

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

Tesis presentada por la Bachiller:

Pamela Nataly Díaz Mesías

Para obtener el Título Profesional de:

Médica Cirujana

Asesor:

Dr. Juan Manuel Zevallos Rodríguez

Arequipa - Perú

2017



**El buen médico trata la
enfermedad; el gran medico
trata al paciente que tiene la
enfermedad**

- William Osler

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Dios, por guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no dejarme vencer por los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mis padres, porque ellos siempre estuvieron a mi lado, brindándome su apoyo incondicional, por sus consejos en los momentos difíciles y por ayudarme a culminar mi carrera de medicina.

A mi esposo e hija, por su comprensión y apoyo incondicional, por sus palabras, por su amor y brindarme el tiempo necesario para realizarme profesionalmente.

A mi familia, amigos y a todas aquellas personas que de una u otra manera han contribuido en el logro de mis objetivos.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	8
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN.....	11
GLOSARIO Y TERMINOLOGIA	12
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS.....	13
CAPÍTULO II RESULTADOS.....	16
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	48
CONCLUSIONES.....	57
RECOMENDACIONES.....	58
BIBLIOGRAFIA.....	59
ANEXOS.....	62
.....	
Anexo1 Proyecto de investigación	63
Anexo 2 Matriz de sistematización de Datos.....	108

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según grupo etareo.....	17
TABLA 2 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según sexo	19
TABLA 3 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según la salud general.....	21
TABLA 4 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según sexo y grupo etáreo en la salud general	23
TABLA 5 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según la evaluación declarada de salud	24
TABLA 6 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según sexo y grupo etáreo en la evaluación declarada de la salud	26
TABLA 7 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según la función física.....	27
TABLA 8 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según sexo y grupo etáreo en la función física	29
TABLA 9 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según el rol físico.....	30
TABLA 10 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según sexo y grupo etáreo en el rol físico	32

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 11 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según el rol emocional.....	33
TABLA 12 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según sexo y grupo étnico en el rol emocional	35
TABLA 13 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según la función social.....	36
TABLA 14 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según sexo y grupo étnico en la función social.....	38
TABLA 15 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según el dolor corporal	39
TABLA 16 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según sexo y grupo étnico en el dolor corporal.....	41
TABLA 17 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según la vitalidad	42
TABLA 18 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según sexo y grupo étnico en la vitalidad	44
TABLA 19 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según la salud mental.....	45
TABLA 20 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según sexo y grupo étnico en salud mental.....	47

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA 1 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según grupo etareo.....	18
GRÁFICA 2 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según sexo	20
GRÁFICA 3 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según la salud general.....	22
GRÁFICA 4 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según la evaluación declarada de salud.....	25
GRÁFICA 5 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según la función física.....	28
GRÁFICA 6 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según el rol físico	31
GRÁFICA 7 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según el rol emocional	34
GRÁFICA 8 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según la función social.....	37
GRÁFICA 9 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según el dolor corporal.....	40
GRÁFICA 10 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según la vitalidad	43
GRÁFICA 11 Distribución de enfermedades crónicas degenerativas según la salud mental	46

RESUMEN

En el presente trabajo se analizaron a 160 pacientes evaluándonos a través de una entrevista para la recopilación y recolección de la información, utilizando como instrumento el Cuestionario de Salud SF-36.

El objetivo fue determinar el impacto de las enfermedades crónico degenerativas sobre la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017.

Encontrando como resultados, que el impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental fue regular con el 28,13%, principalmente en los casos de Diabetes mellitus (6,25%) y Cáncer (4,38%); en la salud física fue mala en el 30,63% afectando mayormente a los que padecen Cáncer (6,88%) y enfermedades pulmonares (6,25%). Las enfermedades crónico degenerativas afectaron más a los pacientes entre los 40 a 59 años (41,88%), siendo la más frecuente Diabetes mellitus (8,75%) en los mayores de 60 años, seguido por las enfermedades pulmonares (6,25%) entre 20 a 39 años. Asimismo, el 50,63% fueron de sexo femenino y 49,38% fueron de sexo masculino; la enfermedad más frecuente fue Diabetes mellitus, en sexo femenino del 11,88% y en sexo masculino del 10,63%. Los estados negativos en la salud física; limitaron mucho la función física principalmente a los que padecían con Diabetes mellitus (10%) y con las enfermedades pulmonares (8,75%); asimismo interfirieron en el trabajo y la actividad diaria especialmente los pacientes con Diabetes mellitus (10%), con Hipertensión arterial (7,15%) y con Cáncer (7,5%); en cuanto al dolor corporal afecto más a los pacientes con Cáncer (6,88%) y con enfermedades pulmonares (6,88%); además la sensación de la vitalidad se vio más comprometida en los que padecieron con enfermedades pulmonares (5,63%), con hipertensión arterial (4,38%) y con Cáncer (4,38%). Los estados negativos de la salud mental, presentaron problemas emocionales que repercutieron en el trabajo y otras actividades diarias y afecto más a los de Diabetes mellitus (10,63%), seguido por Hipertensión arterial (8,13%) y Cáncer (8,13%); en la vida social se vio más comprometida en los pacientes con Cáncer (8,13%) y con enfermedades pulmonares (7,50%); siendo la depresión y la ansiedad donde alcanzó mayormente a los pacientes con Diabetes mellitus (6,25%) y Cáncer (4,8%).

Concluyendo que el impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental fue reportada como regular, principalmente en Diabetes mellitus y Cáncer; el impacto en la salud física fue mala afectando mayormente a los que presentaban Cáncer seguido por las enfermedades pulmonares.

Palabras clave: impacto, crónico, salud mental, salud física.



ABSTRACT

In the present study, 160 patients were evaluated through an interview for the collection and collection of information, using the SF-36 Health Questionnaire as an instrument.

The objective was to determine the impact of chronic degenerative diseases on mental and physical health in patients attending the external medicine, surgery and traumatology clinics at Hospital Goyeneche Arequipa 2017.

Finding as results, the impact of chronic degenerative diseases on mental health was regular with 28.13%, mainly in cases of Diabetes mellitus (6.25%) and Cancer (4.38%); In physical health was poor in 30.63%, affecting mainly those with cancer (6.88%) and pulmonary diseases (6.25%). Chronic degenerative diseases affected patients more than 40 to 59 years old (41.88%), with Diabetes mellitus (8.75%) being the most frequent in patients older than 60 years, followed by pulmonary diseases (6.25 %) Between 20 and 39 years. Also, 50.63% were female and 49.38% were male; The most frequent disease was Diabetes mellitus, female in 11.88% and male in 10.63%. Negative states in physical health greatly limited physical function mainly to those with Diabetes mellitus (10%) and pulmonary diseases (8.75%); also interfered with work and daily activity, especially patients with Diabetes mellitus (10%), with hypertension (7.15%) and with cancer (7.5%); The corporal pain affected more to the patients with Cancer (6.88%) and with pulmonary diseases (6.88%); The sensation of vitality was more compromised in those who suffered from pulmonary diseases (5.63%), hypertension (4.38%) and Cancer (4.38%); Negative states of mental health presented emotional problems that had repercussions on work and other daily activities and more affection to Diabetes mellitus (10.63%), Hypertension (8.13%) and Cancer (8.13%); Social life was more compromised in patients with cancer (8.13%) and pulmonary diseases (7.50%). Depression and anxiety where it reached most patients with Diabetes mellitus (6.25%) and Cancer (4.8%).

Concluding that the impact of chronic degenerative diseases on mental health was reported as regular, mainly in Diabetes mellitus and Cancer;

The impact on physical health was poorly affecting those with Cancer followed by lung diseases.

Key words: impact, chronic, mental health, physical health.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles son consideradas un trastorno orgánico, funcional y discapacitante, que modifica el estilo de vida de la persona que la padece y por sus repercusiones se han constituido en un problema de salud pública.

Por tal razón, se hizo este trabajo de investigación para describir el impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche en Arequipa.

Tuvo como objetivos:

1. Determinar el impacto de las enfermedades crónico degenerativas sobre la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos en medicina, cirugía y traumatología en el Hospital Goyeneche 2017.
2. Determinar el perfil sociodemográfico de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017.
3. Determinar los estados negativos de salud física y la salud mental de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017.

GLOSARIO Y TERMINOLOGÍA

Para efectos de la investigación se ha considerado los siguientes:

Enfermedad crónica degenerativa: son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, infartos, cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo.

Salud Física: Condición general de las personas que se encuentran en buen estado físico, mental, emocional y que no padecen ningún tipo de enfermedad.

Descripción de las Escalas de Salud medidas por cuestionario SF-36.

Salud General (SG): Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.

Evaluación declarada de la salud: cambio en el estado de salud general con respecto al año anterior.

Función Física (FF): grado en que la salud, limita las actividades físicas tales como bañarse, vestirse, caminar, agacharse, subir escaleras, levantar pesos y los esfuerzos moderados e intensos.

Rol físico (RF): grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado.

Rol Emocional (RE): grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo reducción en el tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo como consecuencia de problemas emocionales.

Función Social (FS): Interferencia con la vida social habitual debido a problemas físicos o emocionales

Dolor corporal (DC): Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto en el hogar como fuera de casa.

Vitalidad (VT): Sensación de energía y vitalidad, en contraposición a la sensación de cansancio y agotamiento.

Salud Mental (SM): Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general.



**CAPÍTULO I
MATERIAL Y MÉTODOS**

MATERIAL Y MÉTODOS

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

Técnica: Mediante entrevista tipo cuestionario para la recopilación y recolección de la información.

Instrumento: Hoja de recolección de datos (Anexo 1), Cuestionario de Salud SF-36 (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación espacial:

Pacientes que acudieron a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa

2.2 Ubicación temporal:

El presente trabajo se llevó a cabo durante enero y febrero del 2017.

2.3 Población de estudio:

2.3.1. Universo o población:

Todos los pacientes que acudieron a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología con enfermedades crónicas degenerativas en los establecimientos de Salud.

2.3.2. Población Blanco:

Pacientes que acudieron a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología con enfermedades crónicas degenerativas en el Hospital Goyeneche.

2.3.3. Población Accesible:

Pacientes que acudieron a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología con enfermedades crónicas degenerativas en el Hospital Goyeneche entre los meses de enero a febrero del 2017.

2.3.4. Muestra

Pacientes que acudieron a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología con enfermedades crónicas degenerativas en el Hospital Goyeneche Arequipa entre los meses de enero a febrero del 2017 que cumplan los criterios de inclusión.

Tamaño de muestra: 160 pacientes.

2.5. Criterios de inclusión:

- Paciente mayor de 18 años
- Paciente con diagnóstico definido de enfermedad crónica degenerativas
- Firma de consentimiento informado
- Deseo de intervenir en el estudio

2.6. Criterios de exclusión:

- No firma del consentimiento informado
- Paciente con alteraciones o en tratamiento psiquiátrico
- Ausencia de datos confirmatorios del diagnóstico

3.0 Criterios o estrategias para manejar resultados:

1. Plan de procesamiento: Luego de calificar los instrumentos los datos obtenidos se vaciarán al programa SPSS 19.0.
2. Plan de resultados: Se realizará un análisis descriptivo de los datos, en tablas de frecuencias, se describen las observaciones en número absolutos y porcentajes para su posterior análisis y discusión.
3. Plan de análisis: En estadística descriptiva, análisis de regresión múltiple, nivel de significación estadística se calculará $p < 0,05$ de los diferentes estadísticos descriptivos y de comparación.



“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

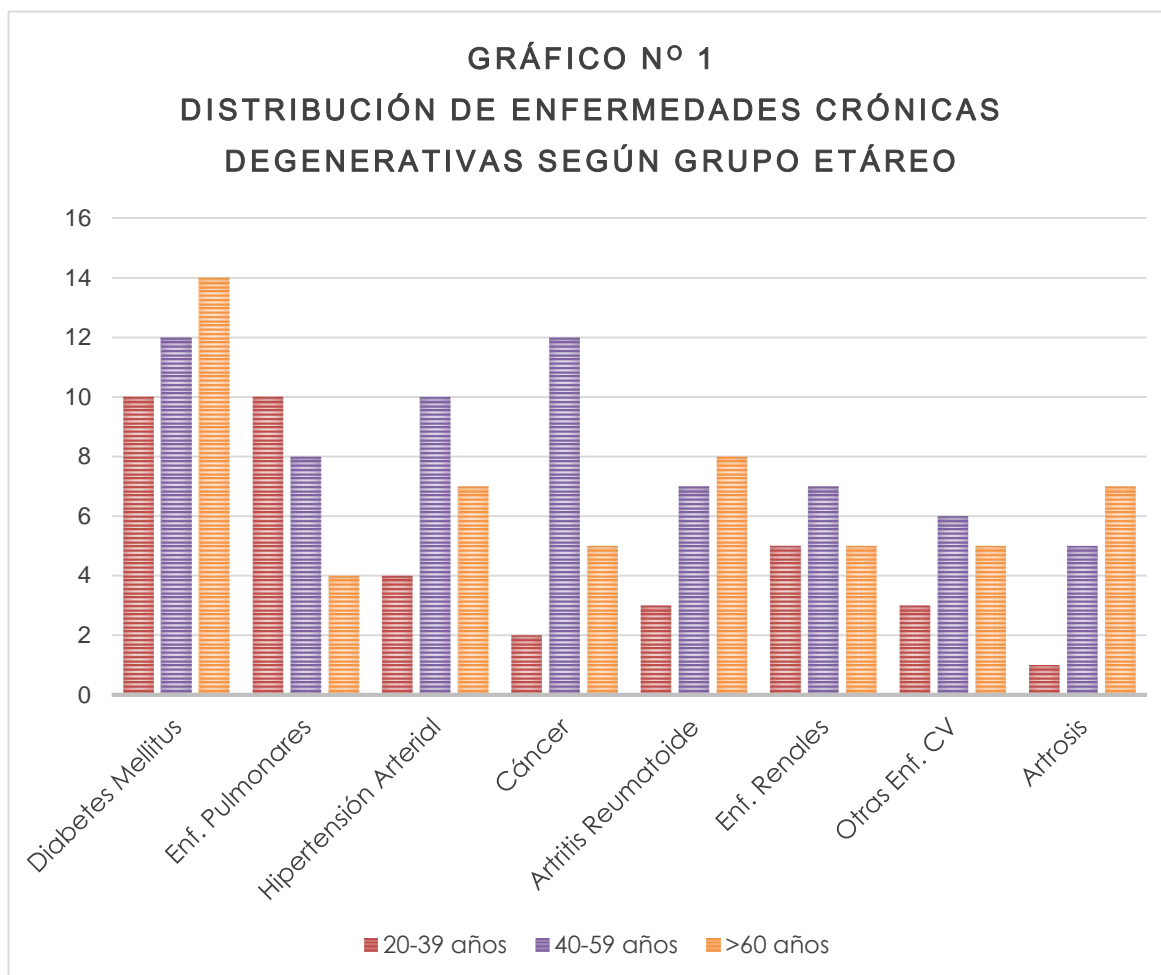
TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS SEGÚN GRUPO ETÁREO

ENFERMEDAD	GRUPO ETÁREO						TOTAL N°
	20 -39		40-59		> 60		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Diabetes Mellitus	10	6,25	12	7,50	14	8,75	36
Enf. Pulmonares	10	6,25	8	5,00	4	2,50	22
Hipertensión Arterial	4	2,50	10	6,25	7	4,38	21
Cáncer	2	1,25	12	7,50	5	3,13	19
Artritis Reumatoide	3	1,88	7	4,38	8	5,00	18
Enf. Renales	5	3,13	7	4,38	5	3,13	17
Otras Enf. Cardiovasculares	3	1,88	6	3,75	5	3,13	14
Artrosis	1	0,63	5	3,13	7	4,38	13
TOTALES	38	23,75	67	41,88	55	34,38	160

Fuente: Elaboración propia.

Se entrevistó un total de 160 pacientes. El grupo etáreo más frecuente estuvo comprendido entre los 40 – 59 años. Siendo la enfermedad más frecuente, la Diabetes Mellitus y afecto mayormente a los mayores de 60 años. Seguido por las enfermedades pulmonares que afectó a pacientes mayormente entre 20-39 años.

“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”



“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

TABLA N° 2

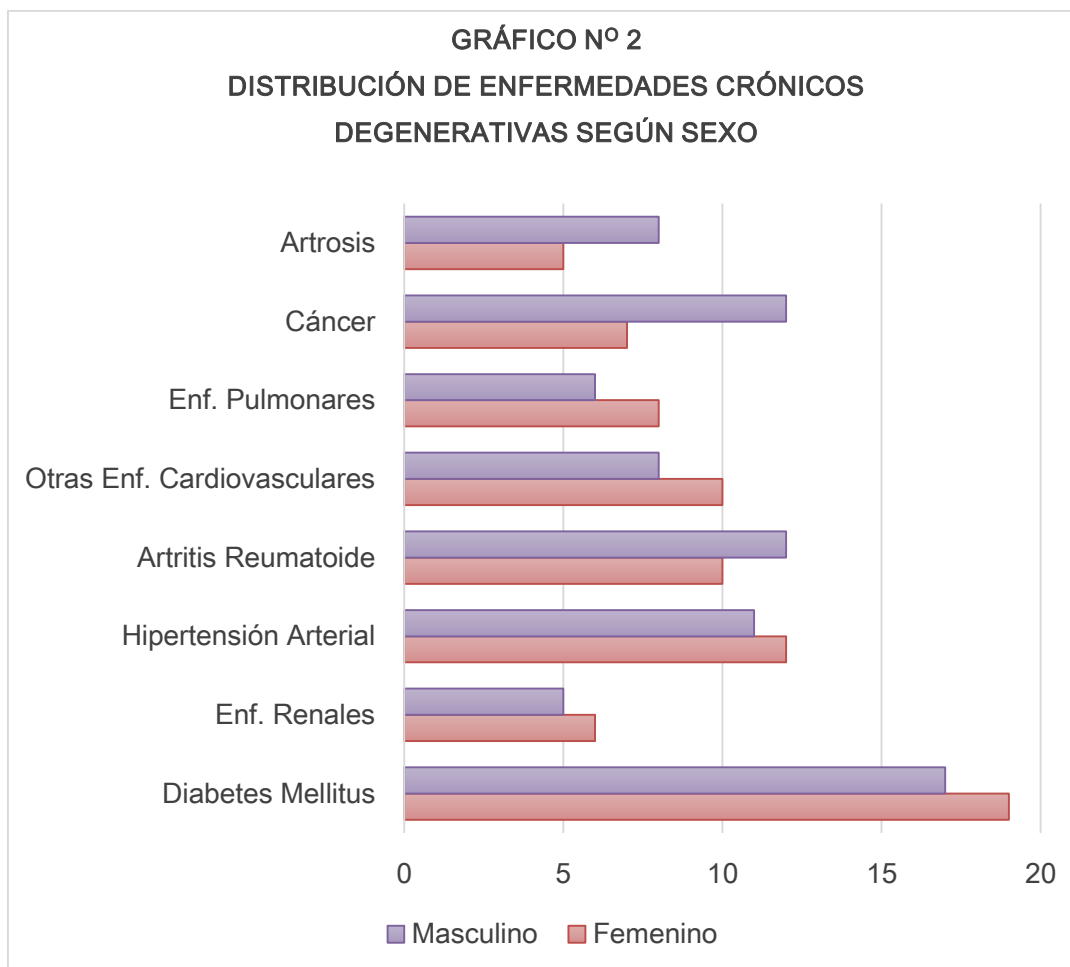
**DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICOS DEGENERATIVAS
SEGÚN SEXO**

ENFERMEDAD	SEXO			
	FEMENINO		MASCULINO	
	N°	%	N°	%
Diabetes Mellitus	19	11,88	17	10,63
Enf. Renales	12	7,50	5	3,13
Hipertensión Arterial	10	6,25	11	6,88
Enf. Pulmonares	10	6,25	12	7,50
Artritis Reumatoide	10	6,25	8	5,00
Otras Enf. Cardiovasculares	8	5,00	6	3,75
Cáncer	7	4,38	12	7,50
Artrosis	5	3,13	8	5,00
TOTALES	81	50,63	79	49,38

Fuente: Elaboración propia.

La distribución de enfermedades crónico degenerativas según sexo, predominó el sexo femenino en un 50,63%, donde la enfermedad más frecuente fue Diabetes Mellitus, el sexo femenino fue el 11.88% y masculino el 10.63%.

“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”



“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

TABLA N° 3

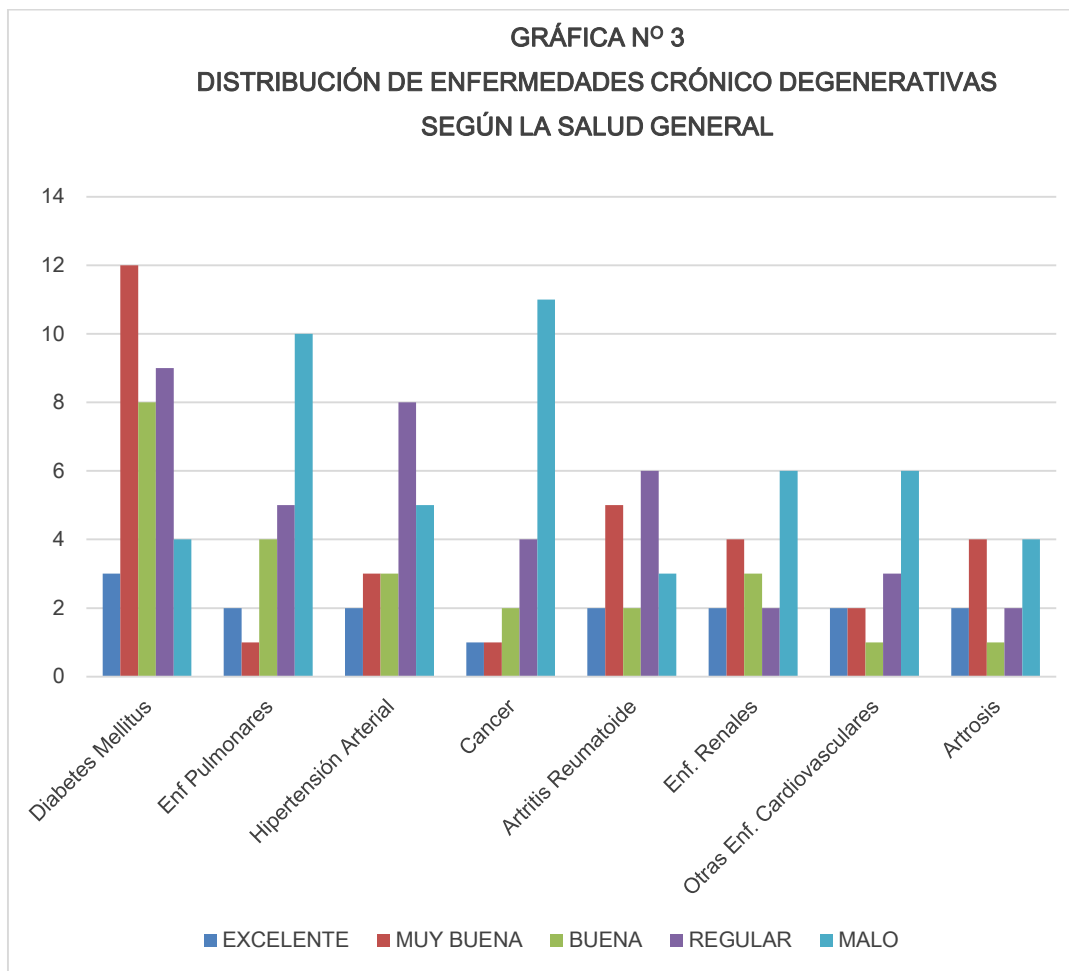
DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS SEGÚN LA SALUD GENERAL

ENFERMEDAD	SALUD GENERAL (1, 33, 34, 35, 36)											
	EXCELENTE		MUY BUENA		BUENA		REGULAR		MALO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Diabetes Mellitus	3	1,88	12	7,50	8	5,00	9	5,63	4	2,50	36	22,50
Enf. Pulmonares	2	1,25	1	0,63	4	2,50	5	3,13	10	6,25	22	13,75
Hipertensión Arterial	2	1,25	3	1,88	3	1,88	8	5,00	5	3,13	21	13,13
Cáncer	1	0,63	1	0,63	2	1,25	4	2,50	11	6,88	19	11,88
Artritis Reumatoide	2	1,25	5	3,13	2	1,25	6	3,75	3	1,88	18	11,25
Enf. Renales	2	1,25	4	2,50	3	1,88	2	1,25	6	3,75	17	10,63
Otras Enf. Cardiovasculares	2	1,25	2	1,25	1	0,63	3	1,88	6	3,75	14	8,75
Artrosis	2	1,25	4	2,50	1	0,63	2	1,25	4	2,50	13	8,13
TOTALES	16	10,00	32	20,00	24	15,00	39	24,38	49	30,63	160	100,00

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N°3, podemos apreciar que la evaluación en la salud general fue mala en 30,63% de pacientes. Afectando mayormente a los que padecen Cáncer en un 6,88%, seguido por las enfermedades pulmonares con 6,25%.

“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”



“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

TABLA N°4

DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS SEGÚN, SEXO Y GRUPO ETÁREO EN LA SALUD GENERAL

ENFERMEDAD	SEXO				GRUPO ETAREO			
	FEMENINO		MASCULINO		20 - 49		50 a +	
	N°	Fiabilidad	N°	Fiabilidad	N°	Fiabilidad	N°	Fiabilidad
	0,76 - 0,8		0,76 - 0,80		0,76 - 0,80		0,76 - 0,80	
Diabetes Mellitus	19	0,002	17	0,001	16	0,003	20	0,004
Enf. Renales	12	0,008	5	0,007	8	0,001	9	0,006
Hipertensión Arterial	10	0,005	11	0,004	9	0,006	12	0,007
Enf. Pulmonares	10	0,002	12	0,001	14	0,003	8	0,001
Artritis Reumatoide	10	0,025	8	0,015	7	0,035	11	0,045
Enf. Cardiovasculares	8	0,085	6	0,074	6	0,095	8	0,065
Cáncer	7	0,001	12	0,001	8	0,001	11	0,001
Artrosis	5	0,055	8	0,044	3	0,066	10	0,008
TOTALES	81	p	79	p	71	p	89	p

Fuente: Elaboración propia.

P<0.05

La tabla muestra una fiabilidad para ambos sexos y ambos grupos etarios de 0.76-0,80, donde p en todos los casos es significativa, siendo en Cáncer altamente significativo en ambos sexos y en todas las edades. En sexo masculino fue altamente significativo en Diabetes mellitus.

En pacientes entre 20 a 49 años es altamente significativo en enfermedades renales y para mayores de 50años es altamente significativo en enfermedades pulmonares.

“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

TABLA N° 5

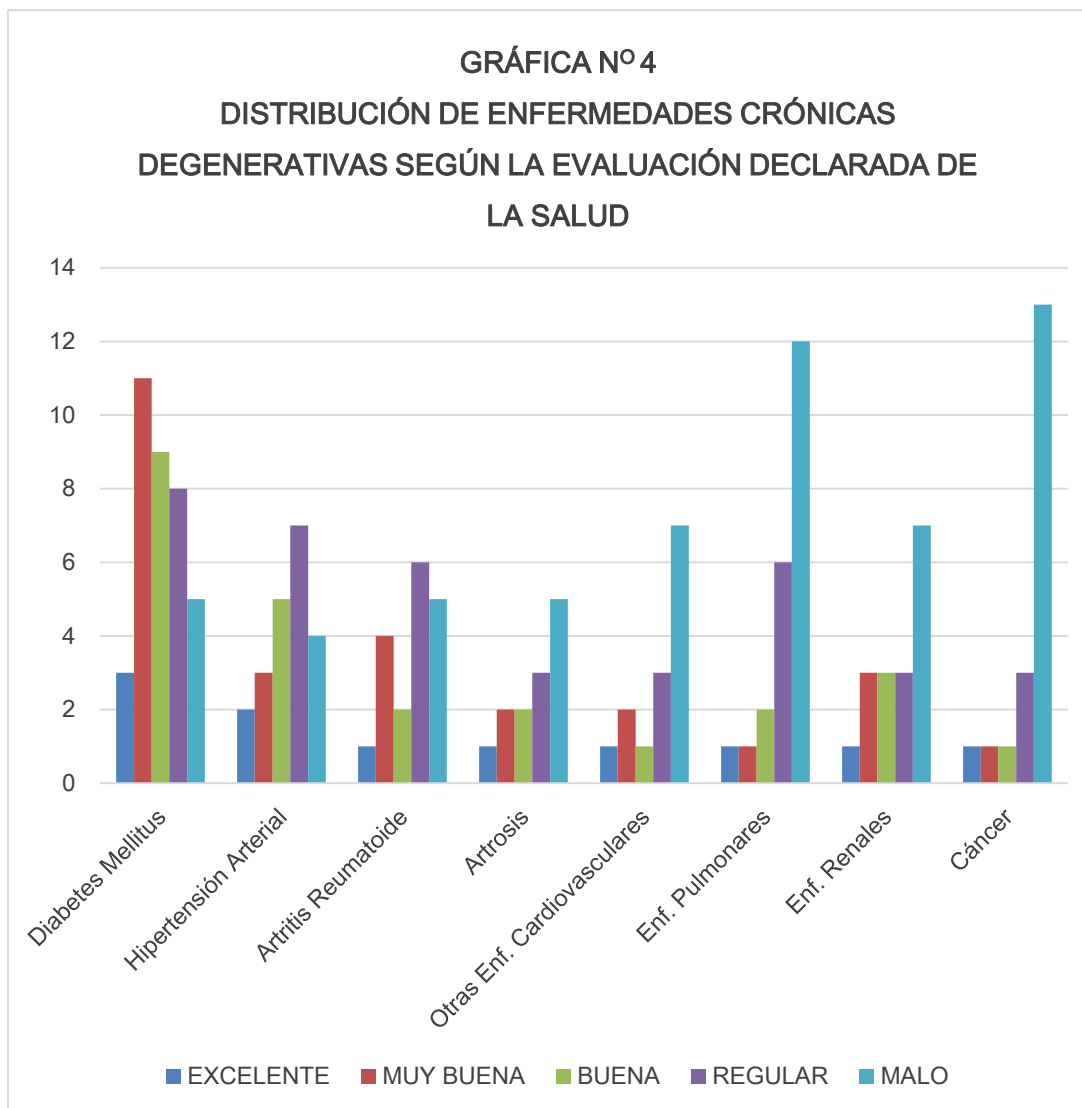
DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS SEGÚN LA EVALUACIÓN DECLARADA DE LA SALUD

ENFERMEDAD	EVALUACION DECLARADA DE LA SALUD (2)											
	EXCELENTE		MUY BUENA		BUENA		REGULAR		MALO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Diabetes Mellitus	3	1,88	11	6,88	9	5,63	8	5,00	5	3,13	36	22,50
Enf. Pulmonares	1	0,63	1	0,63	2	1,25	6	3,75	12	7,50	22	13,75
Hipertensión Arterial	2	1,25	3	1,88	5	3,13	7	4,38	4	2,50	21	13,13
Cáncer	1	0,63	1	0,63	1	0,63	3	1,88	13	8,13	19	11,88
Artritis Reumatoide	1	0,63	4	2,50	2	1,25	6	3,75	5	3,13	18	11,25
Enf. Renales	1	0,63	3	1,88	3	1,88	3	1,88	7	4,38	17	10,63
Otras Enf. Cardiovasculares	1	0,63	2	1,25	1	0,63	3	1,88	7	4,38	14	8,75
Artrosis	1	0,63	2	1,25	2	1,25	3	1,88	5	3,13	13	8,13
TOTALES	11	6,88	27	16,88	25	15,63	39	24,38	58	36,25	160	100,00

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 5, podemos apreciar que la evaluación declarada de la salud fue mala en un 36,25%, siendo más frecuente en pacientes con Cáncer (8,13%), seguido por las enfermedades pulmonares (7,5%)

“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”



“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

TABLA N°6

DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS SEGÚN, SEXO Y GRUPO ETÁREO Y EVALUACIÓN DECLARADA DE LA SALUD

ENFERMEDAD	SEXO				GRUPO ETÁREO			
	FEMENINO		MASCULINO		20 -49		50 a +	
	N°	Fiabilidad	N°	Fiabilidad	N°	Fiabilidad	N°	Fiabilidad
	0,80 - 0,95		0,80 - 0,95		0,80 - 0,95		0,80 - 0,95	
Diabetes Mellitus	19	0,001	17	0,001	16	0,002	20	0,003
Enf. Renales	12	0,007	5	0,006	8	0,001	9	0,005
Enf. Pulmonares	10	0,001	12	0,001	14	0,002	8	0,001
Hipertensión Arterial	10	0,004	11	0,003	9	0,005	12	0,006
Artritis Reumatoide	10	0,015	8	0,010	7	0,025	11	0,035
Enf. Cardiovasculares	8	0,075	6	0,064	6	0,085	8	0,055
Cáncer	7	0,001	12	0,001	8	0,001	11	0,001
Artrosis	5	0,045	8	0,035	3	0,055	10	0,007
TOTALES	81	P	79	p	71	p	89	P

Fuente: Elaboración propia.

P<0.05

La tabla muestra una fiabilidad para ambos sexos y ambos grupos de 0.80-0,95, donde p en todos los casos es significativa. Siendo en cáncer altamente significativo para ambos sexos y en todas las edades. en sexo masculino fue altamente significativo en Diabetes mellitus.

En pacientes entre 20 a 49 años es altamente significativo en enfermedades renales y para mayores de 50 años es altamente significativo en enfermedades pulmonares.

“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

TABLA N° 7

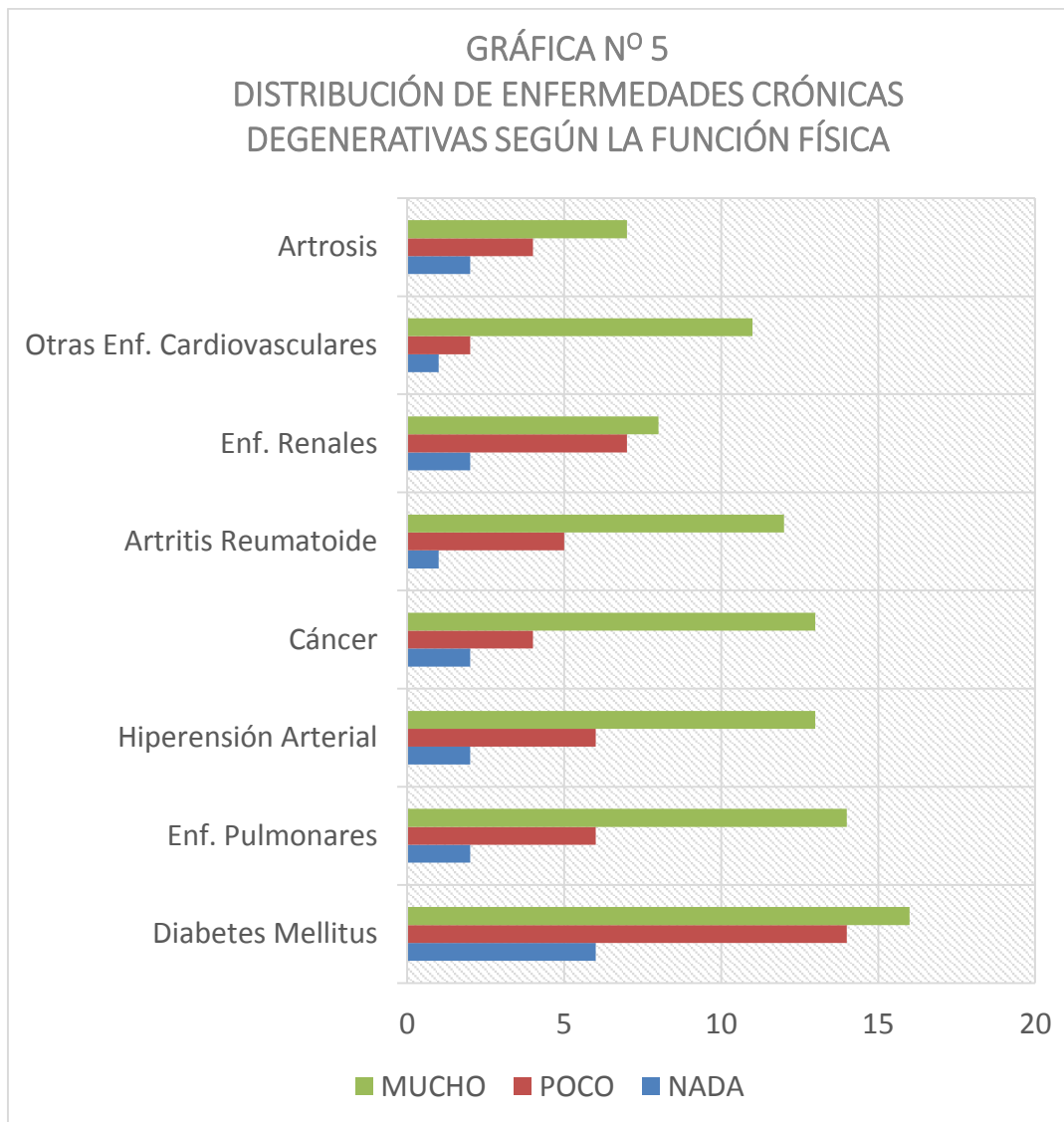
DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS SEGÚN LA FUNCIÓN FÍSICA

ENFERMEDAD	FUNCION FISICA (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12)							
	LIMITACIONES						TOTAL	
	NADA		POCO		MUCHO			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Diabetes Mellitus	6	3,75	14	8,75	16	10,00	36	22,50
Enf. Pulmonares	2	1,25	6	3,75	14	8,75	22	13,75
Hipertensión Arterial	2	1,25	6	3,75	13	8,13	21	13,13
Cáncer	2	1,25	4	2,50	13	8,13	19	11,88
Artritis Reumatoide	1	0,63	5	3,13	12	7,50	18	11,25
Enf. Renales	2	1,25	7	4,38	8	5,00	17	10,63
Otras Enf. Cardiovasculares	1	0,63	2	1,25	11	6,88	14	8,75
Artrosis	2	1,25	4	2,50	7	4,38	13	8,13
TOTALES	18	11,25	48	30,00	94	58,75	160	100,00

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla N° 7, podemos apreciar que limitaron mucho la función física en un 58,75% de los pacientes, afectando principalmente a los que padecieron Diabetes mellitus (10%) seguido de enfermedades pulmonares (8,75%),

“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”



“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

TABLA N°8

DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS SEGÚN, SEXO Y GRUPO ETAREO Y FUNCIÓN FÍSICA

ENFERMEDAD	SEXO				GRUPO ETAREO			
	FEMENINO		MASCULINO		20 -49		50 a +	
	N°	Fiabilidad	N°	Fiabilidad	N°	Fiabilidad	N°	Fiabilidad
	0,87 - 0,92		0,87 - 0,92		0,87 - 0,92		0,87 - 0,92	
Diabetes Mellitus	19	0,001	17	0,001	16	0,001	20	0,002
Enf. Renales	12	0,006	5	0,005	8	0,001	9	0,004
Enf. Pulmonares	10	0,001	12	0,001	14	0,001	8	0,001
Hipertensión Arterial	10	0,004	11	0,002	9	0,004	12	0,005
Artritis Reumatoide	10	0,005	8	0,005	7	0,015	11	0,025
Enf. Cardiovasculares	8	0,065	6	0,054	6	0,075	8	0,045
Cáncer	7	0,001	12	0,001	8	0,001	11	0,001
Artrosis	5	0,035	8	0,024	3	0,045	10	0,006
TOTALES	81	P	79	p	71	p	89	p

Fuente: Elaboración propia.

P<0.05

La tabla muestra una fiabilidad para ambos sexos y ambos grupos etarios de 0.87-0.92, donde p en todos los casos es significativa. Siendo en cáncer altamente significativo para ambos sexos y en todas las edades, en sexo masculino fue altamente significativo en Diabetes mellitus.

En pacientes entre 20 a 49 años es altamente significativo en enfermedades renales y para mayores de 50 años es altamente significativo en enfermedades pulmonares.

“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

TABLA N° 9

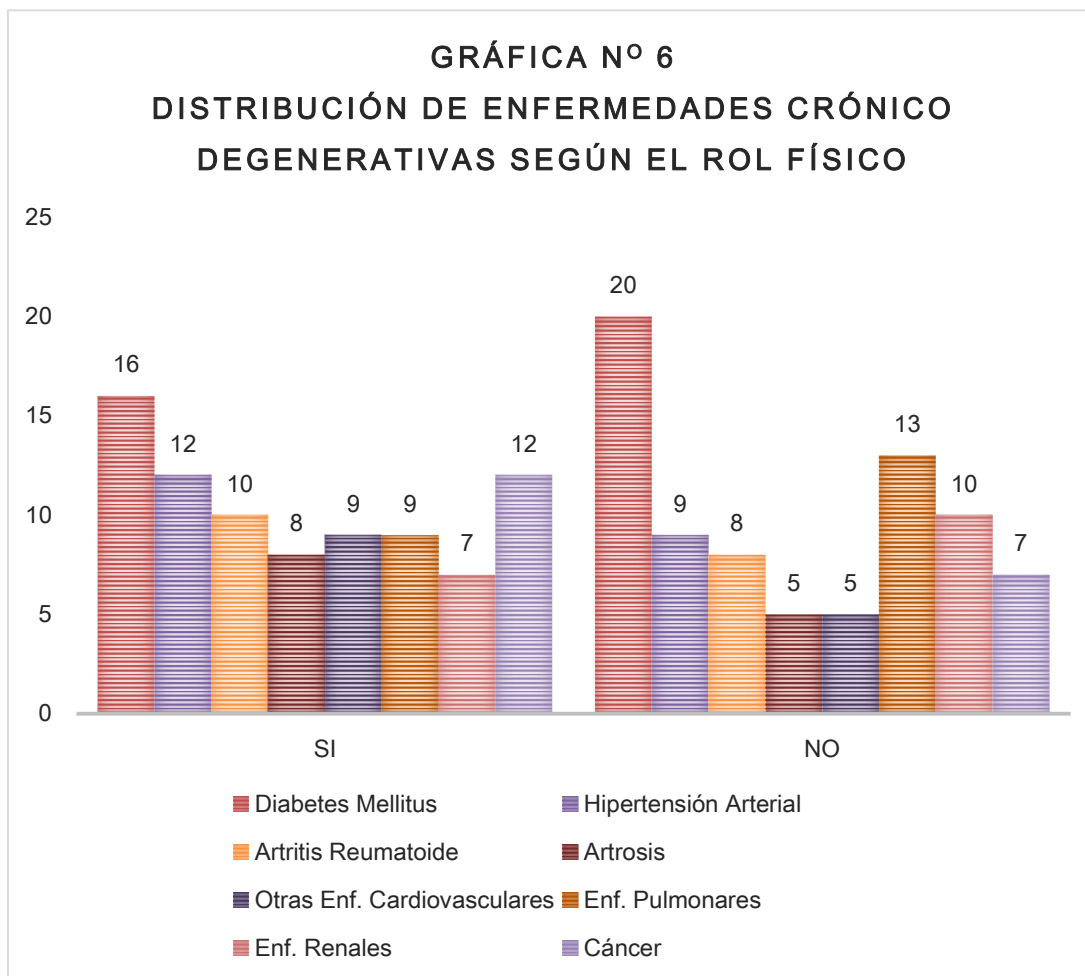
DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS SEGÚN EL ROL FÍSICO

ENFERMEDAD	ROL FISICO (13, 14, 15, 16)					
	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Diabetes Mellitus	16	10,00	20	12,50	36	22,50
Enf. Pulmonares	9	5,63	13	8,13	22	13,75
Hipertensión Arterial	12	7,50	9	5,63	21	13,13
Cáncer	12	7,50	7	4,38	19	11,88
Artritis Reumatoide	10	6,25	8	5,00	18	11,25
Enf. Renales	7	4,38	10	6,25	17	10,63
Otras Enf. Cardiovasculares	9	5,63	5	3,13	14	8,75
Artrosis	8	5,00	5	3,13	13	8,13
TOTALES	83	51,88	77	48,13	160	100,00

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla N° 9, podemos apreciar que, si interfirieron en el trabajo y la actividad diaria en un 51,88 % de los pacientes, sobre todo los que padecieron Diabetes Mellitus (10%) seguido por Hipertensión arterial (7,5%) y Cáncer (7,5%).

“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”



“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

TABLA N°10

DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS SEGÚN, SEXO Y GRUPO ETÁREO Y ROL FÍSICO

ENFERMEDAD	SEXO				GRUPO ETAREO			
	FEMENINO		MASCULINO		20 -49		50 a +	
	N°	Fiabilidad	N°	Fiabilidad	N°	Fiabilidad	N°	Fiabilidad
	0,87 - 0,94		0,87 - 0,94		0,87 - 0,94		0,87 - 0,94	
Diabetes Mellitus	19	0,002	17	0,001	16	0,003	20	0,004
Enf. Renales	12	0,007	5	0,003	8	0,003	9	0,006
Enf. Pulmonares	10	0,002	12	0,001	14	0,003	8	0,003
Hipertensión Arterial	10	0,005	11	0,001	9	0,006	12	0,007
Artritis Reumatoide	10	0,006	8	0,003	7	0,035	11	0,045
Enf. Cardiovasculares	8	0,075	6	0,034	6	0,095	8	0,065
Cáncer	7	0,002	12	0,001	8	0,003	11	0,003
Artrosis	5	0,045	8	0,010	3	0,065	10	0,008
TOTALES	81	P	79	P	71	p	89	P

Fuente: Elaboración propia.

P<0.05

La tabla muestra una fiabilidad para ambos sexos y ambos grupos etarios de 0.87-0.94, donde p en todos los casos es significativa. Siendo en cáncer altamente significativo para ambos sexos y en todas las edades, en sexo masculino fue altamente significativo en Diabetes mellitus.

En pacientes entre 20 a 49 años es altamente significativo en enfermedades renales y para mayores de 50 años es altamente significativo en enfermedades pulmonares.

“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

TABLA N° 11

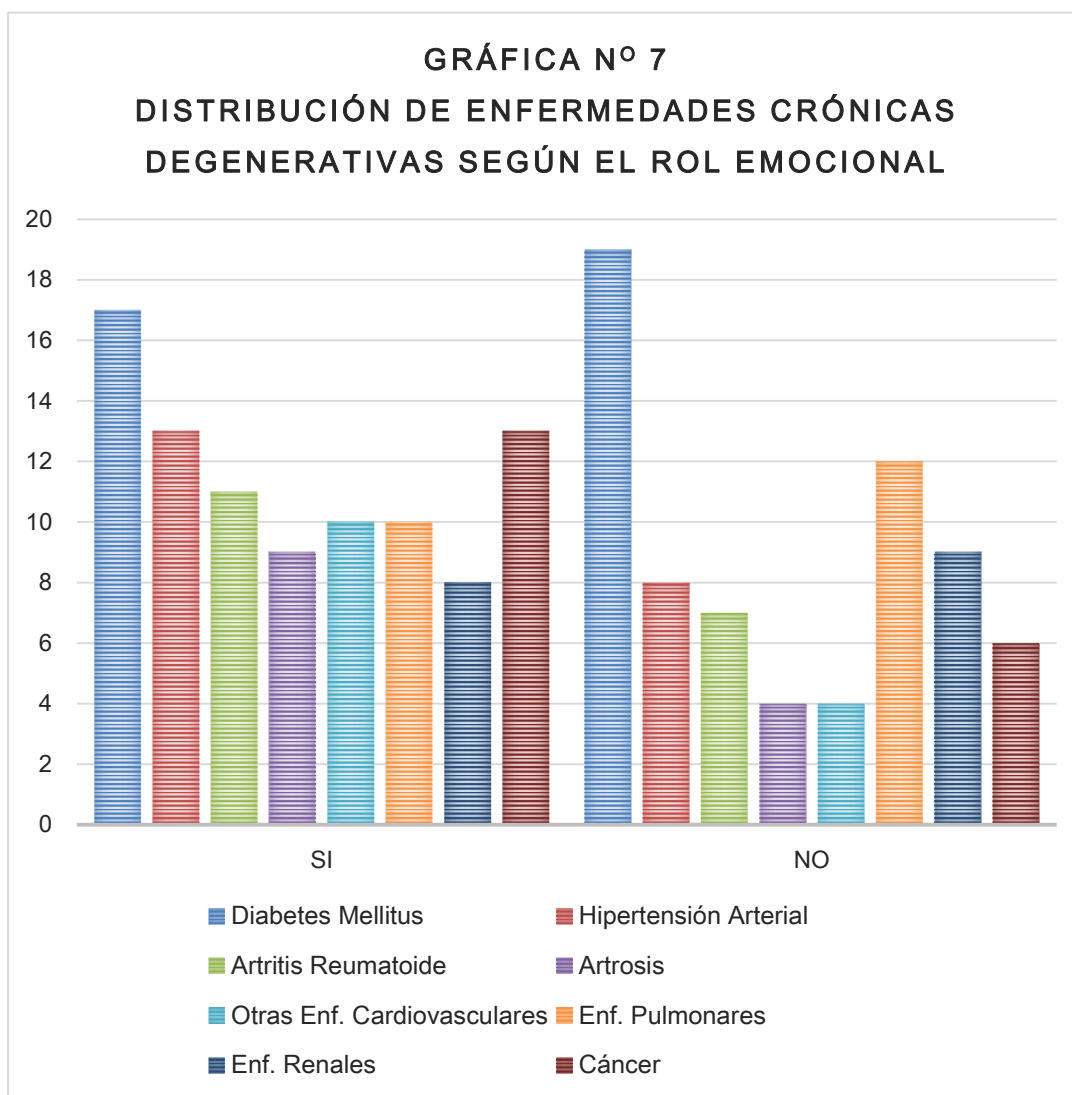
DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS SEGÚN EL ROL EMOCIONAL

ENFERMEDAD	ROL EMOCIONAL (17, 18, 19)					
	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Diabetes Mellitus	17	10,63	19	11,88	36	22,50
Enf. Pulmonares	10	6,25	12	7,50	22	13,75
Hipertensión Arterial	13	8,13	8	5,00	21	13,13
Cáncer	13	8,13	6	3,75	19	11,88
Artritis Reumatoide	11	6,88	7	4,38	18	11,25
Enf. Renales	8	5,00	9	5,63	17	10,63
Otras Enf. Cardiovasculares	10	6,25	4	2,50	14	8,75
Artrosis	9	5,63	4	2,50	13	8,13
TOTALES	91	56,88	69	43,13	160	100,00

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla N° 11, podemos apreciar que las enfermedades crónicas degenerativas si ocasionaron problemas emocionales y que repercutieron en el trabajo y otras actividades diarias en un 56,88%, principalmente en los pacientes con Diabetes mellitus (10,63%) seguido por Hipertensión arterial (8,13%) y Cáncer (8,13%).

“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”



“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

TABLA N°12

DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS SEGÚN, SEXO Y GRUPO ETÁREO Y ROL EMOCIONAL

ENFERMEDAD	SEXO				GRUPO ETAREO			
	FEMENINO		MASCULINO		20 -49		50 a +	
	N°	Fiabilidad	N°	Fiabilidad	N°	Fiabilidad	N°	Fiabilidad
	0,87 - 0,93		0,87 - 0,93		0,87 - 0,93		0,87 - 0,93	
Diabetes Mellitus	19	0,003	17	0,001	16	0,002	20	0,003
Enf. Renales	12	0,008	5	0,002	8	0,004	9	0,005
Enf. Pulmonares	10	0,001	12	0,001	14	0,002	8	0,004
Hipertensión Arterial	10	0,004	11	0,002	9	0,007	12	0,008
Artritis Reumatoide	10	0,007	8	0,002	7	0,025	11	0,035
Enf. Cardiovasculares	8	0,085	6	0,025	6	0,100	8	0,055
Cáncer	7	0,001	12	0,001	8	0,002	11	0,004
Artrosis	5	0,035	8	0,020	3	0,075	10	0,009
TOTALES	81	P	79	p	71	p	89	p

Fuente: Elaboración propia.

P<0.05

La tabla muestra una fiabilidad para ambos sexos y ambos grupos etarios de 0.87-0.93, donde p en todos los casos es significativa. Siendo, Cáncer altamente significativo para ambos sexos y en todas las edades, en sexo masculino fue altamente significativo en Diabetes mellitus.

En pacientes entre 20 a 49 años es altamente significativo en enfermedades renales y para mayores de 50 años es altamente significativo en enfermedades pulmonares.

“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

TABLA N° 13

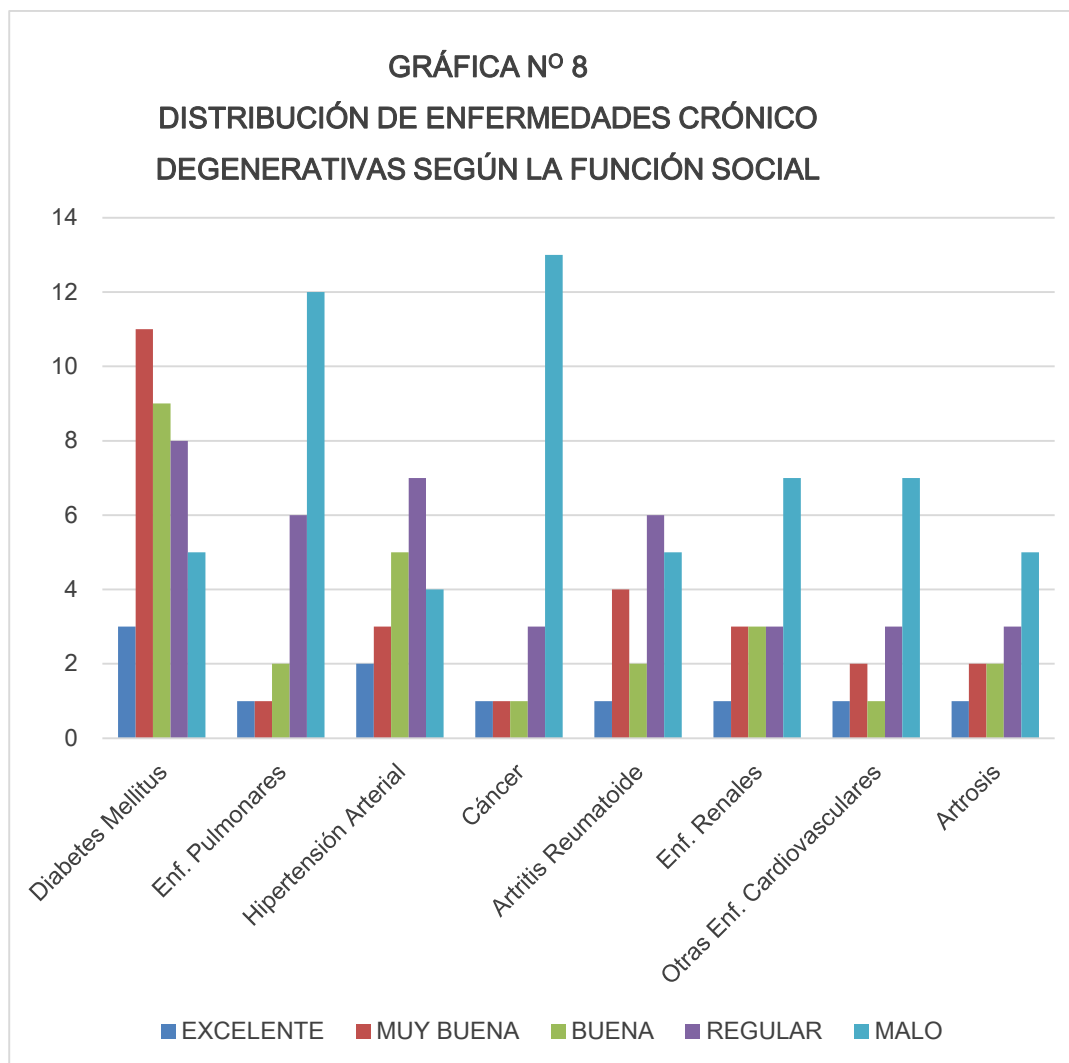
DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS SEGÚN LA FUNCIÓN SOCIAL

ENFERMEDAD	FUNCION SOCIAL (20, 32)											
	EXCELENTE		MUY BUENA		BUENA		REGULAR		MALO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Diabetes Mellitus	3	1,88	11	6,88	9	5,63	8	5,00	5	3,13	36	22,50
Enf. Pulmonares	1	0,63	1	0,63	2	1,25	6	3,75	12	7,50	22	13,75
Hipertensión Arterial	2	1,25	3	1,88	5	3,13	7	4,38	4	2,50	21	13,13
Cáncer	1	0,63	1	0,63	1	0,63	3	1,88	13	8,13	19	11,88
Artritis Reumatoide	1	0,63	4	2,50	2	1,25	6	3,75	5	3,13	18	11,25
Enf. Renales	1	0,63	3	1,88	3	1,88	3	1,88	7	4,38	17	10,63
Otras Enf. Cardiovasculares	1	0,63	2	1,25	1	0,63	3	1,88	7	4,38	14	8,75
Artrosis	1	0,63	2	1,25	2	1,25	3	1,88	5	3,13	13	8,13
TOTALES	11	6,88	27	16,88	25	15,63	39	24,38	58	36,25	160	100,00

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla N° 13, podemos apreciar que la función social fue mala en el 36,25% de los pacientes, principalmente los que padecen Cáncer (8,13%), seguido por las enfermedades pulmonares (7,50%).

“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”



“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

TABLA N°14

DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS SEGÚN, SEXO Y GRUPO ETÁREO Y FUNCIÓN SOCIAL

ENFERMEDAD	SEXO				GRUPO ETAREO			
	FEMENINO		MASCULINO		20 -49		50 a +	
	N°	Fiabilidad	N°	Fiabilidad	N°	Fiabilidad	N°	Fiabilidad
	0,69 - 0,79		0,69 - 0,79		0,69 - 0,79		0,69 - 0,79	
Diabetes Mellitus	19	0,002	17	0,001	16	0,003	20	0,002
Enf. Renales	12	0,008	5	0,005	8	0,001	9	0,004
Enf. Pulmonares	10	0,001	12	0,001	14	0,001	8	0,002
Hipertensión Arterial	10	0,003	11	0,004	9	0,004	12	0,007
Artritis Reumatoide	10	0,025	8	0,090	7	0,035	11	0,025
Enf. Cardiovasculares	8	0,085	6	0,055	6	0,095	8	0,045
Cáncer	7	0,001	12	0,001	8	0,001	11	0,002
Artrosis	5	0,035	8	0,045	3	0,045	10	0,008
TOTALES	81	P	79	p	71	p	89	P

Fuente: Elaboración propia.

P<0.05

La tabla muestra una fiabilidad para ambos sexos y ambos grupos etarios de 0.69-0.79, donde p en todos los casos es significativa. Siendo, Cáncer altamente significativo para ambos sexos y en todas las edades, en sexo masculino fue altamente significativo en Diabetes mellitus.

En pacientes entre 20 a 49 años es altamente significativo en enfermedades renales y para mayores de 50 años es altamente significativo en enfermedades pulmonares.

“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

TABLA N° 15

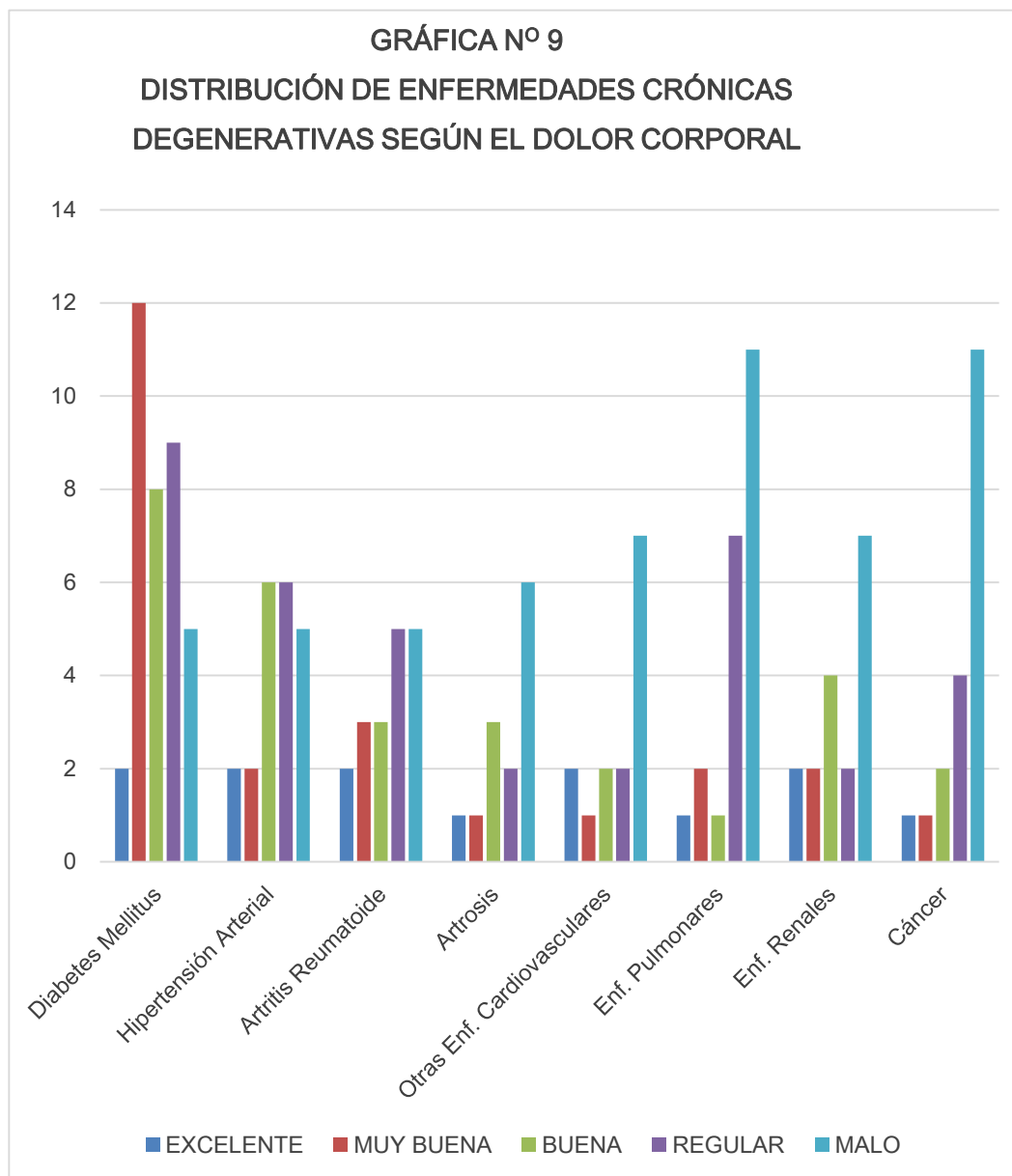
**DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS SEGÚN
EL DOLOR CORPORAL**

ENFERMEDAD	DOLOR CORPORAL (21, 22)											
	EXCELENTE		MUY BUENA		BUENA		REGULAR		MALO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Diabetes Mellitus	2	1,25	12	7,50	8	5,00	9	5,63	5	3,13	36	22,50
Enf. Pulmonares	1	0,63	2	1,25	1	0,63	7	4,38	11	6,88	22	13,75
Hipertensión Arterial	2	1,25	2	1,25	6	3,75	6	3,75	5	3,13	21	13,13
Cáncer	1	0,63	1	0,63	2	1,25	4	2,50	11	6,88	19	11,88
Artritis Reumatoide	2	1,25	3	1,88	3	1,88	5	3,13	5	3,13	18	11,25
Enf. Renales	2	1,25	2	1,25	4	2,50	2	1,25	7	4,38	17	10,63
Otras Enf. Cardiovasculares	2	1,25	1	0,63	2	1,25	2	1,25	7	4,38	14	8,75
Artrosis	1	0,63	1	0,63	3	1,88	2	1,25	6	3,75	13	8,13
TOTALES	13	8,13	24	15,00	29	18,13	37	23,13	57	35,63	160	100,00

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla N° 15, podemos apreciar que el dolor corporal fue malo en un 35,63% de los pacientes, principalmente los que padecen Cáncer y enfermedades pulmonares (6,88%), seguido por otras enfermedades cardiovasculares y renales (4,38%).

“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”



“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

TABLA N°16

DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS SEGÚN, SEXO Y GRUPO ETÁREO Y DOLOR CORPORAL

ENFERMEDAD	SEXO				GRUPO ETAREO			
	FEMENINO		MASCULINO		20 -49		50 a +	
	N°	Fiabilidad	N°	Fiabilidad	N°	Fiabilidad	N°	Fiabilidad
	0,80 - 0,90		0,80 - 0,90		0,80 - 0,90		0,80 - 0,90	
Diabetes Mellitus	19	0,004	17	0,003	16	0,005	20	0,004
Enf. Renales	12	0,009	5	0,007	8	0,003	9	0,006
Enf. Pulmonares	10	0,003	12	0,003	14	0,003	8	0,004
Hipertensión Arterial	10	0,005	11	0,006	9	0,006	12	0,009
Artritis Reumatoide	10	0,045	8	0,110	7	0,055	11	0,045
Enf. Cardiovasculares	8	0,095	6	0,075	6	0,110	8	0,060
Cáncer	7	0,001	12	0,001	8	0,001	11	0,004
Artrosis	5	0,055	8	0,065	3	0,065	10	0,100
TOTALES	81	P	79	p	71	P	89	p

Fuente: Elaboración propia.

P<0.05

La tabla muestra una fiabilidad para ambos sexos y ambos grupos etarios de 0.80-0.90, donde p en todos los casos es significativa. Siendo, Cáncer altamente significativo para ambos sexos y en todas las edades, en sexo masculino fue altamente significativo en Diabetes mellitus.

En pacientes entre 20 a 49 años es altamente significativo en enfermedades renales y para mayores de 50 años es altamente significativo en enfermedades pulmonares.

“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

TABLA N° 17

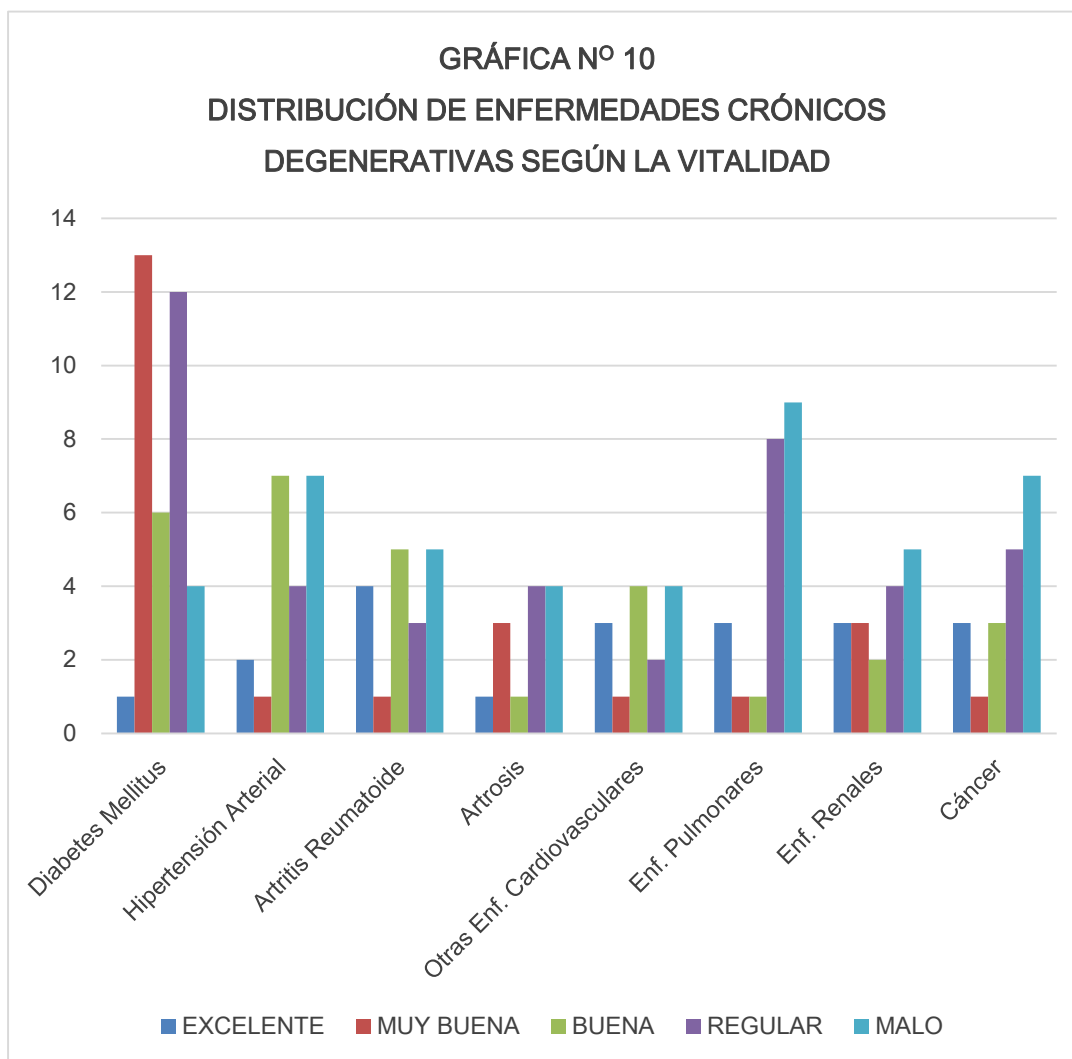
DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICOS DEGENERATIVAS SEGÚN LA VITALIDAD

ENFERMEDAD	VITALIDAD (23, 27, 31)											
	EXCELENTE		MUY BUENA		BUENA		REGULAR		MALO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Diabetes Mellitus	1	0,63	13	8,13	6	3,75	12	7,50	4	2,50	36	22,50
Enf. Pulmonares	3	1,88	1	0,63	1	0,63	8	5,00	9	5,63	22	13,75
Hipertensión Arterial	2	1,25	1	0,63	7	4,38	4	2,50	7	4,38	21	13,13
Cáncer	3	1,88	1	0,63	3	1,88	5	3,13	7	4,38	19	11,88
Artritis Reumatoide	4	2,50	1	0,63	5	3,13	3	1,88	5	3,13	18	11,25
Enf. Renales	3	1,88	3	1,88	2	1,25	4	2,50	5	3,13	17	10,63
Otras Enf. Cardiovasculares	3	1,88	1	0,63	4	2,50	2	1,25	4	2,50	14	8,75
Artrosis	1	0,63	3	1,88	1	0,63	4	2,50	4	2,50	13	8,13
TOTALES	20	12,50	24	15,00	29	18,13	42	26,25	45	28,13	160	100,00

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla N° 17, podemos apreciar que la sensación de vitalidad fue mala en el 28,13% de los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, siendo el más frecuente las enfermedades pulmonares (5,63%), seguido por hipertensión arterial y cáncer (4,38%).

“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”



“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

TABLA N°18

DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICOS DEGENERATIVAS SEGÚN, SEXO Y GRUPO ETAREO Y VITALIDAD

ENFERMEDAD	SEXO				GRUPO ETAREO			
	FEMENINO		MASCULINO		20 -49		50 a +	
	N°	Fiabilidad	N°	Fiabilidad	N°	Fiabilidad	N°	Fiabilidad
	0,76-0,83		0,76-0,83		0,76-0,83		0,76-0,83	
Diabetes Mellitus	19	0,003	17	0,002	16	0,004	20	0,003
Enf. Renales	12	0,008	5	0,006	8	0,002	9	0,005
Enf. Pulmonares	10	0,002	12	0,002	14	0,002	8	0,003
Hipertensión Arterial	10	0,004	11	0,005	9	0,005	12	0,008
Artritis Reumatoide	10	0,035	8	0,090	7	0,045	11	0,035
Enf. Cardiovasculares	8	0,085	6	0,065	6	0,090	8	0,050
Cáncer	7	0,001	12	0,001	8	0,001	11	0,003
Artrosis	5	0,045	8	0,055	3	0,055	10	0,090
TOTALES	81	P	79	p	71	p	89	P

Fuente: Elaboración propia.

P<0.05

La tabla muestra una fiabilidad para ambos sexos y ambos grupos etarios de 0.76-0.83, donde p en todos los casos es significativa. Siendo, Cáncer altamente significativo para ambos sexos y en todas las edades, en sexo masculino fue altamente significativo en Diabetes mellitus.

En pacientes entre 20 a 49 años es altamente significativo en enfermedades renales y para mayores de 50años es altamente significativo en enfermedades pulmonares.

“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

TABLA N° 19

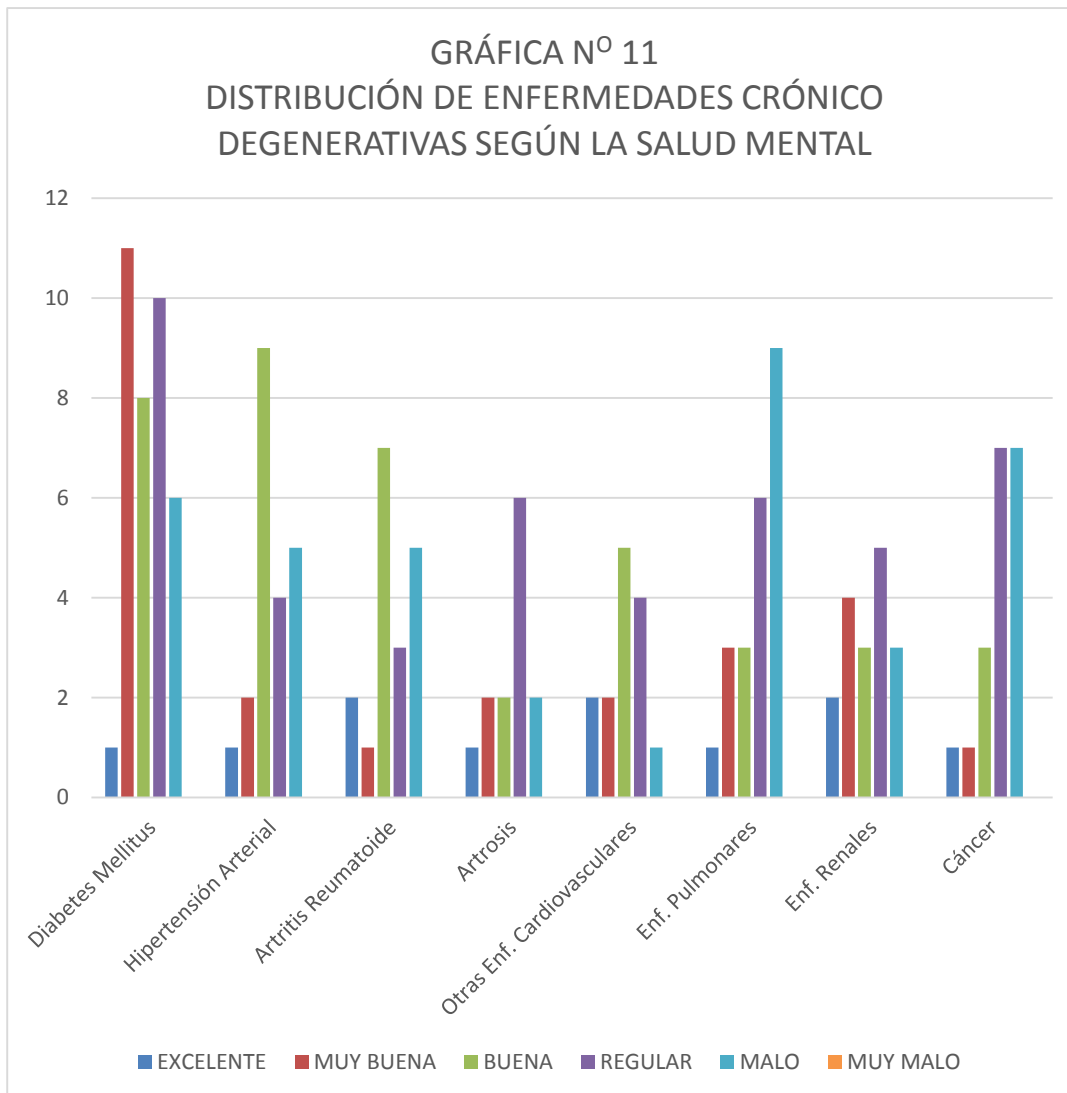
DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS SEGÚN LA SALUD MENTAL

ENFERMEDAD	SALUD MENTAL (24, 25, 26, 28)												TOTAL	
	EXCELENTE		MUY BUENA		BUENA		REGULAR		MALO		MUY MALO			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Diabetes Mellitus	1	0,63	11	6,88	8	5,00	10	6,25	6	3,75	0	0,00	36	22,50
Enf. Pulmonares	1	0,63	3	1,88	3	1,88	6	3,75	9	5,63	0	0,00	22	13,75
Hipertensión Arterial	1	0,63	2	1,25	9	5,63	4	2,50	5	3,13	0	0,00	21	13,13
Cáncer	1	0,63	1	0,63	3	1,88	7	4,38	7	4,38	0	0,00	19	11,88
Artritis Reumatoide	2	1,25	1	0,63	7	4,38	3	1,88	5	3,13	0	0,00	18	11,25
Enf. Renales	2	1,25	4	2,50	3	1,88	5	3,13	3	1,88	0	0,00	17	10,63
Otras Enf. Cardiovasculares	2	1,25	2	1,25	5	3,13	4	2,50	1	0,63	0	0,00	14	8,75
Artrosis	1	0,63	2	1,25	2	1,25	6	3,75	2	1,25	0	0,00	13	8,13
TOTALES	11	6,88	26	16,25	40	25,00	45	28,13	38	23,75	0	0,00	160	100,00

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla N° 19, podemos apreciar que la salud mental fue regular en el 28,13% de los pacientes, principalmente en diabetes mellitus (6,25%) y Cáncer (4,38%).

“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”



“Impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017”

TABLA N°20

DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS SEGÚN, SEXO Y GRUPO ETÁREO Y SALUD MENTAL

ENFERMEDAD	SEXO				GRUPO ETAREO			
	FEMENINO		MASCULINO		20 -49		50 a +	
	N°	Fiabilidad	N°	Fiabilidad	N°	Fiabilidad	N°	Fiabilidad
	0,78 - 0,83		0,78 - 0,83		0,78 - 0,83		0,78 - 0,83	
Diabetes Mellitus	19	0,012	17	0,004	16	0,008	20	0,008
Enf. Renales	12	0,005	5	0,008	8	0,002	9	0,005
Enf. Pulmonares	10	0,003	12	0,003	14	0,002	8	0,012
Hipertensión Arterial	10	0,011	11	0,008	9	0,006	12	0,018
Artritis Reumatoide	10	0,023	8	0,060	7	0,030	11	0,019
Enf. Cardiovasculares	8	0,050	6	0,030	6	0,080	8	0,020
Cáncer	7	0,001	12	0,001	8	0,001	11	0,001
Artrosis	5	0,035	8	0,040	3	0,040	10	0,070
TOTALES	81	p	79	P	71	p	89	p

Fuente: Elaboración propia.

P<0.05

La tabla muestra una fiabilidad para ambos sexos y ambos grupos etarios de 0.87-0.93, donde p en todos los casos es significativa. Siendo, Cáncer altamente significativo para ambos sexos y en todas las edades, en sexo masculino fue altamente significativo en Diabetes mellitus.

En pacientes entre 20 a 49 años es altamente significativo en enfermedades renales y para mayores de 50 años es altamente significativo en enfermedades pulmonares.

CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

A lo largo de los últimos años, tanto los trastornos neuropsiquiátricos como las enfermedades crónicas no transmisibles, entre las que se consideran las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades pulmonares crónicas, han ganado notoriedad y han generado una creciente preocupación entre las organizaciones y profesionales de la salud pública, al ubicarse entre las principales causas de carga de enfermedad en el mundo ¹. Así, en el año 2008, las enfermedades crónicas no transmisibles fueron responsables del 63% de todas las muertes a nivel mundial ². Utilizando los años de vida ajustados por discapacidad como unidad de medida, las enfermedades crónicas no transmisibles causaron el 54% de carga de enfermedad global en el 2010. Los trastornos mentales representaron el 7,4% de esta carga, siendo la depresión el trastorno de mayor magnitud dentro de este grupo (2,5%) ¹.

La gran variedad de problemáticas en que deriva la presencia y la incidencia al alza de las enfermedades crónico-degenerativas, ha obligado a hacer una serie de seguimientos que no responden a esa primer mirada y definición escrita y descrita en términos médicos; y de ahí al manejo de variables e indicadores epidemiológicos que nos llevan por la historia de una transición en salud (también conocida como transición epidemiológica) que, se dice, han experimentado cada una de las llamadas sociedades desarrolladas al reducir sus tasas de morbimortalidad por enfermedades de tipo infeccioso e incrementar sus registros epidemiológicos en relación con la presencia de las llamadas enfermedades crónico degenerativas ³.

En la tabla N°1, según nuestro estudio, se entrevistaron un total de 160 pacientes. El grupo etéreo más frecuente estuvo comprendido entre los 40 – 59 años. La enfermedad más frecuente fue la Diabetes Mellitus y afecto mayormente al grupo etéreo mayores de 60 años. Seguido por las enfermedades pulmonares que afecto mayormente al grupo etéreo comprendido entre 20-39 años.

En un estudio de la Encuesta Nacional de Indicadores para Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ENINBSC) en el año 2005 ⁴, la población encuestada fue de 4 206 de la cuales el 49.9% son varones y 50.1% son mujeres, aquí la población sigue siendo en su mayoría joven; 48,7% de los adultos son menores de 39 años, 35.9% se encuentran entre 40 y los 59 años y el 15,4% tienen 60 años y más, siendo en

mi estudio el predominio de edad entre 40-59 años, con lo que hace referencia en nuestro medio que la mayor presentación de estas enfermedades se presentan en esta edad.

En la tabla N°2, en nuestro estudio, de los 160 pacientes entrevistados, 50,63% fueron mujeres y el 49,38% fueron varones. Según la distribución de las enfermedades crónico degenerativas según sexo, la Diabetes Mellitus fue la que obtuvo mayor número de pacientes siendo de sexo femenino el 11,88% y masculino el 10,63%. En cuanto a la Hipertensión arterial, artritis reumatoidea, enf. Pulmonares, enf. Renales y otras enf cardiovasculares predominó el sexo femenino. En hipertensión arterial, enf. Pulmonares y Cáncer hubo predominio del sexo masculino.

El estudio de Rotta Escalante se presenta una caracterización de casi 1700 casos de pacientes con ACV, HTA, diabetes, artritis, enfermedades CV reportados entre 1995 y 2002. El promedio de edad en estos casos era de 72.3 años (siendo sólo 50 pacientes, 3% del total, menores de 45 años) y más del 54% eran mujeres. En otro estudio se encuentran resultados similares para 395 casos de ACV isquémico ingresados en el Hospital Italiano de Buenos Aires entre 2003 y 2005 ⁸.

Por su parte, en el informe de Piombo se concentra en más de 500 casos de IAM, HTA, diabetes, artritis, enfermedades CV, en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires durante 1997. Al caracterizar esta enfermedad encuentran que la edad promedio es de 56.4 años y el porcentaje de mujeres es menor al 17%. 16.7% de estos pacientes eran mayores de 70 años, de los cuales fallecieron un 18.8% (5.7% para menores de 70 años). La proporción de muertes fue de 7.6% para los hombres y se incrementa a 9.3% en el caso de las mujeres; que, en comparación con la muestra de este estudio, la distribución es similar en las patologías en cuanto a edad y sexo ⁹.

En la tabla N° 3, la apreciación en la salud general fue mala en 30,63% de los pacientes. Afectando mayormente a los pacientes con Cáncer en un 6,88%, seguido por las enfermedades pulmonares con 6,25%.

En cuanto al efecto de estas enfermedades en la salud en general ¹⁰, reconoce que el hecho de convivir con una enfermedad crónica genera cambios en los diferentes roles a nivel individual y familiar. Además, señala que el rol más afectado es el

laboral y el hogar, por las exigencias de la enfermedad y el deterioro físico y emocional, lo cual exige cambios en el estilo de vida tanto de la persona que la padece, como de su núcleo familiar. Debido a la dificultad para satisfacer sus propias necesidades básicas, la persona enferma se convierte en un ser dependiente de otra persona, requiriendo cuidados permanentes ¹¹, la cronicidad en las personas adultas se ha convertido en un grave problema en los países desarrollados, al igual que en los países en vía de desarrollo.

En la Tabla N° 5, la evaluación declarada de la salud fue mala en un 36,25% de los pacientes. Predominando en pacientes con Cáncer (8,13%), seguido por las enfermedades pulmonares (7,5%).

En esta situación de resultados cabe mencionar que la cronicidad es una de las consecuencias de padecer una enfermedad crónica no trasmisible: por su tiempo de evolución afecta al individuo física, emocional, social y espiritualmente. Para el Grupo de cuidado al paciente crónico, la Universidad Nacional de Colombia en 2010, la cronicidad hace referencia a la cualidad de crónico. Es un término que engloba las condiciones de vida de las personas que perduran en el tiempo y que tienen incidencia sobre ellas, su grupo familiar y social, y su entorno.

Barrera señala que el término crónico proviene del latín *chronicus*, y este a su vez del griego *porucos* que significa tiempo ¹². Esta es una expresión empleada para determinar la duración prolongada de una situación de enfermedad o señalar una dolencia habitual en un curso determinado. Implica una cronología, algo que viene de tiempo atrás lo que impacta en lo que refiere el paciente en cuanto a su salud en general y su salud mental, presentando en estos pacientes siempre a un mal estado de estas, por la enfermedad misma y por el tiempo de duración de la misma.

En la Tabla N° 7, las enfermedades crónicas degenerativas que limitaron mucho la función física fueron en el 58,75% de los pacientes, principalmente a los pacientes con diabetes mellitus (10%) seguido por los pacientes con enfermedades pulmonares (8,75%), hipertensión arterial (8,13%) y cáncer (8,13%).

Vemos que las enfermedades crónicas tienen mayor impacto en las limitaciones de la función física porque una de las cualidades básicas de estas, responsable de parte importante de sus impactos sobre las personas que con ellas viven, es justamente la cronicidad. Esta propiedad o condición impone en primer lugar lidiar

de forma permanente con ella en los espacios físico, psíquico y simbólico de la individualidad; pero también demanda de forma obligatoria trascender dicha individualidad, en tanto el ser humano es un ser social que se expresa y proyecta en diferentes espacios de la vida cotidiana.

La noción de vida cotidiana en su función física diaria es un marco útil para comprender a la enfermedad como experiencia, ya que nuestra cotidianidad suele transcurrir casi inadvertida mientras no enfrentamos problemas que nos impidan realizar las actividades habituales o disfrutar de la vida ¹³. Si el cansancio, las penas, el dolor y sufrimiento aparecen sorpresiva y eventualmente en la cotidianidad, seguro que tienen sabor a vida, ya que en breve todo vuelve al cauce habitual; y de manera casi inadvertida damos por supuesta la capacidad de nuestro cuerpo para actuar y continuar con nuestros proyectos.

La cronicidad es un estado de indisposición producido por discapacidad o incapacidad, que requiere alta intervención médico- social ¹⁴. La cronicidad es una consecuencia de la ECNT. Esta es considerada la responsable de la mayor carga de morbilidad y mortalidad en el mundo. El impacto que genera a nivel individual y familiar, los obliga a realizar cambios en el estilo de vida, por los largos periodos de hospitalización e incapacidad.

En la Tabla N° 9 las enfermedades crónicas degenerativas que si interfirieron en el trabajo y la actividad diaria fue en el 51,88 % de los pacientes, sobre todo en los pacientes con Diabetes Mellitus (10%) seguido por Hipertensión arterial (7,5%) y Cáncer (7,5%).

Según estos resultados vemos que las enfermedades crónicas tienen mayor predominio de las limitaciones en el rol físico; por tal razón, se hizo necesario describir desde la vivencia personal, las percepciones que tienen frente a su calidad de vida, al padecer una enfermedad crónica, dado que estas enfermedades comprometen indistintamente todos los aspectos de la vida, causando alteraciones a nivel físico, psicológico, emocional y social, afectando la calidad de vida de las personas que la padecen y del grupo familiar.

La experiencia de convivir con una enfermedad crónica, genera cambios en la dinámica familiar, debido a las consecuencias que estas causan en la vida de las

personas que la padecen. Asimismo, la percepción que tiene cada persona frente a su enfermedad, influirá positiva o negativamente en su calidad de vida.

Según Tenahua et al, realizaron un estudio cualitativo, con técnica análisis de contenido en una muestra; las edades oscilaron entre 25 y 75 años de edad ¹⁵. El objetivo fue comprender desde el punto de vista de los participantes, el significado de vivir con una enfermedad crónica. Con base en los datos obtenidos, las representaciones de la experiencia de los participantes se interpretaron como una expresión de sentimientos tanto positivos como negativos, actitudes de enfrentamiento y rechazo; además se encontró falta de conocimientos y de relación interpersonal entre los amigos, la familia y personas con el mismo padecimiento. Lo que hace en base de estos resultados que estas enfermedades influyen mucho en la vida del paciente que las padece.

En la Tabla N° 11, las enfermedades crónicas degenerativas que si ocasionaron problemas emocionales y que repercutieron en el trabajo y otras actividades diarias fue del 56,88%, principalmente en los pacientes con Diabetes mellitus (10,63%) seguido por Hipertensión arterial (8,13%) y Cáncer (8,13%).

Vemos que las enfermedades crónicas tienen impacto en las limitaciones del rol emocional; al revisar diversos estudios han demostrado que la presencia de algún desorden mental puede contribuir tanto a la etiología como a la progresión de las enfermedades crónicas. Así, la evidencia muestra que las personas con alteración emocional, o con otros trastornos mentales, tienen un mayor riesgo de desarrollar, por las enfermedades crónicas que quienes no sufren problemas de salud mental. Se estima que los pacientes con alteración emocional, tienen un riesgo incrementado de vez y media a dos veces mayor de sufrir una enfermedad mental y se sabe que estas sintomatologías se encuentran asociadas a un incremento significativo en el riesgo de desarrollar en enfermedades crónicas degenerativas ¹⁶.

Además del impacto directo de la depresión sobre las condiciones crónicas de los pacientes, diversos estudios han explorado el efecto de los desórdenes mentales sobre la disposición y el comportamiento del paciente en relación a su cuidado y a su tratamiento. El rol emocional del paciente ha sido asociado de manera negativa con casi todas las medidas de auto-cuidado de enfermedades crónico degenerativas, como, por ejemplo, asistencia a citas médicas, dieta, medicación y actividad física ¹⁷.

En la Tabla N° 13, la distribución de enfermedades crónico degenerativas según la función social fue reportada como mala en el 36,25% de los pacientes, principalmente en pacientes con Cáncer (8,13%), seguido por las enfermedades pulmonares (7,50%). Vemos que las enfermedades crónicas tienen un mayor impacto en las limitaciones en la función social.

En este aspecto, según Pinto, señala que la enfermedad crónica produce cambios en el individuo en el área personal, como alteraciones físicas, emocionales, en los patrones de sexualidad, en la escala de valores, en la filosofía de la vida, en la autoimagen, y genera sentimientos de impotencia, desesperanza, miedo a lo desconocido, respuesta opresiva y agresividad, dichos cambios causan limitación en el bienestar de las personas en situación de enfermedad, lo que hace mermar su función social ¹⁸.

López afirma que la relación entre la enfermedad y la percepción de calidad de vida, no se basan en la esencia de la enfermedad como tal, en la gravedad o en los síntomas, sino en la percepción que de ella tiene la persona enferma, en el rol social de discapacitado que presenta y en la imagen corporal que ha asumido, lo que podría generar un impacto negativo en la percepción de la calidad de vida, lo que refrenda los resultados obtenidos que estos pacientes se ven alterados en su función social por el hecho mismo de la enfermedad y su impacto no solo en la salud mental sino en la calidad de vida y todo su entorno ¹⁹.

En la dimensión social es la percepción del individuo de la relación interpersonal y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo, familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral. Lo que incluye además carga o agobio del familiar, el aislamiento social, las finanzas y la función sexual; es decir, el esfuerzo por lidiar con el impacto de la enfermedad, sus roles y relaciones.

En la Tabla N° 15, la distribución de enfermedades crónico degenerativas según el dolor corporal fue referida como mala en un 35,63% de los pacientes, principalmente en pacientes con Cáncer y enfermedades pulmonares (6,88%), seguido por otras enfermedades cardiovasculares (4,38%) y renales (4,38%). Vemos que las enfermedades crónicas tienen mayor impacto en las limitaciones en el dolor corporal lo que los hace incapacitantes.

Según Tenahua et al, realizaron un estudio para conocer el significado de vivir con dolor como producto de la enfermedad que padece ²⁰. Las representaciones de la experiencia de los participantes se interpretaron como una expresión de sentimientos tanto positivos como negativos, actitudes de enfrentamiento y rechazo; además se encontró falta de conocimientos con el mismo padecimiento. Lo anterior se relaciona con lo señalado por Alves *Apóstolo* ²¹, quien considera, que es durante la sintomatología dolorosa y en la situación de salud, en el pronóstico y tratamiento que los pacientes tienen mayores incertidumbres. Con la negación, los participantes demuestran que, a pesar de tener una enfermedad crónica, no logran asimilar su nueva situación. Esto es posible que se deba al temor que sienten por las secuelas de la enfermedad.

Sobre estas bases, el trabajo propone reflexionar sobre la articulación entre los significados atribuidos a los procesos de enfermedad, las construcciones sobre el cuerpo y el género, desde la experiencia de vivir con enfermedades crónicas y con el dolor físico y mental que estas producen, en los diferentes espacios de expresión social: las relaciones interpersonales, las ocupaciones, la familia, la pareja y la sexualidad.

En la Tabla N° 17, la sensación de vitalidad fue referida como mala en el 28,13% de los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, siendo el más frecuente las enfermedades pulmonares (5,63%), seguido por hipertensión arterial y cáncer (4,38%).

Algunos estudios reportan que los pacientes con diagnóstico de enfermedades crónico degenerativas que el impacto no solo es a nivel físico, sino también a nivel emocional, lo cual por ende afecta en su vitalidad. A medida que la enfermedad progresa a un estado de cronicidad, estas personas presentan alteraciones emocionales, manifestadas por cuadro de ansiedad o angustia, temor e incertidumbre, lo cual conlleva a un deterioro del bienestar y de la calidad de vida de quienes la padecen. Estos estados emocionales aumentan ante una concepción errada de la patología, la presencia y manifestación de los síntomas y las complicaciones de estas enfermedades, lo que conlleva a que se impacte en su vitalidad como lo refiere los resultados en estudios ²².

Los participantes de este estudio presentan sus actividades funcionales con limitaciones e impacto en la actividad física, molestias físicas. En la salud física en

general algunos expresan sentir bienestar y otros en cambio se sienten limitados y experimentan malestar, lo cual ven mermada su vitalidad, y en otros les generó en algunos de los participantes, expresiones positivas como negativas, lo cual fue manifestado como: negación, aceptación, resignación y conformidad.

En la Tabla N° 19 la distribución de enfermedades crónico degenerativas según, salud mental fue reportada regular en el 28,13% de los pacientes, principalmente en diabetes mellitus (6,25%) y Cáncer (4,38%).

Cuando un paciente es diagnosticado con una enfermedad crónico-degenerativa, invariablemente atraviesa por agudas etapas de estrés, de depresión y de ansiedad, principalmente. Puede ser que en el curso del tiempo supere y/o aprenda a controlar estados emocionales, producto de lo que socialmente significa vivir con una enfermedad de tales características (una enfermedad para toda la vida), pero también puede suceder que nunca se logre superar tal condición, y que a medida que pase el tiempo las etapas depresivas y estresantes sean cada vez más profundas y prolongadas, por ello los resultados del estudio que hay pacientes que están con diferente grado de alteración en su salud por lo que las enfermedades crónicas son aquellas cuyos síntomas en las personas se prolongan de por vida y afectan su capacidad para realizar sus actividades habituales; su tratamiento médico es de eficacia limitada y frecuentemente contribuye al malestar físico y psicológico de los pacientes y sus familias; impactan en la percepción que tienen sobre su cuerpo quienes las padecen, en su orientación respecto al tiempo y el espacio, el sentido de su vida y la de sus familias, su autoestima, sentimientos de motivación y dominio personal ²³.

Las enfermedades crónico-degenerativas también son consideradas enfermedades «complejas» o «multifactoriales» debido a que sus explicaciones apuntan a la combinación de más de un gen, diversos factores ambientales y conductas de riesgo; según Cocho en el 2005; estrechamente vinculadas a las condiciones de vida de los pacientes. Las personas que las padecen y su red más cercana tienen que aprender a vivir cotidianamente y durante toda su vida con los síntomas y complicaciones que ocasionan cambios físicos, estigma social y afecciones emocionales como: temores, angustia, tristeza, culpa ²⁴.

El impacto emocional que tienen las enfermedades crónicas en los pacientes es innegable y está estrechamente relacionado con la incertidumbre e impredecibilidad

del proceso de enfermedad, el distrés afectivo que genera, la pérdida de autonomía y el estigma social por los daños y cambios en su cuerpo, factores culturales, ambientales, espirituales y situación autobiográfica ²⁵.

El sufrimiento no sólo es de los pacientes, también de quienes les acompañan cotidianamente en el curso de su enfermedad. Aunque el dolor y sufrimiento no deben considerarse exclusivamente como efectos o epifenómenos de una determinada enfermedad, sino que el sufrimiento se puede considerar en sí mismo como enfermedad, que conduce a un ámbito no menos complejo como lo es el de los padecimientos mentales ²⁶.

Específicamente vale la pena estudiar el contexto, emocional, social y personal en el que viven quienes padecen enfermedad crónico-degenerativa que precisamente por ir afectando paulatinamente a quien la padece, requiere de protección legal, social y emocional que le permita enfrentar dignamente su enfermedad. Con el estudio de la salud y la enfermedad se comienzan a abrir panoramas de interés inusitado que tradicionalmente pertenecían al estudio de la ciencias de la salud; la salud y la enfermedad resultaron ser objeto de estudio no sólo de la medicina, la biomedicina, la fisiología o la genética por ejemplo, también son importantes para la bioética, la sociología, la antropología, la filosofía, el derecho y varias otras ciencias que se dedican a estudiar las relaciones y el comportamiento de los seres humanos.

CONCLUSIONES

1. Primera. - El impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental fue reportada regular, principalmente en Diabetes mellitus y Cáncer. El impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud física fue mala, afectando mayormente a los que presentaban Cáncer seguido por las enfermedades pulmonares.
2. Segunda. - Las características sociodemográficas describen que estuvo más presente en pacientes de sexo femenino entre los 40 a 60 años, siendo la más frecuente Diabetes mellitus en los mayores de 60 años.
3. Tercera. - Los estados negativos de la salud física, limitaron mucho la función física, interfirieron en el trabajo y sus actividades diarias comprometiendo más a los que pacientes con Diabetes mellitus; el dolor corporal y sensación de vitalidad afecto más a los que padecían con Cáncer y con enfermedades pulmonares.

En la salud mental, se vio más afectada en los que presentaron problemas emocionales y que padecían Diabetes mellitus; asimismo en su vida social se vio más comprometido en los que padecían de Cáncer; en cuanto a la depresión y la ansiedad alcanzó mayormente a los pacientes con Diabetes mellitus y Cáncer.

RECOMENDACIONES

1. Primera. – Se recomienda plantear la necesidad de focalizar esfuerzos de los programas preventivos en las instituciones del MINSA, EsSALUD y privadas a la población que presentan enfermedades crónicas degenerativas.
2. Segunda. - Se recomienda realizar un mejor diagnóstico y evaluación, tener fuentes de información sistematizada, para realizar intervenciones preventivas de las enfermedades crónico degenerativas y su salud mental, en las instituciones MINSA, EsSALUD y privadas
3. Tercera, - Se recomienda integrar la salud mental a la atención primaria; fortaleciendo su capacidad de respuesta desde estos niveles de atención en las instituciones del MINSA, ESSALUD y privadas.
4. Cuarta, - Se recomienda establecer estrategias de integración articuladas desde diversas instancias del sistema de salud, en las instituciones MINSA, ESSALUD y privadas de los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas que favorezcan el acceso a servicios adecuados.

BIBLIOGRAFIA

1. Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, *et al.* Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2012; 380 (9859):2197-223. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61689-4.
2. WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Ginebra: World Health Organization; 2011.
3. Gómez, Rubén Darío (2002), “La transición epidemiológica y salud pública: ¿explicación o condena?”, en *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19 (2), Medellín, Colombia, pp. 57-74.
4. MINSA. Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales Relacionados con las Enfermedades Crónicas Degenerativas. LIMA, PERU; 2006.
5. WHO. Noncommunicable diseases country profiles 2011: Peru [Internet]. Geneva: WHO; c2011 (updated 2011; citado el 10 de diciembre del 2013).
6. Velásquez A. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2009; 26 (2):222-31.
7. Rotta Escalante, R., Lourido, M., Melcón, C., *et al.* 2003. “Accidente cerebrovascular en la Policlínica Bancaria: registro de 1699 eventos consecutivos”. *Revista Neurológica Argentina* 2003; 28: 91-95. ISSN 0325-0938.
8. Rojas, J.I. *et al.* “Accidente cerebrovascular isquémico en mayores de 80 años”. *Medicina.* V.67 n.6-2. Ciudad Autónoma de Buenos Aires nov./dic. 2007. ISSN 1669-9106.
9. Piombo, A.C., Salzberg, S., Lowenberg, T., *et al.* “Epidemiología del infarto agudo de miocardio en los hospitales públicos de la Capital Federal”; 1997.

10. PINTO AFANADOR, Natividad. La cronicidad y el cuidado familiar, un problema de todas las edades: los cuidadores de adultos [en línea]. En: Av. enferm. jun. 2004, vol. 22 no. 1, p. 54-60.
11. SÁNCHEZ H., Beatriz. El cuidado de la salud de las personas que viven situaciones de enfermedad crónica en América latina [en línea]. En: Actualizaciones en enfermería. Marzo 2002, vol. 5 no. 1, p. 13-16.
12. BARRERA, Lucy y Cols. La enfermedad crónica En: Cuidando a los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Unibiblos. Universidad Nacional Colombia. 2010, p. 15-17.
13. Schütz, Alfred (2001), *Estudios sobre teoría social*, Buenos Aires, Argentina, Amorrortu Editores.
14. LUBKIN, Ilene and LARSEN, Pamala. Chronic illness: impact and interventions. Cap 1. 6th ed. Boston, MA, EEUU: Jones and Bartlett. 2006, p 1- 10.
15. TENAHUA, Quit I; DÍAZ PINZÓN, AD.; ALONSO CASTILLO, MM. y MEDINA LÓPEZ, OM. Significado de la experiencia del adulto mayor al vivir con hipertensión. En Desarrollo Científ Enferm 2006 septiembre, 14.
16. Rotella F, Mannucci E. Depression as a risk factor for diabetes: a meta-analysis of longitudinal studies. J Clin Psychiatry. 2013; 74(1):31-7. doi: 10.4088/JCP.12r07922.
17. Andreoulakis E, Hyphantis T, Kandylis D, Iacovides A. Depression in diabetes mellitus: a comprehensive review. Hippokratia. 2012;16 (3):205-14.
18. PINTO AFANADOR, Natividad. El cuidador familiar del paciente con enfermedad crónica. En: Arte y ciencia del cuidado. Bogotá: Unibiblos. Grupo de Cuidado. Universidad Nacional Colombia. 2002, p. 247-254.
19. LÓPEZ, Chita. Cuidados enfermeros. España: Editorial Masson, 2004, p. 24.
20. TENAHUA, Quit I; DÍAZ PINZÓN, AD.; ALONSO CASTILLO, MM. y MEDINA LÓPEZ, OM. Significado de la experiencia del adulto mayor al vivir con hipertensión. En Desarrollo Científ Enferm 2006 septiembre, 14.

21. ALVES Apóstolo João Luís. La incertidumbre en la enfermedad y la motivación para el tratamiento en diabéticos tipo 2 [en línea]. En Rev. Latino-am Enfermagem 2007 julho-agosto; 15.
22. ZAVALA, María del Refugio y WHETSELL, Martha V. La fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica. En: Revista Aquichan. Bogotá Jul. / Dic. 2007, vol. 7 no. 2, p. 174-188.
23. Shuman, Robert (2009), *Vivir con una enfermedad crónica*, España, Paidós.
24. Tejeda, Tayabas Luz María *et al.* (2006), “Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento”, en *RESPYN Revista Salud Pública y Nutrición*, núm. 1, vol. 7, enero-marzo.
25. Gómez, Sancho Marcos y Jorge A., Grau Abalo (2006), “Dolor y sufrimiento”, en *Dolor y sufrimiento al final de la vida*, Madrid, España, Aran Ediciones, pp. 192-284.
26. Bericat, Alastuey Eduardo (2000), *La sociología de la emoción y la emoción en la sociología*, Papers núm. 62, España, pp. 145-176.





ANEXO 1: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

I. PREAMBULO

A lo largo de los últimos años, tanto los trastornos neuropsiquiátricos como las enfermedades crónicas no transmisibles, entre las que se consideran las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades pulmonares crónicas, han ganado notoriedad y han generado una creciente preocupación entre las organizaciones y profesionales de la salud pública, al ubicarse entre las principales causas de carga de enfermedad en el mundo. Así, en el año 2008, responsables del 63% de todas las muertes a nivel mundial. Utilizando los años de vida ajustados por discapacidad como unidad de medida, las enfermedades crónicas no transmisibles causaron el 54% de carga de enfermedad global en el 2010. Los trastornos mentales representaron el 7,4% de esta carga, siendo la depresión el trastorno de mayor magnitud dentro de este grupo (2,5%).

En cuanto a la progresión de la condición crónica, los síntomas depresivos incrementan las complicaciones asociadas a la diabetes, como retinopatía diabética, enfermedades cardiovasculares, nefropatía y disfunción sexual. En el caso de las enfermedades cardiovasculares, la depresión aumenta el riesgo de tener complicaciones médicas y cardíacas, como isquemia, infarto e insuficiencia cardíaca.

Además del impacto directo de la depresión sobre las condiciones crónicas de los pacientes, diversos estudios han explorado el efecto de los desórdenes mentales sobre la disposición y el comportamiento del paciente en relación a su cuidado y a su tratamiento. La depresión ha sido asociada de manera negativa con casi todas las medidas de auto-cuidado de la diabetes y de las enfermedades cardiovasculares, como, por ejemplo, asistencia a citas médicas, dieta, medicación y actividad física. Asimismo, se ha demostrado que la depresión afecta directamente la adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos, específicamente al monitoreo de la glucosa y la asistencia a las citas médicas. En este sentido, la depresión empeora la calidad de vida, genera un mayor gasto en servicios médicos, y provoca mayor discapacidad funcional.

Ante este escenario, y debido a la alta comorbilidad entre las enfermedades crónicas y los trastornos mentales, y el complejo cuidado que estas requieren, resulta eficiente el atender ambas condiciones de manera conjunta e integrada.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

1.1. Enunciado del problema:

¿Cuál es el impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017?

1.2. Descripción del problema

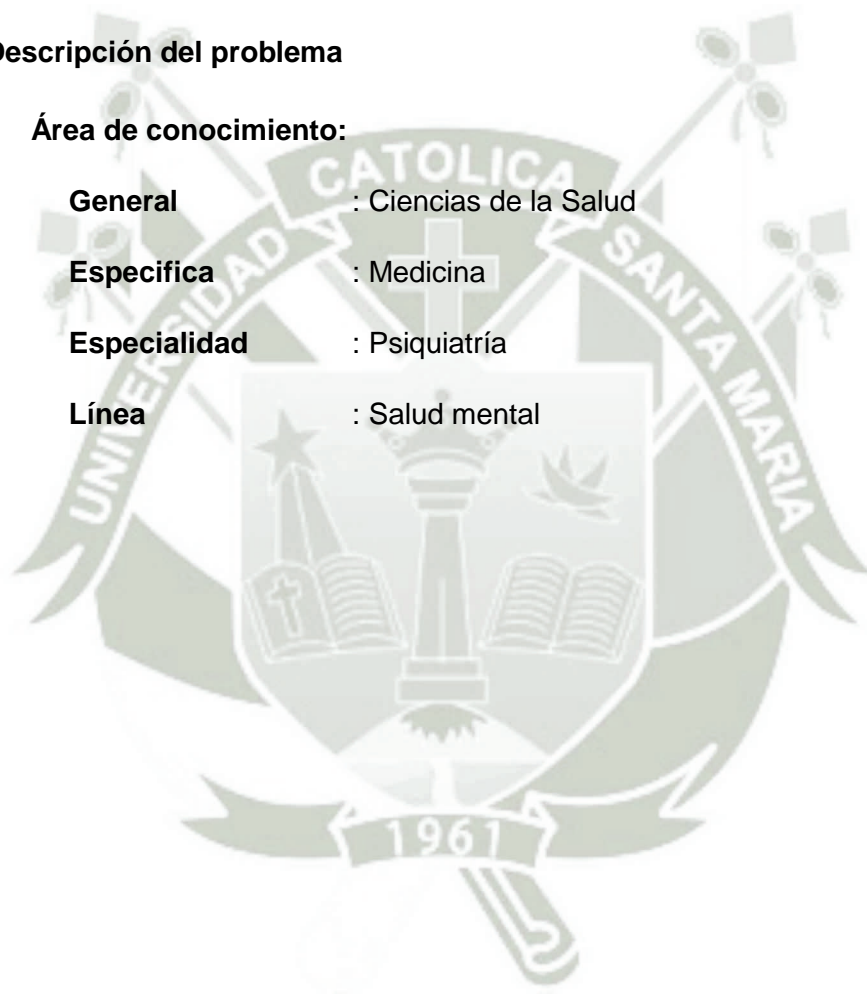
a) Área de conocimiento:

General : Ciencias de la Salud

Específica : Medicina

Especialidad : Psiquiatría

Línea : Salud mental



b) Análisis y operacionalización de variables:

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR	TIPO
Características Sociodemográficas	Edad Sexo Grado de instrucción	Años M-F Primaria Secundaria Superior	Cuantitativa Nominal
Enfermedades Crónico Degenerativas	Tipo de enfermedad	Diabetes Mellitus Hipertensión arterial Artritis Reumatoide Artrosis Otras Enfermedades Cardiovasculares Enfermedades Pulmonares Enfermedades Renales Cáncer	Cuantitativa
Salud mental y física	Cuestionario de Salud SF-36	Función física Rol físico Dolor corporal Salud general Vitalidad Función social Rol emocional Salud mental	Cualitativa

c) Interrogantes básicas:

1. ¿Cuál es el impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017?
2. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017?
3. ¿Cuáles son los estados negativos de salud física y la salud mental de los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología el Hospital Goyeneche Arequipa 2017?

d) Tipo de investigación:

Investigación descriptiva para ser realizada en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017.

e) Nivel de Investigación:

Es un estudio de investigación de tipo descriptivo, prospectivo, explicativo y de corte transversal.

1.3. Justificación

A lo largo de los últimos años, tanto los trastornos neuropsiquiátricos y las enfermedades crónico degenerativas han ganado notoriedad y han generado una creciente preocupación entre las organizaciones y profesionales de la salud pública, al ubicarse entre las principales causas de carga de enfermedad en el mundo¹ Ambos grupos de enfermedades tienen una alta prevalencia y provocan una carga enorme en países de renta media y baja, como el Perú. En estos países se concentran el 80% y el 75% de la carga de enfermedad por trastornos neuropsiquiátricos del mundo.^{2,5} Por ello es relevante el impacto social que presentan estas enfermedades y su impacto en la salud mental y física.

En el Perú, en el año 2008, las enfermedades crónicas degenerativas causaron el 60% de todas las muertes, y cerca del 30% de estas ocurrieron en personas menores de 60 años, una proporción mayor a la encontrada en países de ingreso alto. La prevalencia de hipertensión arterial y diabetes a nivel nacional asciende a 31,7 y 5,5%, respectivamente.⁶ Igualmente preocupante es el impacto de los trastornos neuropsiquiátricos, los cuales tienen una prevalencia de vida de 29% en la población urbana, y ocupan el primer lugar entre las causas de carga de enfermedad en el Perú, al ser responsables del 16% de todos los años de vida saludable perdidos tanto por discapacidad como por muerte prematura en el país.⁷ Esta prevalencia de enfermedades crónico degenerativas hace que pongamos atención a estos pacientes y poder realizar en ellos estudios que desde el punto científico muestre resultados que nos ayuden a atender mejor a su enfermedad.

Diversos estudios han demostrado que la presencia de algún desorden mental puede contribuir tanto a la etiología como a la progresión de las enfermedades crónico degenerativas más prevalentes. Así, la evidencia muestra que las personas con depresión, o con otros trastornos mentales, tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades que quienes no sufren problemas de salud mental. Se estima que los pacientes con depresión tienen un riesgo incrementado de vez y media a dos veces mayor de sufrir una enfermedad coronaria, y se sabe que la sintomatología depresiva se encuentra asociada a un incremento significativo en el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2.⁸ La depresión empeora la calidad de vida, genera un mayor gasto en servicios médicos, y provoca mayor discapacidad funcional.⁹ Lo que hace que estos pacientes en nuestra sociedad de hoy presente una gama de problemas tanto en la salud mental y física, influenciada por el contexto mismo de su enfermedad.

Es importante realizar este estudio, ya que la presencia de algún trastorno neuropsiquiátricos en pacientes con enfermedad crónico degenerativa genera un alto costo social y económico, por lo que constituye un problema de salud pública y de esta forma se convierte en un hecho sobre el que se debe prestar atención. Es por ello que busco realizar este estudio en estos pacientes ya que no se ha realizado en el ámbito, el enfoque de ver como es el impacto de la salud mental y física en los pacientes que sufren enfermedades crónico degenerativas y en nuestro medio he comprobado que existen una prevalencia de estas enfermedades por lo que hace que sea factible un estudio en estos pacientes.

Dentro de este contexto, resulta relevante investigar el impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la salud mental y establecer la relación entre ellos y con los resultados de la investigación se pueda contribuir la naturaleza multisectorial de los trastornos neuropsiquiátricos y de las enfermedades crónico degenerativas.



2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 Definición y caracterización de enfermedades crónicas degenerativas (ECD)

Las enfermedades crónicas se caracterizan por su larga duración, su progresividad e incurabilidad, pudiendo requerir tratamiento y control por un número extenso e indeterminado de años. Dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, se incluyen las enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, varios tipos de cáncer y diabetes. Debido a la importante carga que representan, tanto en términos de mortalidad como de morbilidad y a la estrecha relación causal que guardan con ciertos factores de riesgo evitable, en este trabajo nos concentramos sólo en esos cuatro grupos, dejando de lado otras ECD como los trastornos mentales, anomalías congénitas, y pérdida de la vista o de la audición.⁹

2.1.1 Enfermedades cardiovasculares (ECV)

Las ECV se refieren a todo tipo de trastornos relacionados con el corazón o los vasos sanguíneos. Entre las enfermedades incluidas dentro de este grupo figuran: infarto agudo de miocardio (IAM), angina inestable (AI), accidente cerebrovascular (ACV), aneurisma, aterosclerosis, enfermedades cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad de la arteria coronaria y enfermedad vascular periférica.

Las ECV son la principal causa de muerte a nivel mundial. La cardiopatía isquémica (que incluye IAM y AI) y los ACV ocupaban el primer y segundo puesto en el ranking de las principales causas de muerte a nivel mundial en 1990, posición que se estima seguirán manteniendo en 2020. Según la OMS, para 2005 indican que el 30% de las muertes en todo el mundo se deben a ECV, 80 de las cuales suceden en países de ingresos bajos y medios. Cifras para América Latina indican que el 26% de las muertes tiene origen en ECV, y se espera que estas enfermedades sigan siendo la principal causa de mortalidad en la región en el futuro próximo.⁹

Los principales FR asociados a ECV son hipertensión arterial, altos niveles de colesterol, sobrepeso y obesidad, baja ingesta de frutas y verduras, inactividad física y consumo de tabaco. Conjuntamente, estos factores de riesgo explican alrededor de un 80% de las muertes y carga de cardiopatía isquémica a nivel mundial, y un 60% de las muertes por ACV. Cifras similares son estimadas para

países de ingresos bajos y medios.⁴ Según la OMS, la hipertensión, hipercolesterolemia, el consumo de tabaco o su combinación, explican un 75% de los casos de ECV en América Latina.⁵ Se estima que para que los FR modificables explican un 75% de los casos (fatales y no fatales) de IAM, AI y ACV, y un 71% de la carga de estas enfermedades.¹⁰

2.1.2 Diabetes

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica que aparece cuando hay insuficiente producción de insulina, cuando el organismo es incapaz de utilizar en forma eficaz la insulina producida, o ambas, y se manifiesta en hiperglucemia e intolerancia a la glucosa.¹¹

Se designa como diabetes tipo 1 (DM1) a la caracterizada por insuficiente producción de insulina. La aparición de este tipo de diabetes es más común en niños y adultos jóvenes, pero las razones de su aparición no se conocen completamente.¹¹

Un comité de expertos de la American Diabetes Association, con sus criterios de diagnóstico etiológico, ha recomendado clasificar la DM1 en diabetes de tipo 1A (de mecanismo inmunitario) y de tipo 1B (otra forma de diabetes con importante déficit de insulina).

El mejor criterio actual para el diagnóstico de la diabetes de tipo 1A es la presencia de autoanticuerpos antiisletos determinados mediante un radioanálisis de autoanticuerpos altamente específico.¹²

La diabetes tipo 2 (DM2) se caracteriza por resistencia a la insulina e insuficiencia de insulina.¹¹ Es la forma de diabetes predominante en todo el mundo y engloba en conjunto al 90% de todos los casos. En la actualidad, se cree que la DM2 tiene una predisposición genética en las personas expuestas a una serie de influencias ambientales que precipitan el inicio de la enfermedad clínica.¹² Este tipo de diabetes suele aparecer a edades adultas, y por lo general se asocia a ciertos FR evitables como el sobrepeso y obesidad, sedentarismo y dieta inadecuada. De acuerdo con la OMS, entre el 85% y el 95% de los casos de diabetes en países de altos ingresos corresponden al tipo 2. El porcentaje en países de ingresos medios y bajos podría ser aún mayor.¹¹

Actualmente, la prevalencia mundial de diabetes (tipo 1 más tipo 2) en la población de 20 a 79 años es del orden del 6.6%, y que un 70% de los diabéticos pertenecen a países de ingresos bajos y medios. Se estima que para el 2030 que la prevalencia global de diabetes ascendería a un 7.8%, con los mayores aumentos produciéndose en países en desarrollo.¹³

Para la diabetes se reconocen como principales FR evitables el sobrepeso y obesidad, la inactividad física y el consumo de tabaco. Estimaciones para países de ingresos altos indican que un 78% de las muertes y un 74% de la carga de diabetes son atribuibles a estos FR evaluados conjuntamente. A su vez, al dañar progresivamente distintos órganos y sistemas (corazón, vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios), la diabetes constituye un FR para otras enfermedades, en particular ECV. En Argentina, por ejemplo, alrededor del 66% de los diabéticos sufren complicaciones crónicas. A los fines del presente trabajo se prioriza el primer enfoque, es decir, se analiza la diabetes tipo 2 como EC más que como un FR para otras EC.¹⁴

2.1.3. Enfermedades respiratorias crónicas (ERC)

Las ERC afectan las vías respiratorias y otras estructuras del pulmón. Las dos formas más comunes de ERC son la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma. A diferencia del asma, y como se verá a continuación, la EPOC presenta altas tasas de letalidad y una muy fuerte asociación con FR evitables. Otras ERC son las alergias respiratorias, las enfermedades pulmonares de origen laboral y la hipertensión pulmonar. EPOC es un concepto general que engloba distintos trastornos pulmonares crónicos que limitan el flujo de aire en los pulmones por la obstrucción irreversible de sus vías aéreas principales. Dentro de las EPOC se incluyen fundamentalmente dos enfermedades: enfisema pulmonar y bronquitis crónica.

Sobre la prevalencia de EPOC en América Latina y el Caribe, los datos del estudio PLATINO arrojan un 14.3%, 18.9% en hombres y 11.3% en mujeres.¹⁵

Los FR evitables más asociados a las EPOC son el tabaquismo, la contaminación del aire en locales cerrados (como consecuencia del combustible de biomasa que se utiliza para cocinar y como calefacción de las viviendas), la contaminación del aire exterior, y los polvos y productos químicos en el ambiente laboral. El principal FR en países de ingresos altos es el humo de tabaco (un 73% de la carga de EPOC en estos países puede atribuirse a este FR evitable), mientras que en los países de ingresos bajos y medios tanto el tabaco como la contaminación del aire interior son

las principales causas de EPOC (a los que se les puede atribuir un 40% y 35%, respectivamente, de la carga de esta enfermedad).¹³

En el pasado los casos de EPOC en países de ingresos medios y altos eran más comunes entre los hombres, pero en la actualidad están distribuidos de forma prácticamente igualitaria entre géneros debido a los crecientes niveles de tabaquismo que se registran entre las mujeres. La creciente prevalencia de estos factores ha llevado a un aumento sostenido en los casos de EPOC que se prevé se mantendrá durante las próximas décadas. Mientras en 2002 las EPOC constituían la quinta causa de muerte a nivel mundial, estimaciones de la OMS indican que para 2030 ocupará el tercer puesto en ese ranking.¹⁶

2.1.4. Cáncer

Como cáncer se designa a un amplio conjunto de enfermedades caracterizadas por la proliferación de células anormales y su diseminación a distintas zonas y órganos del cuerpo (metástasis). Otras denominaciones usadas son neoplasias o tumores malignos. Según la OMS, aproximadamente el 13% de las muertes a nivel mundial fueron consecuencia del cáncer en 2004.

Hay muchos tipos de cáncer y todos los órganos pueden ser atacados. De acuerdo a su contribución a la mortalidad general anual los principales tipos de cáncer (en orden decreciente) son: pulmón, estómago, colorrectal, hígado y mama. La incidencia y mortalidad de cada tipo de cáncer varía por género. Entre los hombres, la mortalidad por cáncer se debe fundamentalmente a cáncer de pulmón, de estómago, de hígado, colorrectal, de esófago y de próstata. Entre las mujeres, el cáncer de mama, pulmón, estómago, colorrectal y cervicouterino son los de mayor mortalidad. La incidencia del cáncer también varía entre grupos etarios, aumentando marcadamente con la edad.

Además de las características demográficas de la población, variables socioeconómicas explican la mortalidad por cáncer: un 70% de las muertes por cáncer corresponden a países de ingresos bajos y medios. Del total de muertes en estos países se estima que un 12% se debió a distintos tipos de cáncer en 2005.¹⁰ Entre los FR de cáncer susceptibles de modificarse figuran el consumo de tabaco, sobrepeso, obesidad, mala alimentación, inactividad física, abuso de alcohol y el virus del papiloma humano (VPH) transmitido sexualmente. También la contaminación del aire interior y exterior. La relevancia de los distintos FR varía según el tipo de cáncer y grado de desarrollo de los países. Para los países de ingresos bajos y medios, entre los FR más comunes de cáncer figuran el consumo

de tabaco, la mala alimentación (particularmente bajo consumo de frutas y verduras), y las infecciones crónicas de hepatitis B, virus de la hepatitis C y VPH. El cáncer cervicouterino causado por infección del VPH es la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres de países de bajos ingresos. En los países de ingresos altos los FR asociados más fuertemente con el cáncer son el consumo de tabaco, el excesivo consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad. El cáncer más prevenible son el de pulmón (controlando el FR tabaco) y el cervicouterino (causado por infección de VPH). Por su parte, los tipos de cáncer potencialmente curables si se logra una detección precoz y se realiza el correspondiente tratamiento (incluida cirugía) son el cervicouterino, mama y colorrectal.¹⁴ En estos cuatro tipos nos concentramos en el presente trabajo.

2.2 Enfermedad crónica y significaciones individuales y colectivas

En un sentido práctico en el día a día del padecimiento de la enfermedad, el enfermo crónico, junto con su red de apoyo (familiar, social) más inmediata, toma decisiones y lleva a cabo acciones situadas fuera del terreno médico y que se inscriben en ámbitos de relación e interacción social donde el enfermo significa y da sentido a lo que le ocurre a partir de su propio lenguaje, de las representaciones que tiene sobre el concepto de enfermedad crónica en tanto sinónimo de una irremediable e irreversible condena a muerte,¹⁰ lo que en gran medida potencia el dolor y el sufrimiento sobre un hecho del que no se tiene control, y el cual se asume como una verdad (en términos de condena), al ser enunciada por esa autoridad reconocida en la figura del médico, y sobre todo porque día a día la sociedad se encarga de recordarle al enfermo no sólo su condición, sino las particulares y temidas características de ésta.¹⁷

En efecto, a nivel macro y con profundas implicaciones micro, hablamos de una construcción social de la idea y del sentido de enfermedad como algo que nos sitúa en las fronteras de la anormalidad, de lo que no se desea. El rechazo se asume desde el momento en el que el diagnóstico coloca al paciente en la condición de padecer una enfermedad que se asume sin cura, y con la que consecuentemente se deberá vivir el resto de la vida, y que además por diferentes vías, dependiendo de la enfermedad de la que se trate, habrá que hacer frente a complicaciones que minan aún más a la salud, y que según lo establecido por el conocimiento médico provoca daños irreversibles; lo que para el enfermo, supone un mayor sufrimiento que corre de la mano de limitaciones funcionales que son vistas y vivenciadas a la luz de los sentidos y las experiencias que conforman la cotidianidad.¹⁸

Inicia un sordo proceso de sufrimiento que de tan común se ha vuelto inaudible e invisible en términos de un planteamiento y seguimiento sociocultural, al ser la enfermedad un fenómeno que se consigna, se localiza en los límites y en la fisiología del cuerpo humano, y asimismo se describe y atiende a partir de un lenguaje y procedimiento científico, en el que no parece haber lugar para aquello que escapa a los usos de esta nomenclatura.

Si ha habido poco interés en esta área en términos académicos, a nivel de atención gubernamental prevalece un vacío total para generar programas, acciones, formación de recursos humanos, tendientes a mejorar la calidad de vida de los pacientes diagnosticados como crónico-degenerativos, proporcionando información acerca de la enfermedad, ello quizá sería un buen mecanismo desaprovechado hasta el momento, para revertir las cifras sobre el desapego al tratamiento que este tipo de pacientes suele registrar, y que ha dado lugar a extensos estudios y preocupación por parte de las instancias oficiales.¹⁹

2.3. Salud mental y emociones

Aunque tradicionalmente el tema de la salud mental ha sido campo exclusivo de la psicología, ha surgido recientemente un interés de la sociología para recuperar un fenómeno social, el de las emociones, de tal forma que por esta nueva vía se mantiene y fortalece la apuesta de una sociología cultural basada en la enunciación de los modos en que la cultura es una parte central en la construcción de los sentidos y significados sociales, a los cuales, desde luego, no es ajena la construcción social de la enfermedad, sus simbolismos y representaciones a nivel colectivo y de quienes la padecen.²⁰

Desafortunadamente, de parte del campo de la salud mental no existe un trabajo que evidencie una esfera de relación e interacción que tendría que ser considerada como prioritaria, dados sus orígenes y efectos sociales y por supuesto económicos.²¹

Se trata de hacer visible un ámbito de la vida social, en el que se produce una interacción que da vida a lo micro-social en oposición a lo macro, allí donde se suceden una serie de vivencias cotidianas, experiencias emotivas que han sido apartadas del trabajo serio en la sociología. Tal vez aquí, es necesario apuntar que lo cotidiano pretende nombrar el espacio histórico y cultural donde tiene lugar una amplia gama de actos, hechos, relaciones, interrelaciones, de tal manera que es urgente pensar que ese lugar al que se hace referencia no es ni un espacio físico, ni un espacio vacío al que hay que llenar, sino que se crea a partir del proceso social

mismo; así hablamos de un sentido de la sociedad y del trabajo sociológico en permanente movimiento y transformación.

El tema de la salud mental es un terreno sumamente complejo, que durante mucho tiempo ha estado atado al estereotipo de imágenes que han derivado en la necesidad casi exclusiva de una atención psiquiátrica (en la modalidad de internamiento); no obstante, en las tres últimas décadas ha habido un cambio radical en la formulación de los sentidos que en estos momentos alude el campo de conocimiento de la salud mental, tanto en términos académicos como en el de la formulación de programas y acciones sociales y gubernamentales. Así, como razón de este cambio, se esgrime el hecho de que en nuestra sociedad se hacen evidentes problemáticas antes inexistentes, y hoy reconocidas como parte del campo de la salud mental; entre ellas, procesos emotivos y conductuales derivados del padecimiento de enfermedades crónico degenerativas.²²

La salud mental ha formado parte de las agendas de los organismos internacionales ocupados del campo de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la salud (OPS) han impulsado, por lo menos formalmente, la integración de apartados específicos de este campo de atención sanitaria a los programas de gobierno de los países tanto desarrollados como subdesarrollados. El sistemático manejo de indicadores, de variables y modelos epidemiológicos que pretenden medir y dar cuenta de la presencia al alza de enfermedades propias de este campo, así como el gradual pero sólido dibujamiento de un perfil de enfermedades mentales que, curiosamente, va asociándose al terreno de la llamada salud mental y no de la enfermedad mental, suponen un escenario esencialmente distinto de aquel al que solía remitir el sentido de locura, con las reminiscencias y contenidos de obscuridad, fealdad, maldad, entre otras imágenes asociadas a la atención psiquiátrica y psicológica.²³

En efecto, el vínculo entre salud mental y emociones se ha ido consolidando desde el último cuarto del siglo pasado, de tal manera que en estos primeros años del siglo XXI nos hemos ya familiarizado con el sentido que remite a la ecuación: problemas de salud mental igual a padecimientos de orden emocional.²⁴ Como se acaba de mencionar, esta transformación no es fortuita y obedece a una serie de cambios significativos que obligan a desterrar el sentido de enfermedad mental más arraigado en un imaginario colectivo, el cual parece hecho a la medida de la imagen liminal que separa al ser humano de la bestia

(a la razón de la sinrazón), ha surgido a partir de este horizonte un amplio abanico de posibilidades y objetos de estudio (antes ajenos a la indagación científica), uno de éstos tiene que ver, precisamente, con el interés y la importancia de

problematizar ámbitos de la vida social pretendidamente agotados en sus representaciones y manejos objetivos, dando por hecho, por ejemplo en el caso de la problemática en salud, que su conocimiento y atención orgánica, así como su definición y operativización funcional a escala social, y desde luego su manejo estadístico (epidemiológico y demográfico), tienen la capacidad de abarcar el conocimiento de un fenómeno de la complejidad que atraviesa el proceso de enfermar, con las correspondientes aristas en términos de discapacidad o del desenlace mortal, a que, en cada caso, puede remitir el curso mismo de la enfermedad.²⁴

2.3.1 Ansiedad y Estrés

La ansiedad un estado que se acompaña de una sensación intensa de temo y de molestias somáticas, como palpitaciones y sudoración, que denotan la hiperactividad del sistema nervioso autónomo.²⁵

Es una experiencia emocional que todos estamos familiarizados con ella, pero no por eso fácil de definir. La ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, mal-adaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades.²⁶

Selye definió el estrés como la respuesta del organismo a contrarrestar o prevenir las amenazas, es decir, a conseguir la homeostasis; mientras Lazarus, la consideró como factor de riesgo al conceptualizarla como “las exigencias impuestas a un individuo que agotan o rebasan la capacidad de adaptación

En el estrés es indispensable un estresor (demanda, amenaza) y en la ansiedad no. La ansiedad puede formar parte del estrés integrando la respuesta Fisiológica de defensa ante una amenaza o como producto del análisis que hace una persona cuando no puede superar una demanda.

El estrés no necesariamente se acompaña de ansiedad: por ejemplo, si alguien entra a una competencia de maratón, tendrá una gran demanda que provoca estrés, pero se acompañará de alegría, ansiedad o enojo de acuerdo a la expectativa de ganar o perder la competencia.²⁶

2.3.2 Depresión

La depresión es la sensación subjetiva de tristeza, abatimiento o de “encontrarse hundido” durante mucho tiempo.²⁵

Durante la depresión, se observan dificultades en las funciones cognitivas tales como disminución de la atención, incapacidad para concentrarse, terminar una tarea o tomar decisiones. No son infrecuentes sentimientos excesivos de culpa que pueden adquirir proporciones delusionales.

Los pacientes tienden a recordar transgresiones menores o perjuicios sin importancia causados a otros, culparse exageradamente por ello.²⁷

Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella. La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar.

Muchas personas con una enfermedad depresiva nunca buscan tratamiento. Pero la gran mayoría, incluso aquellas con los casos más graves de depresión, puede mejorar con tratamiento.²⁸

2.4. Prevalencia y carga de las enfermedades crónicas degenerativas y los desórdenes mentales

A lo largo de los últimos años, tanto los trastornos neuropsiquiátricos como las enfermedades crónicas no transmisibles, entre las que se consideran las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades pulmonares crónicas, han ganado notoriedad y han generado una creciente preocupación entre las organizaciones y profesionales de la salud pública, al ubicarse entre las principales causas de carga de enfermedad en el mundo. Así, en el año 2008, las enfermedades crónicas no transmisibles fueron responsables del 63% de todas las muertes a nivel mundial. Utilizando los años de vida ajustados por discapacidad como unidad de medida, las enfermedades crónicas no transmisibles causaron el 54% de carga de enfermedad global en el 2010. Los trastornos mentales representaron el 7,4% de esta carga, siendo la depresión el trastorno de mayor magnitud dentro de este grupo (2,5%).²⁹

Ambos grupos de enfermedades tienen una alta prevalencia y provocan una carga enorme en países de renta media y baja, como el Perú. En estos países se

concentran el 80% de todas las muertes por enfermedades crónicas y el 75% de la carga de enfermedad por trastornos neuropsiquiátricos del mundo.³⁰

En el Perú, en el año 2008, las enfermedades crónicas causaron el 60% de todas las muertes, y cerca del 30% de estas ocurrieron en personas menores de 60 años, una proporción mayor a la encontrada en países de ingreso alto.³² La prevalencia de hipertensión arterial y diabetes a nivel nacional asciende a 31,7 y 5,5%, respectivamente.³¹ Igualmente preocupante es el impacto de los trastornos neuropsiquiátricos, los cuales tienen una prevalencia de vida de 29% en la población urbana,³³ y ocupan el primer lugar entre las causas de carga de enfermedad en el Perú, al ser responsables del 16% de todos los años de vida saludable perdidos tanto por discapacidad como por muerte prematura en el país.³⁴ Es importante anotar que los desórdenes mentales presentan una distribución desigual en la población peruana, siendo más prevalentes, por ejemplo, en personas de bajos recursos y en aquellas afectadas por la violencia política vivida en el país en las décadas de los ochenta y noventa. Así, por ejemplo, en Lima, en el año 2002, el 34,2% de la población que no cubría sus necesidades básicas de alimentación, sufría de algún trastorno psiquiátrico y 17,5% tenía depresión.³⁴ De otro lado, un estudio realizado en el año 2003 en la región de Ayacucho encontró un 56% de prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico y un 24,5% de trastornos depresivos para la población que había sufrido la desaparición o fallecimiento de un familiar a causa de la violencia política.³⁵

2.5. El impacto de la depresión en el desarrollo y tratamiento de las enfermedades crónicas crónico degenerativas

Entre los trastornos mentales, la depresión es la condición más prevalente en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Esta prevalencia puede ser hasta dos o tres veces más alta en estos pacientes, en comparación con personas sin condiciones crónicas.^{36, 37} La diabetes, por ejemplo, duplica la probabilidad de desarrollar depresión, una condición que afecta aproximadamente al 30% de personas con diabetes tipo 1 y 2.³⁸ En los pacientes con enfermedades cardiovasculares las prevalencias de depresión se encuentran entre 20% y 45%.^{39,}
40

Diversos estudios han demostrado que la presencia de algún desorden mental puede contribuir tanto a la etiología como a la progresión de las enfermedades crónicas. Así, la evidencia muestra que las personas con depresión, o con otros trastornos mentales, tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas

que quienes no sufren problemas de salud mental. Se estima que los pacientes con depresión tienen un riesgo incrementado de vez y media a dos veces mayor de sufrir una enfermedad coronaria,⁴¹ y se sabe que la sintomatología depresiva se encuentra asociada a un incremento significativo en el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2.⁴²

En cuanto a la progresión de la condición crónica, los síntomas depresivos incrementan las complicaciones asociadas a la diabetes, como retinopatía diabética, enfermedades cardiovasculares, nefropatía y disfunción sexual.⁴³ En el caso de las enfermedades cardiovasculares, la depresión aumenta el riesgo de tener complicaciones médicas y cardíacas, como isquemia, infarto e insuficiencia cardíaca.

De esta manera, no es sorprendente que la depresión en pacientes con diabetes o enfermedades cardiovasculares implique un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. Por ejemplo, el riesgo de mortalidad es de dos a tres veces mayor para los pacientes con diabetes tipo 2, y dos veces mayor para aquellos con enfermedades cardiovasculares que sufren de depresión.⁴⁴

Además del impacto directo de la depresión sobre las condiciones crónicas de los pacientes, diversos estudios han explorado el efecto de los desórdenes mentales sobre la disposición y el comportamiento del paciente en relación a su cuidado y a su tratamiento. La depresión ha sido asociada de manera negativa con casi todas las medidas de auto-cuidado de la diabetes y de las enfermedades cardiovasculares, como, por ejemplo, asistencia a citas médicas, dieta, medicación y actividad física. Asimismo, se ha demostrado que la depresión afecta directamente la adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos, específicamente al monitoreo de la glucosa y la asistencia a las citas médicas. En este sentido, la depresión empeora la calidad de vida, genera un mayor gasto en servicios médicos, y provoca mayor discapacidad funcional.

Del mismo modo, los resultados de la Encuesta Mundial de Salud, realizada por la Organización Mundial de la Salud, muestran que la depresión en pacientes con enfermedades crónicas se asocia significativamente con un peor estado de salud, en comparación con pacientes sin depresión que tienen una o más enfermedades crónicas.³¹ Se explicita así la necesidad de brindar atención en salud mental a la población con enfermedades crónicas no transmisibles.

Sin embargo, la depresión en pacientes con enfermedades crónicas, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, sigue siendo subdiagnosticada y subtratada en el mundo, a pesar de su alta prevalencia y su relación con

complicaciones de la salud, deterioro de la calidad de vida y mayor riesgo de mortalidad.⁴⁰

2.5. Cuando la cotidianidad se altera ante la enfermedad crónica degenerativa

La noción de vida cotidiana es un marco útil para comprender a la enfermedad como experiencia, ya que nuestra cotidianidad suele transcurrir casi inadvertida mientras no enfrentamos problemas que nos impidan realizar las actividades habituales o disfrutar de la vida. Si el cansancio, las penas, el dolor y sufrimiento aparecen sorpresiva y eventualmente en la cotidianidad, seguro que tienen sabor a vida, ya que en breve todo vuelve al cauce habitual; y de manera casi inadvertida damos por supuesta la capacidad de nuestro cuerpo para actuar y continuar con nuestros proyectos. Tenemos conciencia del sí mismo y de la identidad, un «mí» y un «yo», lo que nos hace suponer también la identidad y continuidad básicas; y nuestras relaciones sociales se basan en la suposición de que los demás pueden entender nuestra experiencia porque nos situamos en el mundo de la vida cotidiana de manera similar, aunque nunca idéntica. “Sin embargo corremos el riesgo de que la enfermedad crónica desbarate todo lo que damos por supuesto.

Las enfermedades crónicas son aquellas cuyos síntomas en las personas se prolongan de por vida y afectan su capacidad para realizar sus actividades habituales; su tratamiento médico es de eficacia limitada y frecuentemente contribuye al malestar físico y psicológico de los pacientes y sus familias; impactan en la percepción que tienen sobre su cuerpo quienes las padecen, en su orientación respecto al tiempo y el espacio, el sentido de su vida y la de sus familias, su autoestima, sentimientos de motivación y dominio personal.

Las enfermedades crónico-degenerativas (enfermedades reumáticas, osteoporosis, coronariopatías, enfermedad vascular cerebral, insuficiencia renal crónica, diabetes *mellitus* e hiperlipidemias), también son consideradas enfermedades «complejas» o «multifactoriales» debido a que sus explicaciones apuntan a la combinación de más de un gen, diversos factores ambientales y, estrechamente vinculadas a las condiciones de vida de los pacientes. Las personas que las padecen y su red más cercana tienen que aprender a vivir cotidianamente y durante toda su vida con los síntomas y complicaciones que ocasionan cambios físicos, estigma social y afecciones emocionales como: temores, angustia, tristeza, culpa.⁴⁵

Son varios los retos a enfrentar por parte de quienes están directamente involucrados a los que padecen enfermedades crónicas degenerativas, curarlos es

un reto para la biomedicina; atenderlos es un reto para las instituciones de salud pública, para ellos mismos y sus familiares, debido a los altos costos económicos de los tratamientos cuya base es la medicalización; mientras que las familias de los pacientes enfrentan el reto de sobrellevar los costos emocionales que generan las pérdidas que conllevan los padecimientos crónicos. Ya que “la facilidad o dificultad del proceso afecta a la propia enfermedad, añadiendo o eliminando niveles de malestar. Probablemente es imposible separar las quejas somáticas que resultan de una patología subyacente de los tejidos y los órganos, enmarcadas como dolencia, de las que tienen su origen en las emociones, las tensiones y el contexto social y político en el que la experiencia de la enfermedad se expresa y forma en un primer momento.

El impacto emocional que tienen las enfermedades crónicas en los pacientes es innegable y está estrechamente relacionado con la incertidumbre e impredecibilidad del proceso de enfermedad, el distrés afectivo que genera, la pérdida de autonomía y el estigma social por los daños y cambios en su cuerpo, factores culturales, ambientales, espirituales y situación autobiográfica.⁴⁶ Por lo anterior, el dolor y sufrimiento en los enfermos y sus familiares es una premisa importante.

Consideramos conveniente diferenciar al dolor del sufrimiento, el primero se halla más identificado con la sensación de un daño o lesión corporal, mientras que el segundo se refiere a la pérdida o carencia de un bien o la pérdida o ausencia de un ser querido.⁴⁷

El sufrimiento no sólo es de los pacientes, también de quienes les acompañan cotidianamente en el curso de su enfermedad. Aunque el dolor y sufrimiento no deben considerarse exclusivamente como efectos o epifenómenos de una determinada enfermedad, sino que el sufrimiento se puede considerar en sí mismo como enfermedad, que conduce a un ámbito no menos complejo como lo es el de los padecimientos mentales.⁴⁸

Lo anterior nos permite considerar que si la enfermedad crónica por sí misma es dolorosa y sufriente, cuando las condiciones de vida de los pacientes son de pobreza, el sufrimiento posterior a la enfermedad se agudiza en términos de una serie de carencias que hacen más difícil y complejo el proceso de hacer frente y sobrellevar la enfermedad: aseguramiento de atención médica, disposición de medicamentos, condiciones económicas para ajustarse a un determinado régimen alimenticio, acceso a tecnologías diagnósticas, atención a complicaciones propias de la enfermedad crónica que se padece, entre otros requerimientos básicos.

Dolor y sufrimiento son vivencias afectivas fundamentales del ámbito emocional y relacional de los seres humanos, así como tenemos la necesidad de compartir

nuestro placer también nuestro dolor y sufrir,⁴⁹ por lo que conviene detenerse en la importancia de dicho ámbito de la vida de los seres humanos, desde diversas perspectivas de las ciencias sociales.

“Las emociones individuales se elevan a lo colectivo, siendo este mismo colectivo el que modifica a su vez el desarrollo de las emociones individuales”.⁴⁴ Desde la perspectiva de la sociología de las emociones, éstas son una base para la explicación y comprensión de múltiples acciones, vivencias, sucesos, procesos y problemas sociales, ya que “Si la mayoría de las emociones humanas se nutren en el contexto de las relaciones sociales y si, como muchos autores afirman, el objeto propio de la sociología es el estudio de estas relaciones, es obvio que el conocimiento acumulado por esta disciplina puede iluminar aspectos esenciales del mundo afectivo”.⁵⁰

Desde la perspectiva antropológica hay mucho que decir acerca de la importancia de las emociones en la comprensión de la vida humana porque:

Desde el tema de la emocionalidad, probablemente como desde todo acercamiento riguroso a cualquier asunto humano importante, se plantean todos los problemas antropológicamente radicales: las relaciones entre la mente y el cuerpo, el papel de la razón y de otras funciones acompañantes, la trascendencia de los afectos en el entendimiento y la confrontación cultural. Pero sobre todo se plantea la perspectiva global desde la que se considera el fenómeno de la vida integralmente.

También desde la perspectiva filosófico-antropológica se apuntan una serie de reflexiones en torno al importante papel de las emociones en las relaciones humanas y sociales, en la que se considera que “El existir del hombre es inconcebible sin sus vivencias con las cuales el contenido racional está estrechamente conectado con la actitud emotivo-sensorial y afectivo-valorativa hacia el mundo y a sí mismo”.⁵⁰

Los aspectos enumerados en el párrafo anterior son importantes aportaciones para la comprensión del vínculo entre el ámbito emocional y las enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes mellitus 2, porque hay vivencias afectivas que nacen cuando aquéllas se manifiestan, dado que la enfermedad es un suceso que conlleva una diferencia dolorosa en la cotidianidad y el futuro que damos por supuesto. Las vidas de algunos pacientes quedan dañadas irremediablemente, otros intentan remediar las grietas de sus mundos, en la medida de lo posible y con los apoyos disponibles. Pero definitivamente están aquellos pacientes y su entorno familiar para quienes un mundo anterior desaparece y lo reemplaza uno nuevo cargado de sufrimiento.

Las personas no sólo sufren dolencias, viven sus propias experiencias idiosincrásicas de enfermedad, por lo que no hay que tratar las dolencias sino a las personas. No es que padezca dolor crónico, es que me duele el cuerpo, la vejiga de mi marido pierde líquido, las manos de mi madre no se pueden mover con la facilidad habitual, las piernas de mi amigo se arrastran como si llevaran un lastre de plomo, y mi hijo no puede respirar sin una máquina.



3. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. ANTECEDENTES LOCALES

Autor: Basurco Maldonado, Lenin, Problemas de salud mental en pacientes que acuden a los servicios de medicina, cirugía, gineco-obstetricia del hospital Goyeneche, Arequipa 2013;

Fuente: Tesis – Facultad de Medicina Humana UNSA

Resumen: La población según grupo etario donde entre la edad de 20 a 29 años fueron 32 con el 35.6%; entre la edad de 30 a 39 años fueron 18 con el 20%; entre la edad de 40 a 49 años fueron 20 con el 22.2%; entre la edad de 50 a 59 años fueron 20 con el 22.2%; según sexo donde masculino fueron 36 con 40% y femenino 54 con el 60%, según lugar donde fue atendido donde fueron de cirugía 20 con el 22.2%; de gineco-obstetricia 20 con el 22.2%; de medicina fueron 50 con el 55.5%; según presencia d síntomas de salud mental en el servicio de cirugía, medicina y gineco-obstetricia donde ese presentaron síntomas somáticos en 88 pacientes, Síntomas depresivos en 86 pacientes, Síntomas de presencia de ataques de pánico en 16 pacientes, Síntomas específicos de ataques de pánico en 12 pacientes, Síntomas de ansiedad general en 49 pacientes, Síntomas de trastornos de alimentación en 26 pacientes, Síntomas asociados con abuso de alcohol con 33 pacientes, según presencia d síntomas de salud mental en el servicio de cirugía, medicina y gineco-obstetricia donde ese presentaron síntomas somáticos ausentes 2 con el 2.2%, leves en 71 pacientes con el 78.9% y moderado 17 con el 18.9%, Síntomas depresivos leves en 4 pacientes con el 4.4%, leves 69 con el 76.7%, moderados 15 con el 16.7%, severos 2 con el 2.2%; Síntomas de presencia de ataques de pánico ausentes en 74 pacientes con el 82.2%, leves en 4 pacientes con el 4.4%, moderados 4 con el 4.4% y severos 8 con el 8.9% , Síntomas específicos de ataques de pánico ausentes en 78 pacientes con el 86.7%, moderados 5 con el 5.6%, severos 7 con el 7.8%; Síntomas de ansiedad general ausentes en 41 pacientes con el 46.1%, leves en 30 pacientes con el 33.7% moderados en 16 pacientes con el 18%, severos 2 con el 2.2%; Síntomas de trastornos de alimentación ausentes en 64 con el 71.1%, 19leves con el 21.1%, moderados 6 con el 6.7%, severos 1 con el 1.1%; Síntomas asociados con abuso de alcohol ausentes en 57 pacientes con el 63.3%, leves 17 con el 18.9% y moderados 16 con el 17.8%.

3.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Autor: Diana Evelyn Barrera Chuquiarque. Factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares según los determinantes de la salud presentes en los choferes de transporte público, Lima-Perú 2015.

Fuente: Facultad de Medicina Humana UNMS

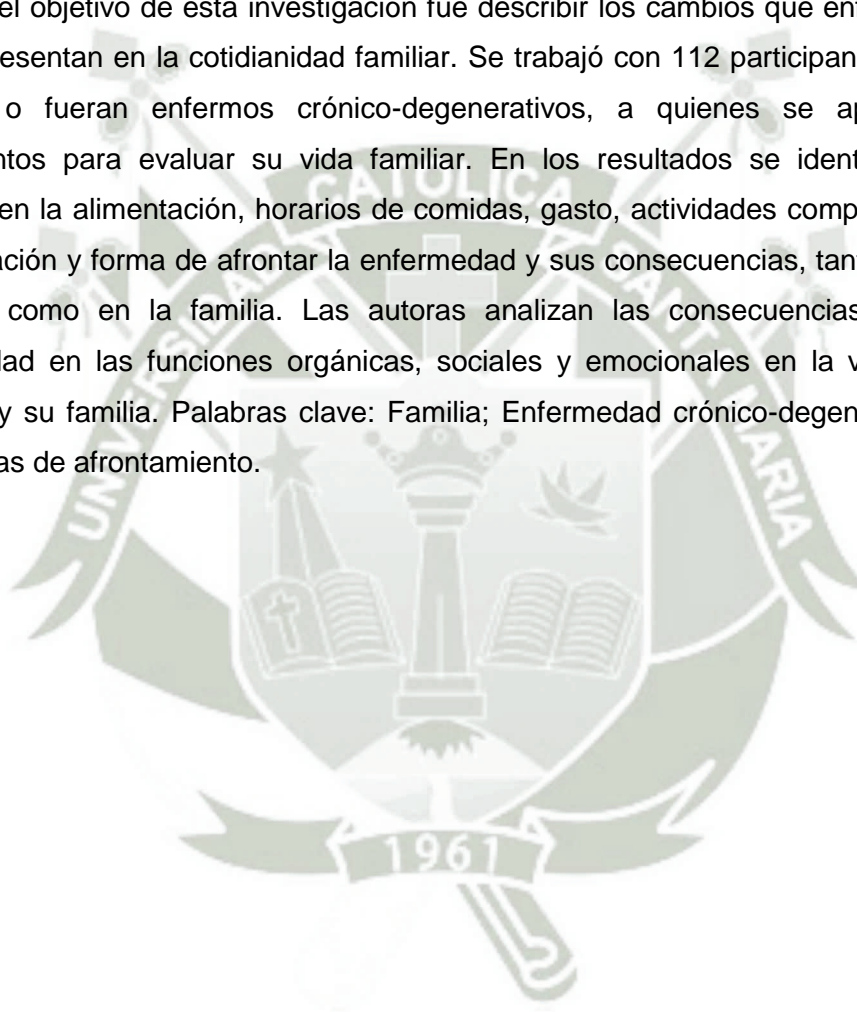
Resumen: Según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades cardiovasculares se encuentran entre las principales causas de muerte a nivel mundial; cuyo origen es multifactorial, y, por tanto, necesario identificar los factores de riesgo asociados a las mismas, para prevenirlas o mejorar la calidad de vida de las personas vulnerables. En la presente investigación se tomaron en cuenta los factores de riesgo según los determinantes de la salud; como objetivo se consideró Determinar los factores de riesgo cardiovascular según determinantes de la salud en los choferes de transporte público. Estudio de tipo cuantitativo de nivel aplicativo que utiliza el método descriptivo de corte transversal. La investigación se realizó en la Empresa de Transportes Unidos Vitarte S. A. (ETUVISA); la población estuvo conformada por 50 choferes de transporte público que trabajan en la empresa y reunieron los criterios de inclusión; se les aplicó el cuestionario de 44 ítems mediante una entrevista. Se obtuvo que 54% de los factores encontrados pertenecieron a la dimensión estilos de vida, 28% de Biología Humana, 11% del Sistema Sanitario y el 7% del Medio Ambiente. Las conclusiones a las que se llegó son que todos los participantes tienen factores de riesgo en mayor o menor número, siendo la más resaltante la dimensión de los Estilos de vida ya que tienen una fuerte influencia en las enfermedades cardiovasculares y porque es posible modificar estos hábitos. Palabras clave: Factores de riesgo, enfermedades cardiovasculares, choferes de transporte público, determinantes de la salud, enfermería ocupacional.

3.3. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Autor: Adriana Guadalupe Reyes Luna, Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas, 2010.

Fuente: Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen: Las enfermedades crónico-degenerativas ponen en riesgo la vida de quien la sufre y alteran las actividades diarias de los otros integrantes de la familia, ya que tanto el enfermo como sus familiares viven cambios en diferentes aspectos. Por ello, el objetivo de esta investigación fue describir los cambios que enfermo y familia presentan en la cotidianidad familiar. Se trabajó con 112 participantes que tuvieran o fueran enfermos crónico-degenerativos, a quienes se aplicaron instrumentos para evaluar su vida familiar. En los resultados se identificaron cambios en la alimentación, horarios de comidas, gasto, actividades compartidas, comunicación y forma de afrontar la enfermedad y sus consecuencias, tanto en el paciente como en la familia. Las autoras analizan las consecuencias de la enfermedad en las funciones orgánicas, sociales y emocionales en la vida del enfermo y su familia. Palabras clave: Familia; Enfermedad crónico-degenerativa; Estrategias de afrontamiento.



IV. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general:

Determinar el impacto de las enfermedades crónico degenerativas sobre la salud mental y física en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017.

4.2. Objetivos específicos:

Determinar el perfil sociodemográfico de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017.

Determinar los estados negativos de salud física y la salud mental de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017

V. HIPOTESIS

Dado que existe una alta presentación de enfermedades crónicas degenerativas en la población arequipeña.

Es probable que exista alguna relación entre los estados positivos y negativos de la salud física y la salud mental en pacientes con enfermedades crónico degenerativas que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

Técnica: Mediante entrevista tipo cuestionario para la recopilación y recolección de la información.

Instrumento: Hoja de recolección de datos, Cuestionario de Salud SF-36.

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación espacial:

En los pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa

2.2 Ubicación temporal:

El presente trabajo se llevará a cabo durante el mes enero y febrero del 2017.

2.3 Población de estudio:

2.3.1 Universo o población:

Todos los pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología con enfermedades crónicas degenerativas en los Establecimientos de Salud.

2.3.2. Población Blanco:

Pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología con enfermedades crónicas degenerativas en el Hospital Goyeneche.

2.3.3. Población Accesible: Pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología con enfermedades crónicas degenerativas en el Hospital Goyeneche entre los meses de enero a febrero del 2017.

2.3.4. Muestra

Pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología con enfermedades crónicas degenerativas en el Hospital Goyeneche Arequipa entre los meses de enero a febrero del 2017 que cumplan los criterios de inclusión.

Tamaño de la muestra

Para determinar la muestra se partió de la encuesta estructurada.

$$n = \frac{z^2(p * q) * N}{e^2(N - 1) + z^2(p * q)}$$

Dónde:

N= población del mercado (250).

n = Tamaño de la muestra.

Z = Nivel de confianza (al 95% tiene un valor Z de 1.97)

p = % de probabilidad (50%)

e = Error muestral permitido (5%)

$$n = \frac{1.97^2(0.50 * 0.50) * 210}{0.05^2(210 - 1) + 1.97^2(0.50 * 0.50)}$$

$$n = 109$$

Criterios de inclusión:

- Paciente mayor de 18 años
- Paciente con diagnóstico definido de enfermedad crónica degenerativa
- Firma de consentimiento informado
- Deseo de intervenir en el estudio

Criterios de exclusión:

- No firma del consentimiento informado
- Paciente con alteraciones o en tratamiento psiquiátrico
- Ausencia de datos confirmatorios del diagnóstico

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**3.1. Organización:**

Se realizarán coordinaciones con la Dirección del Hospital Goyeneche y las jefaturas de los Servicios de Medicina, Cirugía y Traumatología del Hospital Goyeneche para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se entrevistará a todos los pacientes de los consultorios externos de Medicina, Cirugía y Traumatología en el periodo de estudio aplicando la hoja de recolección de datos y el cuestionario SF 36.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos:

- ◆ Humanos
 - Investigadora
 - Asesor.
- ◆ Materiales
 - Fichas de investigación
 - Material de escritorio
 - Computadora personal con acceso a internet con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.
 - Papel, lapiceros
- ◆ Financieros
 - Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

El cuestionario de salud SF-36 es un instrumento genérico de medición de La Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS), que consta de 36 preguntas diseñado por Ware y Sherbourne en 1992. El desarrollo y proceso de validación del cuestionario ha sido descrito en detalles por McHorney, Ware y Raczek en 1993 y McHorney, Ware, Lu y Sherbourne en 1994.

El SF-36 proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a pacientes como a población sana.

El cuestionario cubre 8 dimensiones, que representan los conceptos de salud empleados con mayor frecuencia cuando se mide CVRS, así como aspectos relacionados con la enfermedad y su tratamiento. Las dimensiones evaluadas son función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental del paciente.

Descripción de las Escalas de Salud medidas por SF-36.

Evaluación declarada de la salud: cambio en el estado de salud general con respecto al año anterior.

Función Física (FF): Limitaciones para realizar todo tipo de actividad física, tales como, bañarse, vestirse, caminar, agacharse, subir escaleras, levantar pesos y los esfuerzos moderados e intensos. (10 preguntas)

Rol físico (RF): Problemas en el trabajo y otras actividades diarias como el resultado de la salud física. (4 preguntas).

Dolor corporal (DC): Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto en el hogar como fuera de casa (2 preguntas).

Salud General (SG): Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (5 preguntas).

Vitalidad (VT): Sensación de energía y vitalidad, en contraposición a la sensación de cansancio y agotamiento (4 preguntas).

Función Social (FS): Interferencia con la vida social habitual debido a problemas físicos o emocionales (2 preguntas).

Rol Emocional (RE): Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como consecuencia de problemas emocionales (3 preguntas).

Salud Mental (SM): Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 preguntas).

Adicionalmente, el SF-36 incluye una pregunta de transición sobre el cambio en el estado de salud general con respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las 8 dimensiones principales.⁵⁰

Las puntuaciones de las 8 dimensiones del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor valor mejor es el estado de salud. Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala con un rango de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud). Además, el cuestionario permite el cálculo de dos puntuaciones resumen, física y mental, mediante la suma ponderada de las puntuaciones de las ocho dimensiones principales.

El SF-36 está dirigido a personas de 14 o más años de edad y preferentemente debe ser autoadministrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal o telefónica.

Ware et al. En 1993, incluyen estudios de validación del SF-36 como herramienta para medir CVRS. Además, se han publicado diversos estudios de validación del SF-36 por otros autores, que lo comparan con otros instrumentos de medición de salud más generales y complejos como Brazier et al. En 1992 y Stansfeld et al. En 1997. Otros autores han utilizado el SF-36 en pacientes enfermos para medir su capacidad de discriminar entre diferentes diagnósticos o niveles de gravedad, validando así el instrumento en diferentes diagnósticos. Algunos ejemplos son: Harper et al. en 1997 para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Dawson et al. En 1996 para prótesis total de cadera y Wachtel et al. En 1992 para infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). McDowell y Newell en 1996 realizan una exhaustiva descripción del desarrollo del SF-36, incluyendo comentarios críticos. Ware en el 2000 ofrece un resumen actualizado y bien documentado de aspectos diversos relacionados con el cuestionario de salud SF-36.

Más recientemente, el SF-36 ha sido calificado como la medida de salud genérica basada en el paciente más evaluado en un estudio bibliográfico sobre el incremento de las medidas de CVRS publicado en el British Medical Journal por Garratt et al. En 2002. Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos, y la multitud de estudios ya realizados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial y aceptación en el

campo de la CVRS. El cuestionario SF-36 ha sido traducido en más de 50 países como parte del International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. Este proyecto incluye investigadores de 14 países, incluyendo España.

Validado en la Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios. Instituto Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS). Barcelona. España.

La versión española del SF-36 es uno de los instrumentos genéricos más utilizados en el territorio nacional, tanto en estudios descriptivos que miden el impacto sobre la CVRS en distintas poblaciones de pacientes, como para la evaluación de intervenciones terapéuticas. También se ha utilizado como referencia en la validación de nuevos instrumentos de medición.

En Arequipa se realizó “EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EsSALUD AREQUIPA 2006” Dr. EMILIO HINOJOSA CÁCERES, con el Cuestionario Genérico de la Calidad de Vida S F- 36; a los integrantes de la muestra según los grupos de estudio comprendió un total de 136 pacientes, que exhiben edades que oscilan entre 14 a 85 años con una media de 58.81 años.

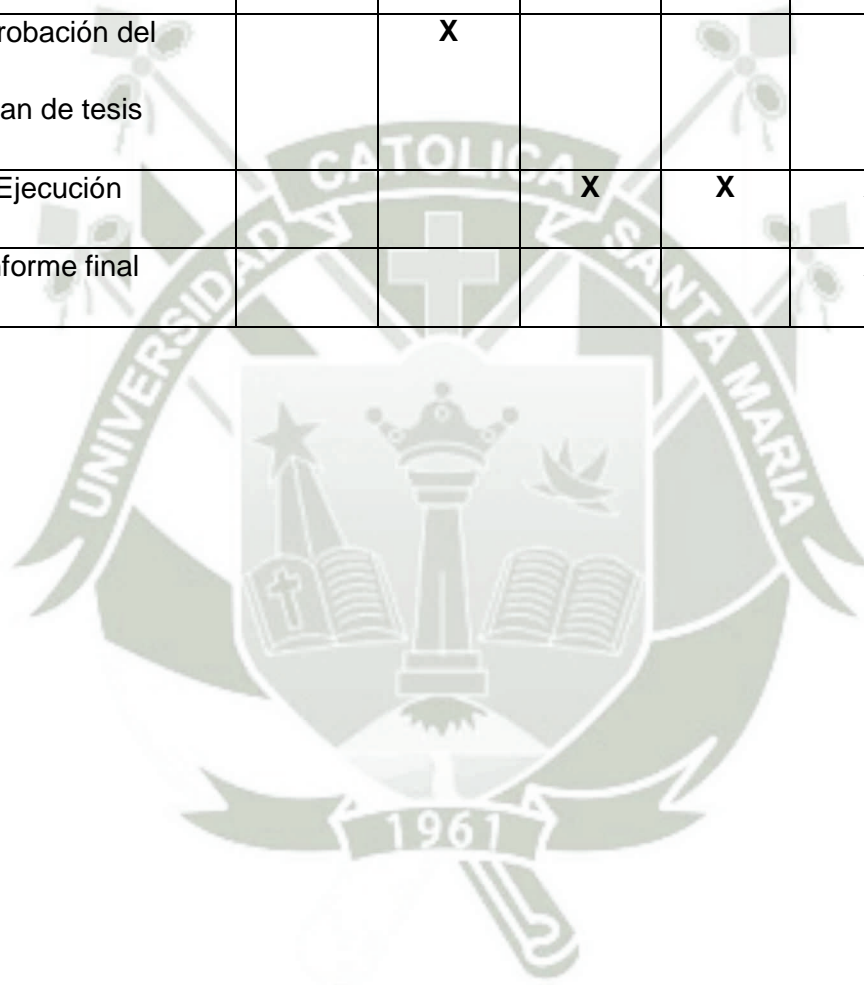
Estas experiencias y toda la información presentada sugieren que se puede recomendar el uso de este instrumento tanto en investigación como en la práctica clínica.

3.4. Criterios para manejo de resultados

- Plan de procesamiento: Luego de calificar los instrumentos los datos obtenidos se vaciarán al programa SPSS 19.0.
- Plan de resultados: Se realizará un análisis descriptivo de los datos, en tablas de frecuencias, se describen las observaciones en número absolutos y porcentajes para su posterior análisis y discusión.
- Plan de análisis: En estadística descriptiva, análisis de regresión múltiple, nivel de significación estadística se calcularán los intervalos de confianza al 95% de los diferentes estadísticos descriptivos y de comparación.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

	Enero 2017	Enero 2017	Enero 2017	Enero 2017	Febrero 2017
Búsqueda de bibliografía	X				
Plan de tesis	X				
Aprobación del Plan de tesis		X			
Ejecución			X	X	X
Informe final					X



BIBLIOGRAFIA

1. Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, *et al.* Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380(9859):2197-223. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61689-4.
2. Davidson KW. Depression and coronary heart disease. *ISRN Cardiol*; 2012. 2012:743813. doi: 10.5402/2012/743813
3. Pitt, B. Deldin, PJ. Depression and cardiovascular disease: have a happy day-- just smile! *Eur Heart J*; 2010. 31(9):1036-7.
4. Andreoulakis E, Hyphantis T, Kandylis D, Lacovides A. Depression in diabetes mellitus: a comprehensive review. *Hippokratia*; 2012. 16(3):205-14.
5. WHO. Noncommunicable diseases country profiles 2011: Peru [Internet]. Geneva: WHO; c2011 (updated 2011; citado el 10 de diciembre del 2013).
6. Velásquez A. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*; 2009. 26(2):222-31.
7. Rotella F, Mannucci E. Depression as a risk factor for diabetes: a meta-analysis of longitudinal studies. *J. Clin Psychiatry*; 2013. 74(1):31-7. doi: 10.4088/JCP.12r07922.
8. Murray, C.J.L, Evans, D.B., Acharya, A., *et al.* "Development of WHO guidelines on generalized cost-effectiveness analysis." *Health Economics* 9; 2000. 235-251.
9. Alfaro, N. *et al.* "Autopercepción de calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2", en *Investigación en salud*, núm. 3, vol. VIII, Diciembre 2006. pp. 152-157

10. WHO. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation*. WHO Technical Report Series, No. 916. Geneva, Switzerland: WHO; 2003
11. Kronenberg, H.M.; Melmed, S, Williams Tratado de Endocrinología (11ª ED). Editorial S.A. ELSEVIER ESPAÑA; 2009
12. Iniciativa de Diabetes para las Américas de la Organización Panamericana de la Salud. “Plan de Acción para América Latina y el Caribe 2001-2006”
13. Abegunde, D.O., Mathers, C.D., Adam, T., et al. “Chronic Diseases 1. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries”. *The Lancet*, 2007. 370: 1929-38, December 8.
14. Menezes, A.M.B., Perez-Padilla, R., Hallal, P.C., et al. “Worldwide burden of COPD in high- and low-income countries. Part II. Burden of chronic obstructive lung disease in Latin America: the PLATINO study.” *Int J Tuberc Lung Dis*; 2008. 12(7): 709-712.
15. Ezzati, M., Vander-Hoorn, S., Lopez, A.D., et al. “Chapter 4: Comparative Quantification of Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Risk Factors.” 2006.
16. Barragán, A. “La interrelación de los distintos modelos médicos en la atención del dolor crónico en un grupo de pacientes con neuralgia posherpética”, en *Cuicuilco*, núm. 33, vol. 12, enero-abril, México; 2005, pp. 61-78.
17. Cárdenas, V. M. *et al.* “Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2”, en *Revista Ciencia UANL*, núm. 3, vol. VIII, México; 2005, pp. 351-357.
18. OPS, “Estrategia regional sobre un método integrado para la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo régimen alimentario,

- actividad física y salud”, en *40 Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo OPS/OMS*. Washington. USA; 2006.
19. Layunta, M. B. “Deconstruyendo el dolor. Un relato sobre y desde la fragilidad”, en *Athenea Digital*, núm. 8, otoño, Barcelona, España; 2005. pp. 1-12.
 20. Mueller, F.L. *Historia de la psicología. De la antigüedad a nuestros días*, México, FCE; 2005.
 21. Guinsberg, E. “Salud mental y subjetividad como aspectos sustantivos de la salud colectiva”; 2007.
 22. Guinsberg, E (ed.), *Temas y desafíos en salud Colectiva*, Argentina, Lugar Editorial. OMS, *Programa mundial de acción en salud mental*, Ginebra, Suiza; 2002.
 23. Heller, A. *Teoría de los sentimientos*, Ediciones Coyoacán. México; 2004.
 24. Kaplan & Sadock: *Sinopsis de Psiquiatría (11ª ED.)* Editorial Lippincott Williams and Wilkins. Wolters Kluwer Health; 2015.
 25. <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
 26. Perales A, Mendoza A, Vasquez-Caicedo G, & Zambrano M. *Manual de Psiquiatría "Humberto Rotondo"*. 2da ed. Lima: Editorial de la Universidad Nacional de San Marcos; 1998.
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/Psicologia/Manual_psiquiatr%C3%ADa/Indice.htm
 27. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/index.shtml>
 28. WHO. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Ginebra: World Health Organization; 2011.

29. WHO. mhGAP: Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. Ginebra: World Health Organization; 2008.
30. WHO. Noncommunicable diseases country profiles 2011: Peru [Internet]. Geneva: WHO; 2011 (updated 2011; citado el 10 de diciembre del 2013). http://www.who.int/nmh/countries/per_en.pdf.
31. Mendis S, Puska P, Norvingg B, eds. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Ginebra: World Health Organization; 2011.
32. Instituto Nacional de Salud Mental. Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos psiquiátricos en el Perú urbano: Estudio epidemiológico en ciudades de la costa, sierra y selva del Perú. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental; 2012.
33. Velásquez A. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. Rev Peru Med Exp Salud Publica; 2009. 26(2):222-31.
34. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental, 2002. Informe general. Anales de Salud Mental; 2002;18(1-2):1-199.
35. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio epidemiológico de salud mental en Ayacucho 2003. Anales de Salud Mental; 2004;20(1-2)1-199.
36. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. Lancet; 2007;370 (9590):851-8.
37. Egede, LE. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. Gen Hosp Psychiatry; 2007;29(5):409- 16.
38. Anderson, RJ. Freedland, KE. Clouse, RE. Lustman, PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. Diabetes Care; 2001;24 (6):1069-78.

39. Davidson, KW. Depression and coronary heart disease. *ISRN Cardiol.* 2012; 2012:743813. doi: 10.5402/2012/743813
40. Huffman, JC. Celano, CM. Beach, SR. Motiwala, SR. Januzzi, JL. Depression and cardiac disease: epidemiology, mechanisms, and diagnosis. *Cardiovasc Psychiatry Neurol.* 2013; 2013:695925. doi: 10.1155/2013/695925.
41. Pitt B, Deldin PJ. Depression and cardiovascular disease: have a happy day-- just smile! *Eur Heart J.* 2010;31(9):1036-7. doi: 10.1093/eurheartj/ehq031.
42. Rotella F, Mannucci E. Depression as a risk factor for diabetes: a meta-analysis of longitudinal studies. *J Clin Psychiatry.* 2013;74(1):31-7. doi: 10.4088/JCP.12r07922.
43. Andreoulakis E, Hyphantis T, Kandyli D, Iacovides A. Depression in diabetes mellitus: a comprehensive review. *Hippokratia.* 2012;16(3):205-14.
44. Barth J, Schumacher M, Herrmann- Lingen C. Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosom Med.* 2004;66(6):802-13.
45. Tejeda, Tayabas Luz María *et al.* (2006), "Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento", en *RESPYN Revista Salud Pública y Nutrición*, núm. 1, vol. 7.
46. Gómez, Sancho Marcos y Jorge A., Grau Abalo (2006), "Dolor y sufrimiento", en *Dolor y sufrimiento al final de la vida*, Madrid, España, Aran Ed. pp. 192-284
47. Bericat, Alastuey Eduardo (2000), *La sociología de la emoción y la emoción en la sociología*, Papers núm. 62, España, pp. 145-176.
48. Vallverdú, Jordi (2007), *Una ética de las emociones*, Barcelona, España, Anthropos Editorial.

49. Malishev, Mijail (2007), *Vivencias afectivas. Expresión de la existencia humana*, México, Plaza y Valdés Editores.
50. López-García E, Banegas JR, Graciani Pérez-Regadera A, Gutiérrez-Fisac JL, Alonso J, Rodríguez-Artalejo F. Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:568-73.



ANEXO A: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, estoy de acuerdo en participar en la investigación titulada:

Impacto de la enfermedad crónico degenerativas en la salud mental en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017

Se me ha explicado:

- Las ventajas e inconvenientes de la realización de este análisis.
- He comprendido la información recibida y he podido formular las preguntas que he creído oportunas.

En consecuencia:

Autorizo la realización del cuestionario de Salud FS-36

Firma

Arequipa, de del 2017

ANEXO B: FICHA SOCIODEMOGRAFICA

FACULTAD DE MEDICINA - UCSM

**IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS EN LA
SALUD MENTAL Y FÍSICA EN PACIENTES QUE ACUDEN A LOS
CONSULTORIOS EXTERNOS DE MEDICINA, CIRUGÍA, TRAUMATOLOGÍA EN
EL HOSPITAL GOYENCHE AREQUIPA 2017**

Ficha N°

Fecha:

EDAD	AÑOS	()
SEXO	MASCULINO	()
	FEMENINO	()
GRADO DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA	()
	SECUNDARIA	()
	SUPERIOR	()
ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS	DIABETES MELLITUS	()
	HIPERTENSION ARTERIAL	()
	ARTRITIS REUMATOIDE	()
	ARTROSIS	()
	OTRAS ENFERMEDADES	()
	CARDIOVASCULARES CRONICA	()
	ENFERMEDADES PULMONARES CRONICA	()
	ENFERMEDADES RENALES CRONICA	()
CANCER	()	

ANEXO C: CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1) Excelente
- 2) Muy buena
- 3) Buena
- 4) Regular
- 5) Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1) Mucho mejor ahora que hace un año
- 2) Algo mejor ahora que hace un año
- 3) Más o menos igual que hace un año
- 4) Algo peor ahora que hace un año
- 5) Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1) Sí, mucho
- 2) Sí, poco
- 3) No, nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1) Sí, mucho
- 2) Sí, poco
- 3) No, nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- 1) Sí, mucho
- 2) Sí, poco
- 3) No, nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- 1) Sí, mucho
- 2) Sí, poco
- 3) No, nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- 1) Sí, mucho
- 2) Sí, poco
- 3) No, nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- 1) Sí, mucho
- 2) Sí, poco
- 3) No, nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- 1) Sí, mucho
- 2) Sí, poco
- 3) No, nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- 1) Sí, mucho
- 2) Sí, poco
- 3) No, nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- 1) Sí, mucho
- 2) Sí, poco
- 3) No, nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- 1) Sí, mucho
- 2) Sí, poco
- 3) No, nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1) Sí
- 2) No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1) Sí
- 2) No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas En su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1) Sí
- 2) No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1) Sí
- 2) No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1) Sí
- 2) No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1) Sí
- 2) No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1) Sí
- 2) No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1) Nada
- 2) Poco
- 3) Regular
- 4) Bastante
- 5) Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1) Nada
- 2) Poco
- 3) Regular
- 4) Bastante
- 5) Mucho
- 6) Muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1) Nada
- 2) Poco
- 3) Regular
- 4) Bastante
- 5) Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Sólo alguna vez
- 6) Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Sólo alguna vez
- 6) Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Sólo alguna vez
- 6) Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Sólo alguna vez

6) Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Sólo alguna vez
- 6) Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Sólo alguna vez
- 6) Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Sólo alguna vez
- 6) Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Sólo alguna vez
- 6) Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Sólo alguna vez
- 6) Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Sólo alguna vez
- 6) Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas

- 1) Totalmente cierta
- 2) Bastante cierta
- 3) No lo sé
- 4) Bastante falsa
- 5) Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1) Totalmente cierta
- 2) Bastante cierta
- 3) No lo sé
- 4) Bastante falsa
- 5) Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1) Totalmente cierta
- 2) Bastante cierta
- 3) No lo sé
- 4) Bastante falsa
- 5) Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1) Totalmente cierta
- 2) Bastante cierta
- 3) No lo sé
- 4) Bastante falsa
- 5) Totalmente falsa



