmente en diabéticos, e indican un mayor riesgo de muerte cardiovascular.¹⁸

Para el tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal, existe una terapia de sustitución renal, que son: el trasplante renal, la hemodiálisis y la diálisis peritoneal con sus diferentes modalidades. El objetivo de la terapia dialítica es la extracción de moléculas de bajo y alto peso molecular y exceso de líquido de la sangre que normalmente se eliminarían por vía renal y la regulación del medio intra y extracelular.

Solo hablaremos de la hemodiálisis por ser un tema que nos interesa dentro de la investigación

La Hemodiálisis consiste en utilizar un circuito extracorpóreo para eliminar sustancias tóxicas y exceso de líquido. Los tres componentes principales de la diálisis son: el dializador, el sistema de transporte y la composición del líquido de diálisis. La sangre se pone en contacto con el líquido de diálisis a través de una membrana semipermeable. El movimiento de sustancias y agua ocurre por procesos de difusión, convección y ultrafiltración.

La difusión es el principal mecanismo por el cual se eliminan moléculas y depende de la diferencia entre la concentración plasmática y del líquido de diálisis, el área de superficie de la membrana semipermeable y el coeficiente de difusión de la membrana.

El tamaño y la carga de la molécula influyen directamente en su paso por la membrana semipermeable. Mientras menor sea el peso molecular de una sustancia, su gradiente de difusión por la membrana aumenta. La convección permite la eliminación de solutos siguiendo el flujo del líquido. La ultrafiltración se refiere a la eliminación de agua libre debido a la aplicación de una presión hidrostática negativa, que puede ser manipulada dependiendo del exceso de volumen que se desea eliminar.¹⁹

La hemodiálisis requiere establecer de manera temprana un acceso vascular que permita la entrada y salida de sangre. Existen diferentes tipos de acceso: la fístula arteriovenosa (FAV), el injerto y el catéter central. La FAV es una anastomosis que se realiza entre una arteria y una vena. Las más utilizadas son las fístulas radio cefálica, braquiocefálica y braquiobasílica.¹⁹

Cuando no es posible realizar una FAV se utiliza un injerto para establecer una conexión entre una arteria y una vena. Los injertos tienen la ventaja de poder ser utilizados semanas después de su colocación y son relativamente fáciles de canular.

Cuando se requiere de hemodiálisis con urgencia, cuando ocurrió fracaso del primer acceso o cuando hubo remisión tardía del paciente al nefrólogo se utiliza el catéter venoso central, que no es el más adecuado por su alto índice de complicaciones, siendo la bacteriemia la más importante.

En la insuficiencia renal crónica terminal la hemodiálisis debe ser iniciada el momento en el que todavía hay función renal residual suficiente como para que no haya

una uremia manifiesta. Actualmente las técnicas de hemodiálisis siguiendo un régimen de 3-4 horas 3 veces por semana, solamente alcanzan una depuración equivalente a 20 ml/min en un individuo de 70 kg. La prescripción de la modalidad de hemodiálisis debe realizarse en función de las características del paciente. Gotch y Sargent (Gotch FA, 1985).¹⁹

La hipotensión es la complicación más frecuente de hemodiálisis, presentándose en un 20 a 50% de las sesiones de diálisis. La hipotensión intradialítica se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad. Los calambres musculares son la segunda complicación más frecuente, ocurre en 20% de las sesiones y se asocia a tasas altas de ultrafiltración.

A la constelación de síntomas sistémicos y neurológicos se les refiere como síndrome de desequilibrio dialítico. Este síndrome incluye síntomas no específicos como náusea, vómito, cefalea, fatiga, inquietud e incluso convulsiones, coma y arritmias. El riesgo de muerte durante una sesión de hemodiálisis es de 1 en 75,000.¹⁹

1.3 MARCO CONTEXTUAL.

La presente investigación denominada "Impacto en el Estilo De Vida Del Paciente Adulto Joven Con Insuficiencia Renal Crónica, en Tratamiento de Hemodiálisis en la Clínica El Redentor – Piura- 2016" fue desarrollada en la clínica El Redentor Piura, ubicada en la avenida Sullana Sur N°150 Urbanización : Club Grau Piura, creada en el año 2015, cuya principal función es la atención ambulatoria a pacientes renales en tratamiento de hemodiálisis, tiene un número de 90 pacientes asegurados (ESSALUD)de

los cuales 32 eran adultos jóvenes, en algunas ocasiones se atiende a pacientes particulares.

Consta de un primer piso donde se encuentra la recepción, la sala de espera, consultorio de nefrología, una sala amplia de hemodiálisis con 17 máquinas de marca diamax, almacén, la zona de lavado y de salida de material contaminado.

En el segundo piso el consultorio de enfermería, sicología, gerencia, los vestidores y comedor.

La clínica cuenta con personal altamente especializado en el área de nefrología, contando con 12 enfermeras(os) especialistas en nefrología, 8 técnicos de enfermería y 8 médicos de los cuales 4 son nefrólogos y 4 médicos internistas.

El servicio de hemodiálisis se da en 3 turnos iniciando a las 6 de la mañana y finalizando el tercer turno a las 8 de la noche, cada turno tiene una duración de 3 a 4 horas.

Los pacientes que acuden son 90 en total, De los cuales 50 son hombres y 40 son mujeres.

La relación con sus pacientes es de un clima cordial, afectuoso, amistoso y de mutua confianza, para que se sientan cómodos desde el inicio del tratamiento hasta el final de este.

CAPITULO II:
METODOS Y MATERIALES

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación cualitativa, está orientada al estudio sistemático y metódico, el mismo que nos permite observar y comprender eventos ordinarios y actividades cotidianas tal y como sucede en sus ambientes naturales, que además podrán ser interpretados, conociéndose de una manera más profunda y compleja. Suele relacionarse con los seres humanos y su entorno.²⁰

En la presente investigación, se utilizó el enfoque de tipo cualitativo, ya que el objeto de estudio considera la parte subjetiva del ser humano, la cual es un proceso de descubrimiento, un tipo de investigación formativa que ofrece técnicas especializadas para obtener respuesta a fondo acerca del impacto de la enfermedad renal crónica en el estilo de vida del paciente con tratamiento de hemodiálisis de la clínica de hemodiálisis El Redentor-Piura -2016

2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

En la presente investigación se utilizó el abordaje de estudio de caso, en el cual se recogieron datos narrativos de carácter subjetivo de manera sistemática.

Investiga a profundidad lo que se realiza a un grupo, una institución u otra unidad social individual, donde se trata de analizar y comprender los aspectos importantes para la historia, desarrollo y atención de los problemas La ventaja principal, es la profundidad a la que se puede llegar cuando se investiga un número reducido de individuos, instituciones y el entorno del sujeto.²⁰

Para que el estudio de caso, sea simple y específico debe ser siempre bien delimitado, con contornos claramente definidos en el desarrollo del estudio. Puede ser similar a otros, y al mismo tiempo distinto, teniendo un interés propio y singular.²⁰

El desarrollo del estudio de caso se da en tres fases, las que se sobreponen en diferentes momentos:

La Fase Exploratoria:

El estudio de caso comienza con un plan muy incipiente, que se va delineando más claramente a medida en que se desarrolla el estudio, existiendo algunas preguntas o puntos críticos, los cuales van siendo explicados, reformulados o eliminados en la medida en que se muestren más o menos relevantes en la situación estudiada. Estas preguntas o puntos críticos iniciales pueden tener su origen en la revisión de la literatura pertinente, pueden ser producto de observaciones y declaraciones hechas por especialistas sobre el problema, pueden surgir de un contacto inicial con la documentación existente y con las personas ligadas al fenómeno estudiado o pueden ser derivadas de especulaciones basadas en la experiencia personal de los investigadores.²¹

En este estudio la fase exploratoria se inició desde la identificación de la problemática la que surgió durante nuestra labor en el centro de hemodiálisis EL REDENTOR se pidió permiso para poder recolectar información al paciente y personal sobre el porqué de nuestra presencia, y se pidió su colaboración, también se utilizó en todo momento la literatura pertinente para aclarar dudas que surjan en el desarrollo de esta investigación.

Delimitación de Estudio:

En la presente investigación se utilizó la entrevista semiestructurada a profundidad, la cual se dio en el lapso de dos semanas, las cuales estuvieron dirigidas a los pacientes adultos jóvenes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, teniendo que regresar a repreguntar si se tuvo alguna duda.

El análisis sistemático y la elaboración del informe

Aquí surge la necesidad de unir la información, analizarla y tornarla disponible a los informantes para que manifiesten sus reacciones sobre la relevancia e importancia de lo que se ha relatado. Los borradores de los relatos pueden ser presentados a los interesados por escritos o constituirse en presentaciones visuales y auditivas, etc.²¹

Una vez que se recolectó la información, se procedió a realizar la transcripción fidedigna de las entrevistas, a partir de esto se estableció la categorización y el análisis temático de los resultados los cuales se confrontó con la literatura.

Por último, se redactó el informe final utilizando un lenguaje sencillo y claro para que el lector evidencie la relación entre las categorías encontradas y los datos recolectados.

2.3 POBLACION Y MUESTRA

La población estuvo constituida por 32 pacientes adultos jóvenes con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis de la clínica de Hemodiálisis El Redentor Piura.

Criterios de Inclusión:

Pacientes de 20-40 años que asisten a sesión de hemodiálisis 3 veces por semana.

Antigüedad en tratamiento de hemodiálisis de mayor de 1 año.

Pacientes que hayan estado desempeñando alguna función ya sea trabajando o estudiando

La muestra fue obtenida por saturación con 11 pacientes que se refiere al momento en que los discursos de los pacientes se vuelven repetitivos y ya no aportan a la investigación.

2.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS:

Para llevar a cabo la presente investigación en primer lugar se pidió la autorización a la Gerencia de la clínica de hemodiálisis El Redentor.

Posteriormente se nos brindó la autorización por parte de la gerencia de dicha institución, se hizo firmar el consentimiento informado a los pacientes previa información sobre la investigación a realizar y acepten su participación de manera voluntaria.

En la presente investigación se recolectó los datos a través de una entrevista semiestructurada.

La entrevista favorece la comunicación interpersonal establecida entre las investigadoras y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto. Se estima que este método permite

obtener una información más completa; a través de ella las investigadoras puedan explicar el propósito del estudio y especificar claramente la información que necesita.²²

La entrevista fue elaborada previamente, permitiendo en todo momento que los pacientes se expresen libremente; las cuales fueron realizadas en las instalaciones de la clínica de hemodiálisis en horas de tratamiento. ²²

2.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

En el proceso cualitativo la recolección y el análisis de los datos ocurren prácticamente en paralelo; además el análisis no es estandarizado como en la investigación de tipo cuantitativa, ya que cada estudio requiere de un esquema o “coreografía” propia del análisis. También menciona que después de analizar múltiples casos ya no encontramos información novedosa “saturación”, el análisis concluye. En cambio, si se encuentran inconsistencias o falta de claridad en el entendimiento del problema planteado, se regresa al campo o contexto para recolectar más datos.²³

En la presente investigación en un primer momento se llevó a cabo la transcripción de las entrevistas realizadas con el contenido exacto de las manifestaciones. Posteriormente se agrupó y estableció las unidades de significado y subcategorías, previa codificación cada una de ellas, finalmente se realizó el análisis temático y se difundió los resultados a través del informe.

2.6. RIGOR CIENTÍFICO

El rigor es un concepto transversal en el desarrollo de un proyecto de investigación y permite valorar la aplicación escrupulosa y científica de los métodos de

investigación, y de las técnicas de análisis para la obtención y el procesamiento de los datos.²⁴

En el rigor científico de la presente investigación se tuvo en cuenta los siguientes principios:

Credibilidad, que se logra cuando los investigadores, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolectan información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten.²⁵

En la presente investigación se hizo uso de este rigor al momento de transcribir fielmente las entrevistas, sin alterarlas ni emitir juicios de valor por parte de las investigadoras y confrontándolas con los pacientes en estudio para que se apruebe o desaprobe.

La confirmabilidad, viene a ser la neutralidad de la interpretación o análisis de la información, que se logra cuando otro(s) investigador(es) puede seguir «la pista» al investigador original y llegar a hallazgos similares.

En la presente investigación se siguió rigurosamente cada fase la metodología de investigación, respetando cada una de las fases del estudio de caso.

Transferibilidad, consiste en la posibilidad de transferir los resultados a otros contextos o grupos. Se refiere principalmente a la posibilidad de generalizar resultados a la población de la cual se ha estudiado una parte.²⁵

En esta investigación se transfirió y se aplicó, ya que se encontrarán aspectos en la persona que son reales y que coinciden con la teoría

Formalidad, es la estabilidad de los datos en el tiempo y en distintas condiciones, implicándose la revisión de los datos y documentos por personas externas que puedan brindar aportes que constituyan un apoyo al desarrollo de la investigación.²⁶

En el presente trabajo se mantendrán los datos tal cual, no fueron adulteradas la información y también estará a disposición de las personas que puedan proporcionar aportes para enriquecer la investigación

2.7. PRINCIPIOS ÉTICOS

Dentro de los aspectos éticos las investigadoras consideran los principios de beneficencia, autonomía, justicia, fidelidad, veracidad y confidencialidad son aceptadas como los seis principios fundamentales para la realización ética de investigaciones con seres humanos.

Principio de Beneficencia: Benevolencia o no maleficencia, por este principio ético se debe hacer el bien y evitar el daño o lo malo en contra del sujeto o para la sociedad. Actuar con benevolencia significa ayudar a los otros a obtener lo que es benéfico para ellos, o que promueva su bienestar, reduciendo los riesgos maléficicos, que les puedan causar daños físicos o psicológicos.

En el presente trabajo de investigación, las investigadoras no expusieron en ningún momento a los participantes a cualquier tipo de daño, por lo que los resultados obtenidos en la investigación, fueron utilizados de manera estricta para fines de esta.

Garantía de la no explotación: “Los participantes necesitan la seguridad de que su participación e información no será usada contra ellos”

Beneficio de la investigación: “Los investigadores se esforzarán totalmente para llevar tales beneficios al máximo y obtener una información confiable”.

Principio de Autonomía: Resguarda la libertad individual que cada persona tiene para determinar sus propias acciones realizadas, de acuerdo con su libre elección. El respetar a las personas como individuos autónomos significa reconocer sus decisiones, tomadas de acuerdo a sus valores y convicciones personales que ellos tienen.²⁷

Derecho a la autodeterminación: “Las posibles participantes tuvieron derecho a decidir voluntariamente si participan o no, dar por terminada su participación en cualquier momento sin temor a sufrir coerción o algún tipo de represalia”.

En la presente investigación los pacientes decidieron su participación en la investigación

Principio de Justicia: Por el principio de justicia se predica el ser equitativo o justo, o sea, igualdad de trato entre los iguales y trato diferenciado entre los desiguales, de acuerdo con la necesidad individual de cada persona. Esto significa que las personas que tienen necesidades de salud iguales deben recibir igual cantidad y calidad de servicios y recursos. Y las personas, con necesidades mayores que otras, deben recibir más servicios que otros de acuerdo con la correspondiente necesidad. El principio de justicia está relacionado íntimamente a los principios de fidelidad y veracidad.²⁷

Derecho a un trato justo: “Los pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis, fueron tratados de una manera justa y equitativamente antes, durante y después de su participación, empezando por una selección sin discriminación alguna y el cumplimiento de todo lo establecido por las investigadoras y los participantes”

Derecho a la privacidad: “Los investigadores debieron asegurarles que la información obtenida será estrictamente confidencial”. Para tal fin las investigadoras aplicaron un consentimiento informado, donde se planteó a los pacientes en estudio que la información que nos brindaron no serán revelados con otros fines, ni se revelara su identidad.²⁷

Principio de Fidelidad: Principio de establecer confianza entre el profesional y el paciente. Se trata, de hecho, de una obligación o compromiso de ser fiel en la relación que se da con el paciente, en que el enfermero debe cumplir promesas y mantener la confiabilidad.

Derecho al Secreto Profesional: La confianza es el cimiento para la confidencia espontánea, y los hechos revelados en confidencia hacen parte del secreto profesional del enfermero. En la presente investigación se trató en lo posible que las investigadoras y los pacientes logren una reciprocidad de confianza, de tal manera que se desarrolle la investigación en un clima de armonía con la firme promesa de que la información obtenida de las participantes de la investigación no será revelada por motivo alguno.²⁷

Principio de Veracidad: Principio ético por el cual siempre se debe decir la verdad, no mentir ni engañar a las personas. En muchas culturas la veracidad es considerada como base para el establecimiento y sustento de la confianza que existe entre las personas.

Derecho a ser informado verazmente: El hecho de no informar con la verdad a los participantes de la presente investigación podría dificultar el consentimiento de los pacientes para realizar la investigación.²⁷

Por ello, para el desarrollo de éste trabajo, los pacientes fueron informados con la verdad desde un primer momento sobre la finalidad y la metodología de la investigación a realizarse.

Principio de Confidencialidad: Este principio hace referencia a proteger la información de carácter personal obtenida durante el ejercicio de su función como enfermero y mantener el carácter de secreto profesional de esta información, no comunicando a nadie las confidencias personales hechas por los pacientes. En caso que el paciente revele, confidencialmente, una información que sea de interés de algún miembro del equipo, se debe solicitar autorización al paciente para revelarla o solicitar para que él lo haga personalmente.²⁷

En el presente trabajo de investigación, la información enunciada por los pacientes participantes en la investigación no se hizo pública con otro fin, se aseguró en todo momento el anonimato de los participantes.

CAPITULO III:
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se considera paciente renal crónico, cuando éste presenta deterioro progresivo e irreversible de la función renal, en la mayoría de los casos, la función renal se deteriora lentamente a lo largo de varios años y presenta inicialmente pocos síntomas evidentes, a pesar de estar relacionada con anemia y altos niveles de toxinas en sangre. Cuando el paciente se siente mal, generalmente la enfermedad está muy avanzada y la diálisis es necesaria.²⁸

El diagnóstico de una enfermedad crónica, significa que será para toda la vida, por lo que les obliga a modificar su proyecto de vida y a adaptarse a los cambios y pérdidas que se van a producir derivados de la enfermedad.²⁹

Los adultos jóvenes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis no solo presentan cambios fisiológicos, sino también cambios psicológicos y sociológicos, que van a alterar su rutina de vida personal, familiar y social, y que en muchos de ellos truncan sus proyectos a realizar, esta investigación nos ha permitido conocer e interpretar cada situación que se presentó en cada paciente después de conocer el diagnóstico de su enfermedad.²⁹

Presentamos a continuación el análisis de los resultados, que derivan de las entrevistas realizadas a los adultos jóvenes en tratamiento, las que nos permitieron conocer como es el impacto en el estilo de vida en los adultos jóvenes en tratamiento de hemodiálisis los cuales dividimos en:

I.- IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN EL DOMONIO DEL ROL

1.1 Mi enfermedad alteró mi rutina diaria.

1.2 Pérdida de energía y vitalidad..... resultado de la diálisis.

1.3 Desmedro del rol físico.

II.-IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN LO SOCIAL.

2.1 Restricción de las actividades Lúdicas y de Ocio.

2.2 Aislamiento Social por cumplimiento a Dieta Estricta.

III.-EVIDENCIANDO EL DETERIORO EMOCIONAL.

3.1 Niegan la enfermedad que padecen.

3.2 Sienten Ira.

3.3 Manifiestan depresión.

IV.-ADAPTANDOME A MI TRATAMIENTO.

4.1 Aceptando mi tratamiento.

4.2 Concientizándome de la necesidad de mi tratamiento.

4.3 Mi vida depende de una máquina.

V.-RECIBIENDO APOYO DE MI ENTORNOY RED SOCIAL.

5.1 Mi principal apoyo.... mi familia.

V.I- DILEMAS EMERGENTES.

6.1 Mi esperanza es el trasplante.

6.2 Mi futuro Incierto.

I.-IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN DOMINIO DE ROL

Un rol es la unidad de funcionamiento en el grupo y se define como el conjunto de funciones que una persona, ocupa, realiza o desempeña pero este papel cambia cuando a una persona le diagnostican insuficiencia renal crónica que es un proceso a largo plazo que amenaza el bienestar de la persona y su capacidad para realizar actividades de manera episódica, continua y progresiva durante muchos años de su vida, porque no solo es una de las principales causas de muerte, sino que también representa deterioro físico, psicológico, social y funcional.³⁰

Los pacientes en tratamiento de hemodiálisis presentan una disminución de la capacidad funcional.³¹

Aunque no se conoce si está asociada a la disminución de la tasa de filtrado glomerular o a otros factores asociados con la insuficiencia renal crónica, los pacientes en hemodiálisis tienen un nivel de actividad física significativamente inferior al que presentan sus homólogos sanos.³² Se desconoce a qué ritmo disminuyen la capacidad funcional y el nivel de actividad física de los sujetos en hemodiálisis, por lo que impacta negativamente en su dominio de rol Las alteraciones a nivel muscular son comunes en los pacientes con la insuficiencia renal crónica terminal, entre las que se encuentran los cambios degenerativos y las alteraciones metabólicas.³³

Estas alteraciones actúan como factores limitantes de la capacidad funcional.³⁴

1.1 Mi enfermedad renal altera mi rutina diaria.

La persona con insuficiencia renal crónica terminal, sometido a hemodiálisis, se enfrenta a una serie de cambios en su estilo de vida que exige una nueva adaptación. Su mundo cambia de repente y todo lo que le espera que suceda con él viene con la manifestación de la enfermedad. La insatisfacción de la persona, porque hay necesidad de cambios en su vida diaria.³⁵

El trabajo estable, que se convierte en los adultos jóvenes el fundamento para lograr algunos objetivos que son parte de su proyecto de vida, la mayoría de ellos los pierde, porque tiene que asistir a sus sesiones de hemodiálisis y porque en algunos de ellos los empleadores ven disminuidas sus horas de trabajo, como se evidencia en los discursos.

“...antes de que me dializara, era chofer de largas rutas...Tuve que dejar mi trabajo, porque me enferme, y como me dializo tres veces por semana es imposible seguir en este trabajo...porque viajaba dos o tres días seguidos y así no puedo seguir con mi tratamiento...” (D5) 35 años M

“... perdí mi trabajo...cuando me enfermé, me dieron permiso los primeros días, pero luego me dejaron de contratar, porque estuve 3 meses sin poder trabajar, hasta adaptarme a mis sesiones, ahora todo es diferente...” (D3) 34 años M

“...tuve que iniciar mi negocio independiente, antes tenía un trabajo fijo, pero al enfermarme e iniciar mis sesiones de hemodiálisis todo cambio, pedía mucho permiso... y prescindieron de mis servicios, ahora que trabajo independiente, lo hago cuando puedo que voy hacer...” (D8) 32 años M

“...soy profesor de primaria asisto por las mañanas al colegio, por las tardes realizaba otras actividades, que ahora no puedo hacer porque me dializo en este horario tres veces por semana... (D10) 28 años M

En estos discursos los pacientes adultos jóvenes narran, que han perdido su trabajo han alterado su rutina diaria en cuanto al desempeño laboral, lo que va ocasionar que ellos se sientan más afectados por su enfermedad y tratamiento, que les impide no solo desenvolverse efectivamente esta actividad; sino en otras como en los estudios, porque los adultos jóvenes, no solo trabajan, sino que siguen estudios, porque ellos así se habían proyectado y no contaban con que se iba alterar su vida por la aparición de una enfermedad crónica, que los iba a mantener dependientes de un tratamiento, que les iba impedir, cumplir con su rol diario como estudiantes, como se puede evidenciar en los siguientes discursos³⁶

“...curso el sexto ciclo de psicología, pero para asistir a mis sesiones de hemodiálisis..., debo pedir permiso al profesor, porque a veces tengo exámenes, exposiciones, en realidad es incómodo hacer esto, asistir a mi tratamiento ha cambiado mi rutina... (D6) 20 años F

“...estudio contabilidad en el instituto, antes trabajaba por las mañanas y estudiaba por las tardes, desde que me enfermé..., Me dializo por las tardes, por lo que pido permiso a los profesores, para mí es incómodo perder clase...esto de dializarme a cambiado los horarios que tenía... (D1) 21 años M

Los adultos jóvenes expresan la incomodidad que les causa el hecho de tener que pedir permiso en clase, cada vez que tienen que ir a su tratamiento, porque al igual que las sesiones de hemodiálisis, son importantes para que se conserven con buena salud, otros de sus intereses propios de su edad es culminar con los estudios que ellos realizan

para poder cumplir con sus metas trazadas ,así autorrealizarse y lograr su independización que es una de sus metas de los adultos jóvenes y porqué la educación sigue siendo una oportunidad para mejorar la calidad de vida de los adultos jóvenes, siempre que la educación superior se acompañe de otras mejoras sociales como el acceso al trabajo, a los sistemas de salud.³⁷

1.2 Pérdida de energía y vitalidad..... resultado de la diálisis

En los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en hemodiálisis, se muestra un impacto negativo en la calidad de vida especialmente en relación a los aspectos físicos y su consecuente interferencia en la vida cotidiana acarreada por la sobrecarga de la enfermedad renal y por la hemodiálisis. Las quejas más comunes de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en hemodiálisis son la pérdida de energía, deterioro muscular y esquelético, sentido de desaliento y fatiga, que no constituyen impedimento directo y absoluto para la realización de sus actividades diarias, pero trae importantes limitaciones, porque hay pérdida de energía y vitalidad.³⁸, como se evidencia en los siguientes discursos

” ...El día que me dializo, solo trabajo unas horas, porque me canso..., ya no es lo mismo, ya no tengo la misma energía que antes, me preocupa ya no darle las comodidades a mi familia..... ” (D9) 34 años M

“ Cuando me dializo, pierdo el día de trabajo, salgo cansado, en realidad esto ha cambiado mi rendimiento en el trabajo, no se tiene la misma energía de antes, pero sigo trabajando porque debo mantener a mi familia... ” (D8) 32 años M

“...Asisto a mi diálisis puntual, sé que debo de ir a mi tratamiento, pese a que luego me siento un poco cansada, ya no es lo mismo en el trabajo, porque me esfuerzo más, pero sigo adelante...” (D2) 29 años F

Como podemos observar en los discursos, los pacientes expresan, que en sus labores ya no tienen el mismo rendimiento físico, que antes de su enfermedad y tratamiento, y eso les conlleva a otras preocupaciones como la económica, porque son personas jóvenes que deben mantener una familia o apoyar al mantenimiento de esta.

Pero la pérdida de energía en los pacientes que se dializan, no solo se evidencia en los diferentes trabajos que realizan, sino que también se presenta para realizar algunas actividades de distracción y socialización como en los siguientes discursos

“...ya no puedo salir a jugar fútbol con mis amigos, porque me canso, es horrible a mis 21 años no poder hacer tantas cosas, soy joven y sentirme con poca fuerza para realizar deporte, me hace sentir horrible...” (D1) 21 años M

“...Desde que me enferme ya no salgo... hacer deporte con mis amigos, tampoco a bailar porque me canso..., por eso prefiero decirles que no, para que si al final ya no es lo mismo que antes...” (D6) 20 años F

Todos estos discursos dan a conocer el hecho de que para los adultos jóvenes, la limitación funcional puede generar un sentimiento de frustración e impotencia, además de estar relacionada con la carga de enfermedad en el contexto socioeconómico, haciendo que los individuos que poseen un tratamiento paliativo que limita la realización de algunas actividades que se consideran esenciales en este grupo de edad, es decir: la inserción y mantenimiento del mercado de trabajo, actividades sociales o recreativas, entre otros, se

vean alteradas por la asistencia a sus tratamiento y la pérdida de energía que les puede ocasionar la enfermedad.³⁹

1.3 Desmedro del rol físico.

La función física incluye la independencia, el autocuidado, la capacidad de participar en actividades de trabajo, la recreación y la percepción de los síntomas. Por otra parte, también se incluyen en este aspecto las limitaciones o dificultades en la realización de actividades de la vida diaria, ya sean básicas o instrumentales, que requieren mucho o poco esfuerzo, que no solo lo evidencia el paciente renal con tratamiento de hemodiálisis, sino que la sociedad misma los hace sentir que por su enfermedad ya no tendrán el mismo rendimiento físico que antes.⁴⁰

“...fui a buscar trabajo, y me respondieron que para que quiero trabajar si me dializo..., y que no voy a poder cumplir con lo que me exigen...” (D3) 34 años M.

“...conseguir trabajo es difícil, porque en las entrevistas cuando comento que me dializo, me responden que no porque no voy a poder hacer bien mi trabajo...” (D2) 29 años F.

“...busqué un trabajo, cerca de mi casa, en un volquete, pero el dueño ya no me quiere contratar...porque pido muchos permisos para dializarme..., además dice que ya no rindo lo mismo...” (D5) 32 años M.

“...perdí mi trabajo, por mi enfermedad y tratamiento, no puedo conseguir otro... cuando voy a buscar y digo que me dializo..., me dicen que no porque requeriría de muchos permisos, y que quizá ya no pueda hacerlo... (D7) 28 años M.

Los pacientes expresan de forma explícita que su salud física interfiere en su trabajo y demás actividades diarias, que su rendimiento es menor que el deseado, que se sienten limitados y que presentan dificultades para realizar ciertas actividades.

Nadie discute el hecho de que la apariencia exterior influye en las respuestas de los otros; cómo nos ven los demás determina en gran medida el tipo de relación que éstos suponen que tendrán con nosotros, ya que también por nuestro aspecto físico se forjan una idea de nuestro posible carácter y actitudes vitales. La imagen de si alguien va a ser valiente, tímido, fuerte ó débil comienza a configurarse en el momento de la percepción física del otro.

Los despidos de trabajadores que padecen enfermedades graves son más frecuentes de lo que parecen. La mayoría de las empresas, lejos de reasignar tareas a los empleados diagnosticados o de reducir su jornada, optan por la opción más conveniente: el despido, por lo general sin causa. Para las empresas, la salud de los empleados no deja de ser un problema de baja de producción, es decir, de rentabilidad, mientras los trabajadores se enfrentan a una inmensidad de problemas dado que, por sus afecciones, quedan prácticamente fuera del sistema laboral y tienen que hallar la forma de sostener a sus familias al tiempo que luchan con su enfermedad.⁴¹

II. EL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN LA DIMENSIÓN SOCIAL

La dimensión social en el paciente renal con tratamiento en hemodiálisis, se refiere al impacto que este proceso tiene en la vida y en el trabajo de las personas, así como en sus familias y sus sociedades. Incluye las preocupaciones y los problemas relacionados con el impacto de su enfermedad en el empleo, las condiciones de trabajo, los ingresos y la protección social. Más allá del mundo del trabajo, la dimensión social abarca las

cuestiones relativas a la seguridad, la cultura y la identidad, la inclusión o la exclusión social y la cohesión de las familias

Además de los cambios físicos o psicológicos propios de la enfermedad y el tratamiento, los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis experimentan otras fuentes de estrés que alteran sus relaciones sociales, que el individuo desarrolla en el trabajo, en la familia, en la comunidad, en las relaciones con amigos o conocidos, así como el apoyo y la participación social.

Los pacientes con enfermedad renal presentan problemas que se relacionan con la pérdida de las relaciones y lazos afectivos, empleo del tiempo y cambios a nivel laboral.⁴²

2.1 Restricción de las actividades Lúdicas y de Ocio.

El individuo con enfermedad renal percibe la hemodiálisis como una condición que le quita su libertad, crea cambio de hábitos y comportamiento, lo que, consecuentemente, provoca molestias a su vida y la distancia le impide la realización de actividades recreativas, que son más propias en los adultos jóvenes. Desde el momento en que cambia su vida para atender a su enfermedad crónica, está haciendo algo que le fue impuesto y que le trajo limitaciones físicas y sociales, sin embargo, se da cuenta de que no hay otra salida.

Estas actividades son importantes, ya que pueden hacer que el individuo olvide por un momento las dificultades y preocupaciones referentes a la enfermedad y al tratamiento además de proporcionar momentos de distracción y satisfacción, pero que no pueden realizar por su enfermedad que padecen.⁴³

Esto se puede evidenciar en los siguientes discursos:

“...mi enfermedad y tratamiento, no me permite distraerme como antes, no salgo a jugar..., a pasear..., a comer con mis amigos, porque debo cuidarme y debo restringirme muchas cosas...” (D1) 21 años M

“no salgo a pasear con mis amigas..., no voy a la playa porque tengo mi catéter y como me voy a poner ropa de baño..., tampoco salgo al cine ni a comer con mis amigas como antes, todo es diferente...” (D2) 20 años F

“...me gusta ir de paseo, como no tengo hijos me gustaba viajar mucho, conocer lugares de acuerdo a mis posibilidades, ahora por mi enfermedad y tratamiento no puedo hacerlo...” (D4) 28 años F

“...desde que me dializo, no puedo llevar de viaje a mi familia, antes de enfermarme..., siempre íbamos algún lugar, eran como unas cortas vacaciones..., ahora no puedo viajar porque tengo que dializarme...” (D7) 28 años M.

“...antes de dializarme, salía con mis amigas al cine, a pasear, iba a clases de guitarra, a bailar, ahora con mi tratamiento me es difícil organizarme y coordinar los horarios con ellas..., me dializo 3 veces por semana y eso me quita tiempo...” (D6) 20 años F

“...deje de salir con mis amigos, me encantaba viajar, ahora debo ir a lugares cercanos, no me puedo alejar mucho, no puedo salir a comer, me debo cuidar...debo dializarme...” (D10) 28 años M.

Como se puede evidenciar en los enunciados anteriores, los adultos jóvenes refieren, que la hemodiálisis se convierte en una forma de tratamiento que ata y limita sus

acciones ya que compromete su convivencia social, su libertad para viajar, pasear, la vida cotidiana de estas personas que necesitan de dicho tratamiento es controlada por medio de procedimientos, rutinas y pautas de los profesionales de la salud, exigiendo comportamientos que alteran el estilo de vida.⁴⁴

2.2 Aislamiento social por cumplimiento de dieta estricta.

Los pacientes renales relatan ,que su vida social ha sido alterada por la restricción de líquidos y la dieta estricta que deben seguir, porque conocen que si no continúan con un régimen alimenticio estricto, pueden alterar su estado de salud, que se mantiene estable con su tratamiento de hemodiálisis; más aun siendo pacientes adultos jóvenes donde están en una etapa que desean disfrutar al máximo en los eventos sociales que se pueden presentar ,todos estos cuidados los somete a un estado de estrés y frustración por el cambio de los hábitos de la vida diaria que les impone dichas privaciones.⁴⁵

“...antes salía con mis amigas a comer, ahora no lo hago porque sigo una dieta estricta, entonces para que ir a cenar con ellas si no voy a poder comer de todo... (D6) 20 años F

“...como soy joven me invitan a comer, antes salía sin problema, pero ahora con la restricción de varios alimentos, decido mejor no salir, me encierro, mi enfermedad lo ha cambiado todo...” (D2) 29 años F

“...debo de restringirme en muchos alimentos que me hacen daño, por eso ha cambiado mi vida ya no es como antes, debo cuidar de mí al máximo... (D7) 32 años

Estos discursos nos dan a conocer que los adultos jóvenes con enfermedad renal son conscientes de los cuidados que deben tener en su dieta diaria desde el inicio de su enfermedad y que, pese a que tengan que sacrificar sus relaciones de amistad prefieren aislarse, no asistir a sus reuniones sociales sabe que, si no cumplen a cabalidad, con la dieta que se les exige, pueden complicar su estado de salud.

III.-EVIDENCIANDO EL DETERIORO EMOCIONAL.

El impacto psicológico que genera una enfermedad crónica en el ciclo vital de los pacientes, y en cierto modo, en el propio curso de la enfermedad, está relacionado con el tipo de estrategias de afrontamiento ante los miedos, las preocupaciones, los recuerdos negativos, los pensamientos y las sensaciones ante el tratamiento y en relación al futuro.

De ahí la importancia de la psicología aplicada a la nefrología que se encarga de la adecuación de los conocimientos psicológicos para una mejor y más completa comprensión del enfermo renal crónico, específicamente aquel bajo tratamiento de hemodiálisis, que presenta en su diagnóstico y tratamiento factores emocionales que agravan o causan mayores dificultades en su vida.⁴⁶

3.1 Niegan la enfermedad que padecen...!

Cuando se le comunica el diagnóstico de la enfermedad crónica, el paciente inicialmente sufre un fuerte shock y aparece un mecanismo de defensa denominado negación, el paciente no puede creer lo que está escuchando y comienza a descreer del diagnóstico, desconfía del médico, busca otras consultas para obtener una información distinta. Cuando ve que se confirma el diagnóstico, ya ha pasado un tiempo que le ha permitido elaborar dicha información. Además, puede resultar que la persona se recupere

paulatinamente de la negación, si recibe sostén afectivo de su familia y del equipo de salud.⁴⁷

“...cuando me dijeron que mis riñones no funcionaban, que me tenía que dializar no lo podía creer..., soy tan joven le respondí al doctor, es imposible..., acepte el tratamiento la hemodiálisis, aunque yo seguía pensando que era algo pasajero...” (D1) 21 años M

“...cuando el doctor me explico que el tratamiento de hemodiálisis era de por vida..., porque mis riñones no funcionaban..., no lo podía creer porque tan joven debían de hacerme esto...(D8) 32 años M

“...al inicio no lo podía creer que me tenía que dializar., peor la forma como me lo dijeron, que si no lo hacían me moría, era tan difícil para mí..., soy tan joven me dije..., no acepte estuve tres días sin dializarme hasta que me puse mal...” (D3) 34 años M

“...al inicio fui muy negativo, no quería saber nada decía porque a mí, hasta me aleje de mi familia, me aislé de todos, hasta alquile un cuarto... (D10) 28 años M

Los discursos nos dan a entender que en los adultos jóvenes es más impactante aún, el diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal, y lo niegan al inicio, porque como esta etapa recién se están desarrollando en todos los aspectos de su vida, y sienten que han vivido tan poco y que les falta autorrealizarse, sienten que, si es algo crónico, va cortar por completo todo lo que pensaban hacer posteriormente y lo que habían proyectado hacer en su vida antes de la enfermedad.

3.2. Sienten Ira.

En los pacientes con insuficiencia renal crónica, al no poder mantener el mecanismo de negación y aislamiento, lo sustituye por sentimientos de ira, rabia, envidia, resentimiento. Además, por no poder llevar a cabo sus proyectos personales, frente al deterioro físico que presiente va a tener, y por sentimientos negativos que nadie desea tener y que le generan culpa, como por ejemplo ¿por qué yo? ¿Qué hice yo para merecer semejante castigo? Esta etapa es difícil de afrontar, tanto para la familia, como para el equipo de salud. El paciente manifiesta hostilidad y falta de interés en sus cuidados personales y se degradan las relaciones interpersonales. El equipo de salud se convierte en el centro de su disgusto. La presencia de sus familiares suele molestarlo y tornarse desagradable. Lo importante es comprenderlo y respetarlo, prestarle atención y dedicarle el tiempo necesario, siendo importante la tolerancia y el saber escuchar.⁴⁸

“...cuando el médico me dijo que tenía insuficiencia renal crónica y que me tenía que dializar, sentí mucha ira, rabia, cólera he llorado e gritado, hasta el día de hoy es lo peor que me ha pasado...” (D2) 29 años F

“...tengo cólera, rabia, porque me diagnosticaron insuficiencia renal crónica y me dijeron que tenía que dializarme, además de eso al poco tiempo me dejó mi esposa, supongo porque ya no podía trabajar como antes... (D5) 32 años M

“...a veces reniego de mi destino, digo porque me tocó a mí, con mi diagnóstico y el tratamiento de hemodiálisis, ya no puedo hacer las cosas como antes y eso me da mucha más cólera, en fin, que puedo hacer... (D1) 21 años M

Para las investigadoras las unidades de significado nos demuestra, que una enfermedad crónica, como es la insuficiencia renal conlleva, que los adultos jóvenes,

tengan variables en su comportamiento por los síntomas que presentan y el tratamiento de ésta que es continuo, hace que después de negar la enfermedad, sienten ira, cólera, rabia saben que si no siguen su tratamiento pueden presentar una serie de complicaciones y que tienen que cumplirlo pese a todo las alteraciones en su vida cotidiana se les presente.

3.3. Manifiestan depresión.

En esta situación en que la sintomatología propiamente orgánica se presenta con una urgencia vital, la subjetivación de la misma constituye un elemento clave que se relaciona con la actitud que la persona asume ante la enfermedad y los estados afectivos, volitivos y cognitivos que se van estructurando e implicando en su manera de reaccionar ante la enfermedad.⁴⁹

La «depresión», se asocia con la emergencia de un sentimiento de pérdida que experimentan muchos pacientes con fallo renal al constatar que pierden autonomía, que hay un deterioro en el desempeño físico y una visible perturbación del rol familiar y laboral. La depresión posee un claro efecto en la evolución y en el desarrollo de las enfermedades crónicas. Este efecto se manifiesta en la disminución de las conductas de autocuidado, en un defectuoso cumplimiento del tratamiento, en cierta indolencia en el cumplimiento de la dieta, en el estado inmunológico e incluso en dinámicas familiares y conyugales anómalas.⁴⁹

Como se puede evidenciar en los discursos

“...después que la Dra.... me comunicó, que tenía que dializarme, me encerré en mi cuarto, no quería saber nada de nadie, en realidad me quería matar...”

(D3) 34 años M

“...cuando el Dr. me comunicó, que mis riñones no funcionaban, no quería nada, me quería escapar por la ventana del hospital, quería morir...” (D4) 28 años F

“...cuando el Dr. Me comunicó que tenía que dializarme urgente porque estaba hinchado, al inicio me chocó, me deprimí mucho, me quería tirar a la pista y terminar con todo esto...” (D5) 32 años M

“...en los primeros meses de mi tratamiento de hemodiálisis me quería morir..., sigue siendo difícil para mí, soy tan joven...” (D6) 20 años F

“...fue algo imprevisto para mí, no sabía que sufría de presión alta y cuando me dijeron que se me complicó con insuficiencia renal crónica..., dije que para que quiero vivir así, no quería saber nada, peor cuando supe que la única solución era dializarme...” (D9) 34 años M

“...cuando me comunicaron que sufría de insuficiencia renal crónica, me cayó como un baldazo de agua fría, me deprimí, mucho no quería saber nada de nadie, me deprimió más la forma como me dijeron que tenía que dializarme y que el tratamiento era de por vida...” (D10) 28 años M

Los discursos evidencian que la depresión, es una alteración común en los pacientes renales, tratados con hemodiálisis, la cual puede tener efectos adversos porque el paciente siente que ha sufrido pérdidas en sus diversos roles tanto familiar, social, laboral, etc., por lo que incrementa las tasas de morbimortalidad, dado que influye negativamente sobre aspectos emocionales y somáticos del paciente, evitando en algunos casos que se este se adapte a su tratamiento.⁵⁰

IV.-ADAPTANDOME A MI TRATAMIENTO

La adaptación es un proceso en el cual la persona es capaz de integrarse al entorno y a los cambios que se presentan en él, en donde el individuo responde a estímulos o demandas que se presentan en sus vidas.⁵¹

Generalmente los enfermos presentan una tendencia a la negación de su situación renal, como necesidad psicológica para ocultarse a sí mismos las dramáticas circunstancias de su enfermedad, que sus riñones no volverán a funcionar y que necesitará recurrir a la diálisis periódica para poder sobrevivir. Durante las primeras diálisis les asaltan intensos temores, sobre todo a la salida de la sangre de su cuerpo, sensación muy viva al verla fluir a través de los tubos que los conecta al riñón artificial. También les perturba considerablemente los cambios corporales que experimentan, pero esta negación es como un mecanismo de defensa, para poder ir adaptándose a su tratamiento, que no solo será por un tiempo, sino para toda su vida.⁵²

4.1 Aceptando mi tratamiento

La aceptación a la nueva situación dependerá, en gran medida, de la preparación previa que, desde el punto de vista psicológico, se le haya brindado al paciente sobre el tratamiento, las complicaciones iniciales que puedan aparecer, presencia o ausencia de un buen acceso vascular, tolerancia a la diálisis, los propios recursos psicológicos con los que cuenta el paciente: su tolerancia para enfrentar situaciones estresantes y el apoyo socio familiar con que cuente.

Por sobre todos los demás aspectos, una buena aceptación del tratamiento dialítico dependerá de los sentimientos que surjan en el enfermo, en relación con el equipo

de salud, de lo que observe y sienta a su alrededor dentro de la unidad y de la seguridad que el equipo sea capaz de transmitirle.⁵³

“...después de seis meses, acepté mi tratamiento, porque al inicio no quería nada, mis padres me lloraban cada vez que tenía que ir a dializarme, ahora sé que debo hacerlo por mi bien...” (D3) 34 años M

“...la primera vez que me dialicé, mi esposo decidió por mí, luego mi hermana que se dializa igual que yo, hablo conmigo y así acepté, fue difícil para mí, pero sé que es para mi bien...” (D4) 28 años M

“...al principio fue difícil para mí, soy tan joven me desesperaba, pero ahora acepto mi tratamiento...” (D6) 20 años F

“...estuve como 20 días hospitalizado, al inicio fue difícil para mí el tratamiento de hemodiálisis, pero luego lo acepté...” (D7) 28 años M

Los adultos jóvenes al inicio por su etapa vigorosa que trascurren y sus múltiples actividades que realizan, definitivamente les va estremecer los cambios bruscos en su vida, que el tratamiento de hemodiálisis les produce, pero al final, se resignan y comienzan a pensar, que la enfermedad será parte de su vida y que si no realizan su tratamiento afectará su salud, impidiéndoles seguir con su rutina diaria y los roles que antes realizaban, por lo que terminan aceptando su tratamiento.⁵⁴

4.2 Conciente de mi tratamiento

Al principio el enfermo no es consciente de lo que implica la enfermedad renal, al menos hasta que no pasaron unos meses, no se dan cuenta de que esto es para siempre, en algunas ocasiones porque el personal de salud no explicaba lo suficiente o en palabras

comunes lo que significa el tratamiento y lo importante que es para eliminar líquidos y toxinas y así poder tener una mejor calidad de vida, por eso hoy en día las enfermeras y los médicos que están inmiscuidos en este tratamiento ,ponen mayor énfasis en dar la información adecuada sobre el tratamiento de hemodiálisis desde el inicio, para que el paciente tome conciencia sobre lo importante que es para continuar con su vida aunque con ciertas restricciones como se evidencia a continuación.⁵⁵

“...vengo puntual a mi tratamiento, soy consciente que sino asisto me puedo poner mal, porque la hemodiálisis me ayuda a eliminar toxinas y el líquido que se acumula en mi cuerpo, y así evitar estar mal...” (D2) 28 años F

“...mi hermana me convenció de aceptar el tratamiento de hemodiálisis, ahora se lo importante que es asistir puntualmente a mis sesiones, incluso vengo sola, al inicio los doctores no me explicaron bien por eso no tomaba conciencia de la importancia de mi tratamiento...” (D4)28 años F

“...al inicio no aceptaba mi tratamiento, no quería ir ..., ahora soy consciente de que debo dializarme puntualmente para estar bien y poder eliminar toxinas y agua...ahora exijo que me dialicen mi tiempo completo que son 4 horas, porque si no en casa me siento mal...” (D3) 34 años M.

“...al inicio me sentía mal, por todo lo que estaba pasando...pero ahora sé que tengo que dializarme bien, mi tiempo completo, para que mi cuerpo se limpie bien de las toxinas, y así pueda estar listo para el trasplante...” (D7) 28 años M.

“...al inicio como los doctores no me explicaron muy bien sobre el tratamiento de hemodiálisis..., vi todo negativo, ahora soy consciente que

cuando me realizan mi tratamiento salgo mejor, eso me da gusto, por eso asisto puntualmente a mis sesiones..., sé que así puedo salir adelante...” (D9) 34 años M.

Las investigadoras en estos discursos, podemos observar que para los adultos jóvenes, es más difícil aceptar su enfermedad y tratamiento, porque significa que la vida les cambiará totalmente y aparecerán muchas limitaciones para lograr lo que se habían proyectado, además se evidencia la importancia de la concientización para incorporar nuevas conductas en beneficio de su salud y desarrollar habilidades para lograr un óptimo cuidado de sí mismo, por ello desde el diagnóstico de la enfermedad, el personal de salud debería incidir en promover la aceptación, concientización y adherencia al tratamiento, para evitar complicaciones.

4.3 Mi vida depende de una máquina

El paciente sometido a tratamiento dialítico se sabe dependiente de una máquina y de una persona para la realización de su hemodiálisis, razón por la cual se siente menos autónomo. El hecho de estar en la obligación de acudir al centro 3 días por semana y permanecer en él un promedio de 12 h semanales, durante las cuales se ve sometido a situaciones de posible riesgo (manipulaciones y/o instrumentaciones, alteraciones hemodinámicas, temor a que surjan posibles fallas del equipo, etc.), le generan un sentimiento de angustia por el miedo de que algunos de esos factores pongan en peligro su vida. Tal situación establece un estrés mantenido durante el tratamiento hemodialítico, que puede, no obstante, convertirse mediante el trabajo del equipo de salud que le brinda apoyo y confianza-en un entorno de seguridad y elevado profesionalismo.⁵⁶

“...cuando empecé mi tratamiento, me pareció feo y triste, porque me di cuenta que mi vida dependería de una máquina, además tengo que asistir a mis sesiones tres veces por semana y estar pegada a esta máquina por tres horas y media, sino, me sentiré mal...” (D1) 22 años M.

“...no me explicaron bien a fondo, sobre mi tratamiento, solo me dieron a entender que es algo costoso, pero averigüé, busque información por internet y ahora sé que toda mi vida dependerá de una máquina, porque si no me dializó no podré estar bien...” (D2) 29 años F

“...fue duro y chocante., cuando me dijeron que el tratamiento de hemodiálisis era tres veces por semana y que mi vida dependería de una máquina, para poder limpiar mi cuerpo de las toxinas” (D6) 20 años F.

“...cuando la Dra. me explicó, que la hemodiálisis era un procedimiento para limpiar mi sangre a través de una máquina, dije porque mi vida ha cambiado tanto porque dependería de una persona y de una máquina para sentirme bien, y tendría que ir tres veces por semana a dializarme...” (D7) 28 años M.

Los adultos jóvenes en tratamiento de hemodiálisis, que antes del diagnóstico de su enfermedad llevaban una vida activa, en los diferentes roles que desempeñaban, su vida se ha visto alterada con su tratamiento como se evidencia en los discursos, ya no podrán decidir por sí mismos, sino que estarán dependientes de realizar sesiones en una máquina de hemodiálisis, siendo conscientes que sino dializan podría afectar su salud, entorno familiar y social.

V.-RECIBIENDO APOYO DE MI ENTORNO Y RED SOCIAL

El entorno psicosocial y las condiciones asociadas a eventos estresantes coexisten en la experiencia cotidiana e influye en el núcleo familiar. En pacientes con insuficiencia renal se ha documentado el apoyo social en el período previo al trasplante, o en pacientes con hemodiálisis, así como la asociación de factores psicosociales y evaluación de la calidad de vida.⁵⁷

Con el desarrollo de las redes sociales, se hace énfasis en las características del individuo, en sus relaciones interpersonales, y por otra parte el contexto familiar o social que puede facilitar, modificar o incluso impedir, que la red de apoyo familiar se otorgue, si la conducta del enfermo muestra desadaptación, trastorno o conflicto, ante la condición crítica en que se encuentra.⁵⁸

.5.1 Mi principal apoyo.... mi familia.

La familia constituye uno de los espacios de vida más profundamente impactados a partir de la aparición de una enfermedad crónica y a la vez, uno de los espacios que mayor potencial sostiene para revertir positivamente la situación de salud.

La familia es la primera red de apoyo social del individuo y ejerce una función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana, es frecuente encontrar que sea en su seno donde tradicionalmente se sufraguen las grandes demandas generadas por los estados de dependencia consecuentes a la enfermedad crónica. Las mujeres juegan un rol esencial en este sentido.

Los sujetos suelen referirse a la familia como la fuente de apoyo, sobre todo emocional por excelencia. Las acciones de acompañamiento a lo largo de todo el proceso, de comunicación, de búsqueda activa de soluciones, y de provisión de cuidados, se

convierten en estímulos fundamentales para atenuar el impacto de la enfermedad, fomentar la adhesión al tratamiento y lograr la recuperación de la salud.⁵⁹

“...mi familia se sorprendió mucho y no pueden creer hasta ahora, soy la única que tengo esta enfermedad, pero ellos se preocupan mucho por mí, mi familia me apoya a continuar mi tratamiento y siempre dicen que es por mi bien, siempre me siento protegida por ellos...” (D2) 29 años F

“...mi familia me apoyó desde el inicio en mi tratamiento, mi mamá me lloraba para ir a dializar..., todavía vivo con ellos, mi papá me compró una moto para poder trabajar, porque vio que no me daban trabajo en otros lados ...” (D3) 34 años M

“...al inicio mi mamá, también se puso triste, porque mi hermana gemela también se dializa..., ahora es la persona que más me apoya, me acompaña siempre a mis sesiones de diálisis, pese a que yo a veces ya puedo ir sola, ella insiste y me apoya en todo, siento siempre su cariño y apoyo...” (D4) 28 años M

“...mi familia me apoya en todo, mi esposa no me abandona, me comprende en todo, me tiene paciencia y me da el amor que requiero, pese a que ahora no trabajo..., mi padre me acompaña siempre a mis sesiones de hemodiálisis viene conmigo desde Tumbes..., mi mamá me apoya siempre en todo lo que puede...” (D7) 28 años M.

“...mi familia ha sido y sigue siendo mi principal apoyo, sin ellos hasta ahora no me dializara y estaría ya muerto..., ellos siempre me dan aliento y ganas para salir adelante...” (D9) 34 años M.

“...Mi esposo siempre me apoya, vivo con él y mis hijos, ellos me cuidan al máximo y lo único que quieren es que esté bien, por eso siempre me alientan y me ayudan, sin su apoyo me sentiría peor...” (D11) 29 años F

Estos discursos continúan afirmando que los adultos jóvenes, ven a sus familias como su principal apoyo tanto desde el inicio de su tratamiento, durante este y en todo momento, hasta cuando ellos están realizando estudios para la posibilidad de un trasplante, es la familia con quien se sienten protegidos no solo a nivel emocional, sino económico, porque están en una edad en que resulta difícil aceptar una enfermedad crónica que altera su vida y no les va permitir autorrealizarse.

La familia es su principal fuente de motivación, especialmente para los pacientes adultos jóvenes, que ya son padres, y que luchan día a día contra la enfermedad renal, y cumplen estrictamente su tratamiento, para poder desempeñar su rol familiar y retribuir, el afecto que su familia les brinda.⁶⁰

VI.-DILEMAS EMERGENTES

Los pacientes adultos jóvenes con insuficiencia renal crónica, debido a las consecuencias y los cambios en su vida por su enfermedad, se les presenta una situación difícil o comprometida en que hay varias posibilidades de actuación y no se sabe cuál de ellas escoger porque ambas son igualmente buenas o malas⁶¹, en nuestra investigación se presentaron dos dilemas emergentes de los que hablaremos a continuación:

6.1 Mi esperanza es el trasplante

La experiencia en los trasplantes ha permitido aumentar la supervivencia de muchas personas, el trasplante de riñón es un procedimiento para alargar la vida. El paciente vivirá entre 10 a 15 años más con un trasplante de riñón que permaneciendo en diálisis. Los

años de vida ganados son más para pacientes más jóvenes. La calidad de vida aumenta, desapareciendo problemas relacionados con la diálisis como la restricción de líquidos, la dieta estricta, el cansancio, los calambres, etc.⁶²

Cuando un trasplante falla un paciente puede optar por un segundo trasplante, y puede tener que volver a la diálisis por algún tiempo.

Algunos estudios parecen sugerir que cuanto más tiempo haya permanecido un paciente en diálisis antes del trasplante, menos tiempo durará el riñón. No está claro por qué ocurre esto, pero subraya la necesidad de remitir rápidamente a un programa de trasplante a un paciente una vez detectada la insuficiencia renal crónica.⁶²

“...pero a veces pienso que, con un trasplante, puedo salir adelante, para que mi vida cambie y tener una vida como antes, por eso estoy haciéndome los estudios, ojalá que llegue pronto...” (D1) 21 años M.

“...mi única esperanza para salir de este tratamiento de hemodiálisis es el trasplante, solo así podrá trabajar como antes y no me rechazarán...” (D3) 34 años M.

“...espero trasplantarme, para trabajar, me contraten sin ningún pretexto, porque ahora por mi diálisis nadie me quiere dar trabajo, por eso sé que solo el trasplante hará que todo cambie...” (D7) 28 años M.

“...ahora tengo la esperanza en el trasplante, para poder seguir haciendo mi vida normal, cumplir con mis proyectos y hacer lo que más me gusta que es viajar, voy a Chiclayo para hacer todos los análisis, así lograr el trasplante lo más pronto posible...” (D10) 28 años M.

Los discursos evidencian que los adultos jóvenes pese a que el tratamiento de hemodiálisis les ayuda a mejorar la calidad de vida, piensan que les obstruye desarrollarse en todos los aspectos de su vida, por lo que sienten que el trasplante es la única esperanza para poder realizar las actividades que antes de entrar al tratamiento hacían, se sentirán más útiles que cuando reciben el tratamiento de hemodiálisis, con los cuidados que una persona trasplantada debiera tener, pero no será lo mismo que vivir dependientes de una máquina.

La esperanza que tienen los adultos jóvenes en el ansiado trasplante, en algunos es determinante para lograr los proyectos que se habían propuesto, piensan y se evidencia en sus discursos que tendrán mayores oportunidades laborales y de otra índole, que bajo un régimen de tratamiento no pueden lograr, se sentirán más libres y con mayor disposición de realizar una rutina diaria sin limitaciones.⁶³

6.2 Mi futuro incierto.

Desde los inicios del proceso patológico de la enfermedad renal, el paciente percibe que su funcionamiento físico general ha comenzado a alterarse e inmediatamente debe iniciar una modificación (a veces radical), de sus hábitos de vida para evitar peores y fatales afectaciones en su salud.

Con mayor o menor resistencia la persona con esta enfermedad renal crónica comienza a elaborar o re-elaborar el sentido de la muerte con una proyección de inmediatez que puede conllevar a la reestructuración de sus aspiraciones, sueños y proyectos de vida en los que se implica todo lo significativo y relevante para la persona, que genéricamente hablando se refiere al desarrollo personal, familiar, de pareja, profesional, de su vida social, entre otros.

En los adultos jóvenes que son los que tiene un proyecto de vida ya establecido significa cortar por completo todo lo que habían planificado o pensado hacer con su vida, porque tienen miedo de pensar en lo que se proyectaron si tienen siempre presente, que su enfermedad es crónica y que ya nada volverá a ser como antes.

De ahora en adelante verán su futuro como algo incierto, porque la enfermedad renal crónica que padecen les obliga a pensar de esa manera, ven a la muerte como algo que puede ocurrir en cualquier momento, entonces ya no piensan en lo que se proyectaron sino en disfrutar lo poco que tienen y solo volverán a pensar en su proyecto previo a la enfermedad renal si logran el trasplante.⁶⁴

“...en realidad, no pienso en el futuro, para que, si estoy en este tratamiento, antes pensaba casarme, ir a trabajar a Lima, tener hijos, ahora ya no quiero tener nada de eso, porque si me pongo mal y muero como van a quedar esas criaturas, por eso vivo el día a día...” (D3) 34 años M.

“...desde que me dializo, no pienso en el mañana, ni en mi futuro, antes de enfermarme tenía proyectos, quería ser dueño de mi tráiler, pero ahora mejor vivo el hoy...” (D5) 32 años M.

“...en realidad pienso estudiar, terminar mi carrera..., pero me acuerdo que sufro del corazón lo que hace más complicado el trasplante, y me digo a mi misma para que hacer un proyecto de vida, si quizás no voy a poder hacer lo que me proponga...” (D6) 20 años F.

“...mi enfermedad y tratamiento, trunco mis proyectos, porque no puedo trabajar ni darle algo mejor a mi familia como lo pensaba, quería tener un hijo

más, pero dializándome mejor no por ahora, porque no sé lo que pasará conmigo quizá me muera...” (D7) 28 años M.

“...antes de dializarme yo pensaba tener más hijos, porque tengo una familia numerosa, quería seguir trabajando en mi propio negocio para ahorrar, pero ahora ya no voy a poder hacerlo porque el Dr. Me ha dicho que es muy riesgoso embarazarme, entonces prefiero no pensar en lo que antes había programado...” (D11) 29 años M.

Para las investigadoras estos discursos afirman que los pacientes adultos jóvenes, han visto alterados su capacidad física y emocional, luego del inicio de su enfermedad y consecuente tratamiento, han dejado de realizar varias actividades, ratifican que sus proyectos han sido dejados de lado, por su enfermedad crónica y no lo lograran efectivizar , salvo que logren el ansiado trasplante, además viven el día a día porque el deseo de alcanzar metas no solo personales sino también familiares cada vez se ven más retadoras, por la complejidad de su enfermedad y por la dependencia de su tratamiento, pese a que la familia es su gran apoyo.

CAPITULO IV:
CONSIDERACIONES FINALES

CONSIDERACIONES FINALES

- ✓ Los adultos jóvenes con insuficiencia renal crónica y tratamiento de hemodiálisis, sufren la pérdida de su trabajo estable que realizaban, que era el medio primordial para apoyar a su familia, por el solo hecho de los permisos que ocasiona asistir a sus tratamientos y el desmedro en su desempeño laboral producido por el desencadenamiento de su enfermedad. en otros adultos jóvenes su rutina de vida en sus estudios ha sido alterada, el tan solo hecho de tener que asistir a sus sesiones tres veces por semana y llegar tarde o faltar a algunas de sus clases, incrementa aún más la alteración de su estado emocional.
- ✓ Su vida social en adultos jóvenes ha sido alterada por su enfermedad y tratamiento, no pueden viajar como antes, tienen una dieta estricta, un horario de tratamiento que cumplir, rechazan salidas con amigos, viajes familiares, conocen que, al no cumplir su tratamiento, alterará su estado de salud, por lo que no asumen riesgos, pese a que la juventud es una etapa donde el disfrute social está en su máximo esplendor.
- ✓ Al conocer el diagnóstico de su enfermedad los adultos jóvenes primero lo niegan, les parece imposible lo que les está pasando, sienten ira, cólera, rabia, impotencia, por todo lo que desencadena la enfermedad renal, luego pasan a la depresión donde se aíslan por un tiempo hasta lograr comprender que pese a las dificultades ocasionadas por esta esta enfermedad y su tratamiento deben seguir adelante y luchar por conseguir sus metas.
- ✓ Luego de la negación de su enfermedad, los adultos jóvenes sienten que con el pasar de los días, su tratamiento, hace que su salud se mantenga estable, entonces es allí

donde empiezan aceptarlo y a estar conscientes que si no lo cumplen volverán a alterar su estado de salud, pese a que eso signifique vivir dependiente de una máquina.

- ✓ La familia se convierte en su principal apoyo, siendo ésta el eje fundamental para seguir adelante con sus proyectos, que antes de la enfermedad se habían formulado, pese a todas las dificultades que se pueden presentar con la aparición de ésta.
- ✓ Después del diagnóstico de la enfermedad renal crónica y seguir con el tratamiento de hemodiálisis, los adultos jóvenes siguen pensando que el trasplante es la única esperanza de vida, para realizar las mismas actividades que antes de la enfermedad y conseguir las metas o anhelos que se habían proyectado
- ✓ Los adultos jóvenes usualmente, tiene un proyecto de vida ya establecido, pero la enfermedad renal corta por completo todo lo que habían planificado o pensado hacer con su vida, porque tienen miedo de pensar en lo que se proyectaron si tienen siempre presente, que su enfermedad es crónica y que ya nada volverá a ser como antes.

CAPITULO V

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- ✓ Al personal de salud ,de la clínica de Hemodiálisis El Redentor, que debería de trabajar en equipo, brindando un cuidado integral, dando mayor énfasis en el aspecto emocional de los pacientes adultos jóvenes, porque en ocasiones, llevan una serie de problemas, porque muchos de ellos son los que mantienen el hogar,realizaban muchas actividades pero se sienten mal ,porque ahora con la enfermedad y tratamiento ya no pueden realizar y es allí donde entraría a enfatizar el personal de salud , para ayudarlos a afrontar esta dura enfermedad y su tratamiento de la manera más óptima posible, sin olvidar que siempre deberíamos de ver al ser humano como un ente biopsicosocial.

- ✓ A la enfermera coordinadora de la clínica de hemodiálisis El Redentor, sugerir para que establezca estrategias de educación ,en conjunto con todo el equipo de salud, para mejorar la dimensión psicológica de los pacientes adultos jóvenes que son los que más sufren con el diagnóstico de su enfermedad, porque ven truncado muchos sueño y aspiraciones que tenían para su vida y familia , concientizarlos que el cambio en su estilo de vida servirá para que su salud se mantenga estable y les permita seguir con su rutina diaria pese a sus restricciones.

- ✓ A la enfermera que realiza el tratamiento de hemodiálisis, que siempre está en contacto con el paciente adulto joven, debe de poner mayor énfasis, en el impacto que le puede ocasionar a estos pacientes su enfermedad y tratamiento renal que siguen, porque estos pacientes siempre tienen una serie de preocupaciones ,por la vida que llevaron, que llevan y que llevaran, que por su enfermedad ,dejaron de

hacer muchas actividades, que antes las llevaban a cabo sin dificultad y les deprime mucho el pensar en su futuro, porque para ellos su única esperanza es el trasplante, por ello deben ser grandes compañeras y consejeras durante sus sesiones de hemodiálisis.

REFERENCIAS
BIBLIOGRAFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud, Análisis de la Situación de la Enfermedad Renal Crónica en el Perú. Dirección General de Epidemiología 2015.Revisado en abril 2016. Disponible en <http://www.dge.gob.pe>
2. Carreira L, Marcon S. Cotidiano S Concepción de individuos Portadores de Insuficiencia Renal Crónica y sus Familiares. Oct. 2012.Revisado en abril del 2016.Disponible en <http://scielo.isciii.es> > scielo.
3. Arenas, M., Evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en una Población de Hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología*, Bogotá 2006.Revisado en abril 2016.Disponible en <http:pepsic.bvsalud.org> > scielo.
4. Del Rio, Rosmery, Estilos de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional, Lima 2016.Revisado en abril 2016 Disponible en <cybertesis.unmsm.edu.pe>>bitstream>cybertesis>Del Rio_Sr
5. Guamán M., Yuqui G. “Estilos de Vida y Nivel de Adherencia a Hemodiálisis en los Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que asisten al Hospital José Carrasco Arteaga.Ecuador-2017 Disponible en <dspace.ucuenca.edu.ec> >bitstream.pdf.
6. Narváez. N, LLiguicota. Y, “Relación entre los Estilos de Vida y las Complicaciones que presentan los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Sometidos a Hemodiálisis en el Hospital Eugenio Espejo. Septiembre- Quito 2014.”revisado abril 2016.Disponible www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5079/1/T-UCE-0006-178.pdf

7. Pérez.J, Gardey.A. Definición de impacto Publicado 2010. Actualizado: 2013.Revisado abril 2016.Disponible (<https://definicion.de/impacto/>)
8. Mendoza H., Gonzales R. Impacto de la Atención Psicológica en la Atención del Paciente con Insuficiencia Renal Crónica. México 2016.Disponible <https://pdfs.semanticscholar.org/...PDF>.
9. Utrillas .M y Vidal. S. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica de una institución de salud. España 2002.Revisado abril del 2016.Disponible en [http://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/cap_4_calidad de vida](http://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/cap_4_calidad%20de%20vida) .
10. Hidalgo C.G La Dimensión Psicológica de la Insuficiencia Renal Crónica y su Tratamiento2016.Revisado en set del 2016.Disponible en www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin PDF.
11. Corporación Universitaria Minuto de Dios. Calidad y Hábitos de vida _Vida Saludable setiembre del 2014 .Revisado en abril del 2016.Disponible en http://www.uniminuto.edu/web/bienestaruvd/vidasaludable//asset_publisher/HBJfz6IGSN46/content/calidad-y-habitos-de-vida.
12. Estilo de vida España 2015.Revisado abril del 2016.Disponible en https://es.wikipedia.org/wiki/Estilo_de_vida.
13. Del Aguila. R. Promoción de estilos de vida saludable y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor. Organización Panamericana de la Salud. <http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111>
14. Tomas, U. Etapas del Desarrollo- Erick Erickson. (2011).Revisado abril del 2016.Disponible en <http://elpsicoasesor.com/etapas-del-desarrollo-erickerickson>
15. Jaramillo, J. Desarrollo moral del adulto joven e intermedio 2013 Revisado en agosto del 2016.Disponible en <http://desarrollomoraldeladulto.blogspot.com/>

16. Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona 1989 Ediciones Rol. Revisado en agosto del 2016. Disponible en <http://teorías de Enfermería uns.blogspot.com/2012/06>.
17. Phillips.H. Sor Calixta Roy. Modelo de Adaptación. Teorías de Enfermería Barcelona 2007. Revisado en agosto del 2016. Disponible <http://modelosenfermerosucaldas.blogspot.com/2013/06/modelo-de-adpatacion.html>
18. National Kidney fundation de Estados Unidos K/DOQI clinical practice guidelines for chronic Kidney disease 2002. Revisado en Agosto del 2016. Disponible en https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf
19. Juan .A La enfermedad Renal Cronica 2014 .Revisado en agosto del 2016 .Disponible en https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/ENF-RENAL.
20. Anselm S y Juliet C. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Colombia 2008. Revisado en agosto del 2016. Disponible en <https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/bases-investigacion-cualitativa.pdf>.
21. Stake. R. Investigación con estudios de caso. Madrid 2005: Ediciones Morata. Revisado en agosto 2016.
22. Galán.M. La Entrevista en la Investigación Colombia 2009. Revisado en agosto del 2016. Disponible en http://manuelgalan.blogspot.com/2009_05_24_archive.html.
23. Narváez. G. Recolección de Datos Cualitativos. 2014. Revisado en agosto 2016. Disponible en <https://es.slideshare.net/gambitguille/recoleccion-de-datos-en-la-investigacin-cualitativa>.

24. Noreña. A, Alcaraz N, Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. México 2012.Revisado en agosto del 2016.Disponible en <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1824/2936>.
25. Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud. Revista Española de Salud Pública. España 2002; 76(5):473-482.
26. Arias V. Mercedes M. Investigación y Educación en Enfermería Colombia 2011, Revisado en agosto del 2016.Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105222406020.pdf>
27. Arratía A. Bioética y Toma de Decisiones en Enfermería. Santiago de Chile 1999.Revisado en agosto del 2016.Disponible en <http://aebioetica.org/revistas/1999/3/39/512.pdf>.
28. Gómez A, Arias E. Insuficiencia Renal Crónica. Revisado en agosto del 2018.Disponible en https://es.wikipedia.org/wiki/Trasplante_de_rionhttps://es.wikipedia.org/wiki/Insuficiencia_renal
29. Cubero J., Fernández Impacto en Paciente Renal, España 2012. Revisado en agosto del 2018.Disponible en <http://dialisisperitoneal.org/2012/05/29/impacto-psicologico-ante-el-diagnostico-enfermedad-renal-cronica/>
30. Palomino Lorente, A. “Fundamentos de psicología de la personalidad” Madrid. 2003.1er Edición. Editorial: Rialp.
31. Segura E., Amer J Cuantificación del deterioro funcional durante seis meses en pacientes renales en estadio terminal 2015.Revisado 2018.Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo>.

32. Morales J, Vega J Enfermedad renal crónica: Clasificación, Identificación, Manejo y Complicaciones. Santiago de Chile 2009. Revisado en 2018. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000100026
33. Moreno J, Cruz H Ejercicio físico y enfermedad renal crónica en hemodiálisis Argentina 2015. Revisado en 2018. Disponible en [www.revistarenal.org.ar › index.php › rndt › article › viewTheou](http://www.revistarenal.org.ar/index.php/rndt/article/viewTheou).
34. Deligiannis A. Exercise rehabilitation and skeletal muscle benefits in hemodialysis patients. 2004. Disponible en [www.ncbi.nlm.nih.gov › pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed).
35. Reis CK, Guirardello EB, Campos C. Individuo Renal Crónico las demandas de atención. Brasil 2008. Revisado en 2018. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/2670/267019606010.pdf>
36. Araujo ES, Pereira LL, Anjos MF. Autonomía de Paciente con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento Hemodialítico. Brasil 2009; Revisado en 2018. Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002009000800011&script=sci_abstract&tlng=es
37. Flores Crespo, P, Educación Superior y Desarrollo Humano. El caso de tres universidades tecnológicas, México. 2005, Editorial anuies/uia.
38. Ledón Llanes L. El desafío de vivir con enfermedades endocrinas: algunas anotaciones para la atención en salud. Rev. Cubana Endocrinol [Internet]. 2008. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561 - }](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-)
39. Cordeiro JAB, Brasil VV, Silva AMTC, Oliveira LMAC, Zatta LT, Silva ACCM. Cualidades de Vida y Tratamiento Hemodialítico: Paciente Portador de Insuficiencia

- Renal Crónica. Revisado 2018. Disponible en:
<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a03.htm>
40. Trentini M, Corradi EM, Araldi MAR, Tigrinbo FC. Cualidades de Vida de Personas Dependientes de Hemodiálisis Considerando Algunos Aspectos Físicos, Emocionales y Sociales. Brasil 2004, revisado en 2018. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400014
41. Queipo E. Discriminación Laboral: La Enfermedad como Causa de Despido. Argentina 2017. Revisado en 2018. Disponible en <http://www.laizquierdadiario.com/Discriminacion-laboral-la-enfermedad-como-causa-de-despido>.
42. Nove, G., Lluch, T., y Rourare, A.) Aspectos Psicosociales del Paciente Crónico. Barcelona 2001: Editorial Salvat.
43. Torres B. Actividades Lúdicas y de Ocio Santos 2013. Revisado en 2018. <https://prezi.com/zgu55tteetzs/actividades-ludicas-de-ocio-y-tiempo-libre/>
44. Aviles A, Aguirre R., Significado de Calidad de Vida en Pacientes con Terapia de Hemodiálisis. Santiago de Chile 2016. Revisado en 2018. Disponible en <https://www.revistasden.org/imprimir.aspx?idArticulo=4424170094097098098424>
170
45. Oliveira M. Arruda D. Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida. Brasil 2012. Revisado en agosto del 2018. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-6141201200040001.
46. Herrera L, López Características del Estado Emocional en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica 2011. Revisado en agosto del 2018. Disponible en

<http://www.psicologiacientifica.com/enfermedad-renal-cronica-pacientes-estado-emocional/>.

47. Gabrielloni, María Adelina. Tesis “Vivencias acerca de la enfermedad y expectativas respecto a los cuidados de Enfermería de los pacientes oncológicos. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. Universidad Nacional de Córdoba. 2004. Revisado en Agosto del 2018. Disponible en <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1362/T-TPLE-Ruth%20Sharon%20Taibe%20Durand.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
48. Coronado .M, Sandoval Y., Sentimientos de los Pacientes que Viven con el Tratamiento de Hemodiálisis Perú 2018. Revisado en el 2018. Disponible en <http://repositorio.untumbes.edu.pe:8080/xmlui/bitstream/handle/>
49. Perez T. Depresión en la enfermedad renal crónica 2015. Revisado en agosto del 2018. Disponible en <http://taispd.com/calidad-de-vida-en-la-enfermedad-renal-cronica/>.
50. Rodriguez. A, Domínguez T. Progresión de la enfermedad renal crónica. Prevalencia de ansiedad y depresión en la poliquistosis renal autosómica dominante. España 2012. Revisado en agosto del 2018. Disponible en <https://revistanefrologia.com/es-progresion-enfermedad-renal-cronica-prevalencia-articulo-X0211699512001187>
51. Perales M, García A, Análisis de la depresión en pacientes renales con hemodiálisis. España 2012. Revisado en agosto del 2018. Disponible en <https://www.revistanefrologia.com/es-predictores-psicosociales-calidad-vida-pacientes-con-insuficiencia-renal-cronica-tratamiento-articulo-X0211699512001931>.

52. Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. España.2012. 4ª Edición. Editorial Hatcourt.
53. Perales C., Reyes G. Influencia de los factores emocionales sobre el informe de síntomas somáticos en pacientes en hemodiálisis. Madrid2013. Revisado en agosto, 2018. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021169952013000700009
54. Sandoval K., Espinoza I., Como Enfrentar al Paciente en Tratamiento Dialítico2009. Revisado en 2018. Disponible en <http://www.contigo.com.ec/enfrentar-al-paciente-recibe-tratamiento-dialitico/>
55. Contreras, F., Esguerra, G. y Espinosa, J. (2008). Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Bogotá 2006. Revisado en agosto del 2016. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/647/64750305.pdf>
56. Atarés JA. Aspectos psiquiátricos en nefrología y hemodiálisis. En: Andrés J Fortuny C. Cuidados de Enfermería en la Insuficiencia Renal. Primera edición Madrid 1993. Editorial Gallery/HealthCom,
57. Martínez M, Atarés JA Aspectos psicológico y psiquiátrico en el enfermo renal. En: Andrés J, Fortuny C. Cuidados de Enfermería en la Insuficiencia Renal. Primera edición. Madrid. Editorial Gallery/HealthCom.,
58. Psychosocial factors in adult ed-stage renal disease patients with hemodialysis. 2000. Revisado en agosto del 2018. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-red-familiar-apoyo-del-paciente-13029727>

59. Sperati J, Soma S The. Use of Group Process in the Education of Renal Patients families: a multicentred collaborative approach. Journal CANNT 1998; 8:22-6
Revisado en agosto del 2018.Disponible en.
<http://www.hsj.gr/medicine/psychological-aspects-in-chronic-renal-failure.php?aid=2742>
60. Avellaneda A, Izquierdo M, Torrent Farnell J, Ramón JR. Enfermedades raras: enfermedades crónicas que requieren un nuevo enfoque socio sanitario. 2007
Revisado en agosto del 2018. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137>.
61. Reyes Saborit A, Castañeda Márquez V. Caracterización familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Revisado en agosto del 2018. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_04_06/san05406.htm
62. Valdés I. El apoyo social percibido por los pacientes en hemodiálisis. La Habana 2003;
Revisado en 2018.Disponible en
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/aymara.pdf>.
63. Molinuevo J., Artículo de donación de órganos y tejidos. Madrid 2015.Revisado 2018.Disponible en www.medicosypacientes.com/.../cada-trasplante-renal-supone-una-supervivencia-medi
64. Morales CF, Psicología de la Salud. La Habana 2005: Editorial Científico-Técnica.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A PROFUNDIDAD A PACIENTES
ADULTOS JOVENES DE 20 - 40 AÑOS QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE
HEMODIALISIS EN LA

CLINICA EL REDENTOR – PIURA 2016

La presente entrevista es de carácter voluntario, tiene como objetivo analizar y comprender como es el impacto en el estilo de vida del paciente adulto joven con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis en la clínica El Redentor-Piura 2016.

Los resultados de la presente investigación son netamente confidenciales por lo que solicitamos la veracidad de sus expresiones.

I. INFORMACION GENERAL:

- Seudónimo:
- Edad: años
- Grado de instrucción:
- Ocupación:
- Estado civil:
- Procedencia:
- Tiempo de diagnóstico

II. INFORMACION ESPECÍFICA:

PREGUNTAS GENERALES

1. ¿Cuál fue tu reacción en el momento que te diagnosticaron insuficiencia renal crónica terminal grado v?
2. ¿Cómo reaccionaste cuando te explicaron el tratamiento de hemodiálisis?
3. ¿Qué impacto te causó en tu rutina diaria y entorno el tratamiento de hemodiálisis?
4. ¿Qué actitud tomaste frente a la enfermedad y al tratamiento que actualmente recibes?
5. ¿Qué actitud ha tomado tu familia frente al tratamiento que actualmente recibes?
6. ¿Piensas que el tratamiento que recibes obstaculiza cumplir con tu proyecto de vida?

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Joven. Sr. Sra. Srta. las licenciadas de enfermería Arlita Medaligh Flores Flores y Marita Chinguel Julca, vamos a realizar una investigación titulada “IMPACTO EN EL ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE ADULTO JOVEN CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN LA CLINICA EL REDENTOR PIURA -2017” por lo que requerimos su apoyo y colaboración en responder una entrevista, con la finalidad de poder recabar información para el desarrollo de esta. Además, las entrevistas serán tomadas por las licenciadas antes mencionadas y serán de carácter anónimo asegurándoles que las respuestas serán recabadas o escritas de la misma manera como fueron respondidas sin ninguna alteración y solo nos servirán durante nuestro estudio.

Agradeciéndole de antemano por el tiempo brindado

Quedamos de Ud. agradecidos las licenciadas antes nombradas

Piura, noviembre del 2017