



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE MEDICINA**

**IV SEMINARIO DE GRADUACIÓN**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:**

**“RELACIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS REGULAR, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO Y MARZO DEL 2012”**

Requisito previo para optar el título de Médico

**Autora:** Pupiales Guamán, Angélica María

**Tutora:** Dra. Pérez, Fanny

**Ambato - Ecuador**

**Marzo, 2012**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de investigación sobre el tema:

**“RELACIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS REGULAR, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO Y MARZO DEL 2012”**de Pupiales Guamán Angélica María, estudiante de la Carrera de Medicina, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Ambato, considero que el informe investigativo, reúne los requisitos y méritos suficientes para que continúe con los tramites y consiguiente aprobación de conformidad con el Art. 16 Capítulo II, del Reglamento de Graduación para obtener el Título Terminal de Tercer Nivel de la Universidad Técnica de Ambato.

Ambato, Marzo del 2012

**EL TUTOR**

.....  
Dra. Fanny Pérez

## **AUTORIA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación: **“RELACIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS REGULAR, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO Y MARZO DEL 2012”** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Marzo del 2012.

LA AUTORA

.....  
Angélica María Pupiales Guamán

C.I. 220005401-9

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de ésta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando ésta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Marzo del 2012.

LA AUTORA

.....

Angélica María Pupiales Guamán

C.I. 2200054019

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Trabajo de Graduación, sobre el tema **“RELACIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS REGULAR, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO Y MARZO DEL 2012”** de **Pupiales Guamán Angélica María**, egresada de la Carrera de Medicina.

Ambato, Marzo del 2012

Para constancia firman

.....

Lcda. Nancy Gualpa

.....

Dra. Lorena Urbina

.....

Dr. Patricio Vargas

## **DEDICATORIA**

A DIOS por su bendición en cada segundo de mi vida, a mis PADRES, porque creyeron en mí, e incondicionalmente me brindaron todo su apoyo y su amor, y porque siempre supieron decirme las palabras correctas para seguir adelante y sobre todo por haberme dado la vida; a mi hermana que a pesar de las adversidades, siempre me dio su confianza y su apoyo, y por el orgullo que sienten por mí porque fue lo que me hizo ir hasta el final.

Mil palabras no alcanzarían para agradecerles de forma infinita, todo lo que han hecho para que este sueño mío se haga realidad.

Angélica M. Pupiales

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco de forma infinita a todos mis amigos y compañeros que formaron parte de este trajinar de la carrera.

A todos mis maestros que me brindaron su sabiduría y experiencia.

De forma especial agradecer a mi tutora por haberme guiado en este trabajo, de forma acertada e incondicional.

Y sobre todo a los pacientes que constituyeron y permitieron el desarrollo de esta tesis.

Angélica M. Pupiales

## INDICE GENERAL

### A. PÁGINAS PRELIMINARES

Titulo o portada .....	i
Aprobación por el tutor.....	ii
Autoría de la tesis.....	iii
Derecho de autor.....	iv
Aprobación del tribunal de grado.....	v
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Índice general.....	viii
Índice de cuadros y gráficos.....	xiii
Resumen Ejecutivo.....	xvi

INTRODUCCIÓN.....	1
-------------------	---

### B. TEXTO

#### CAPITULO I EL PROBLEMA

1.1 Tema de investigación.....	3
1.2 Planteamiento del problema.....	3
1.2.1 Contextualización.....	3
1.2.2 Análisis crítico .....	7
1.2.3 Prognosis.....	9
1.2.4 Formulación del problema .....	10
1.2.5Subproblemas.....	10



12.7 Delimitación del problema.....	10
1.3 Justificación.....	11
1.4 Objetivos.....	11
1.4.1 General.....	11
1.4.2 Específicos.....	11

## **CAPITULO II MARCO TEÓRICO**

2.1 Antecedentes investigativos.....	13
2.2 Fundamentación fisiológica.....	16
2.3 Fundamentación legal.....	16
2.4 Categorías fundamentales.....	19
2.5 Fundamentación teórica.....	22
2.5.1 Anatomía.....	22
2.5.2 Fisiología renal.....	26
2.5.2.1 Formación del ultra filtrado glomerular.....	26
2.5.2.2 Función tubular.....	27
2.5.2.3 Regulación de la función renal.....	29
2.5.2.4 Regulación renal del equilibrio ácido-básico.....	31
2.5.3 Enfermedad renal crónica.....	33
2.5.4 Tratamiento de la insuficiencia renal crónica.....	38
2.5.5 Los factores psicosociales y la insuficiencia renal crónica.....	43
2.5.5.1 La Calidad de Vida relacionada con la Salud.....	44

2.6 Hipótesis.....	51
2.7 Señalamiento de variables.....	51

### **CAPITULO III METODOLOGÍA**

3.1 Modalidad básica de la investigación.....	52
3.2 Nivel o tipo de investigación.....	52
3.3 Tipo de investigación.....	53
3.4 Población y muestra.....	54
3.5 Criterio de inclusión.....	54
3.6 Criterio de exclusión.....	55
3.7 Criterios éticos.....	55
3.8Operacionalización de variables.....	56
3.9. Técnicas e instrumentos.....	58
3.10 Plan de recolección de información.....	58
3.11Plan de procesamiento de la información.....	58

### **CAPITULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

4.1. Análisis de los resultados.....	60
4.1.1 Características de la población de estudio.....	60
4.1.2 Características clínicas.....	63
4.1.3 Características psicológicas.....	66
4.1.4 Características económicas.....	70

4.1.5 Características familiares.....	73
4.1.6 Controles médicos.....	74

## **CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1 Conclusiones.....	76
5.2 Recomendaciones.....	77

## **CAPITULO VI PROPUESTA**

6.1 Tema de la propuesta.....	79
6.2 Antecedentes de la propuesta .....	79
6.3 Justificación.....	81
6.4 Objetivo.....	82
6.5 Análisis de factibilidad.....	82
6.6 Ubicación sectorial y física.....	82
6.7 Soporte teórico de la propuesta.....	83
6.8 Metodología- modelo operativo.....	87
6.9 Administrativo.....	90
6.10 Previsión de la evaluación.....	91

## **C. MATERIALES DE REFERENCIA**

1. BIBLIOGRAFÍA.....	92
2. ANEXOS.....	96

## INDICE DE TABLAS

<b>TABLA N°1</b> Estadios de la enfermedad renal crónica.....	33
<b>TABLAN°2</b> Factores psicosociales.....	56
<b>TABLA N°3</b> Calidad de vida.....	57
<b>TABLA N°4.</b> Distribución de pacientes por género.....	60
<b>TABLA N° 5</b> Distribución de pacientes por grupos de edad.....	61
<b>TABLA N° 6</b> Tempo transcurrido, desde el diagnóstico de insuficiencia renal crónica.....	63
<b>TABLA N° 7</b> Tiempo de hemodiálisis.....	64
<b>TABLA N° 8</b> Percepción de la vida.....	66
<b>TABLA N° 9</b> Desde el diagnóstico de IRC. Se ha sentido como? .....	67
<b>TABLA N° 10</b> Apoyo psicológico.....	68
<b>TABLA N°11</b> Tipo de apoyo psicológico.....	69
<b>TABLA N° 12</b> Recursos económicos.....	70
<b>TABLA N° 13</b> Actividades diarias.....	72
<b>TABLA N° 14</b> Apoyo familiar.....	73
<b>TABLA N° 15</b> Controles médicos.....	74

## INDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO N°1.</b> Epidemiología de programas de tratamiento sustitutivo renal.....	5
<b>GRAFICO N°2.</b> Representación esquemática de nefrona.....	25
<b>GRÁFICO N°3</b> Resumen del transporte de iones, sustancias orgánicas y agua en el túbulo proximal.....	28
<b>GRÁFICO N°4</b> Distribución de pacientes por género.....	60
<b>GRAFICO N° 5</b> Distribución de pacientes por grupos de edad.....	62
<b>GRÁFICO N°6</b> Tiempo transcurrido, desde el diagnóstico de IRC.....	63
<b>GRÁFICO N° 7</b> Tiempo de hemodiálisis.....	65
<b>GRÁFICO N° 8</b> Percepción de la vida.....	66
<b>GRÁFICO N° 9</b> Desde el diagnóstico de IRC. Se ha sentido con?.....	67
<b>GRÁFICO N° 10</b> Apoyo psicológico.....	69
<b>GRÁFICO N°11</b> Tipo de apoyo psicológico.....	70
<b>GRÁFICO N°12</b> Recursos económicos.....	71

<b>GRÁFICO N°13</b> Actividades diarias.....	72
<b>GRÁFICO N°14</b> Apoyo familiar.....	73
<b>GRÁFICO N°15</b> Controles médicos.....	75

## **RESUMEN EJECUTIVO**

Es un estudio descriptivo transversal cuyo objetivo principal fue identificar la relación que existe entre los factores psicosociales y la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, sometidos a hemodiálisis regular.

Se incluyó pacientes atendidos en el área de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato, con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica y en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis; la muestra quedó constituida por 30 pacientes a los que se les aplicó una encuesta de 9 preguntas, y que después de tabular y analizar sus resultados determinamos que predomina el sexo masculino con un 60% del total de la población estudiada, en cuanto al grupo de edad, el comprendido entre 40 a 75 años, es el que predomina, comprobando una vez más la vulnerabilidad de esta población respecto de esta enfermedad renal, se demuestra también que el 60% de los pacientes estudiados conviven menos de 2 años con esta patología, y el 73% lleva menos de 2 años en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis. El 57% de la población estudiada refiere que su calidad de vida es regular y que a pesar del apoyo psicológico brindado por profesionales (93% de pacientes), y del apoyo familiar (56%); presentan sentimientos negativos, de los cuales, el que predomina es la invalidez, este último contexto lo refieren el 70% de los pacientes, se aclara también que las actividades diarias de la población investigada en el 87% refieren que son muy perturbadas. En cuanto al factor social, el 87% refiere que sí cuenta con los suficientes recursos económicos para solventar su tratamiento, lo que puede justificarse por el apoyo Gubernamental que tienen en la actualidad. Y a su vez, el control de los pacientes con esta patología en el 57%, es realizado por profesionales de la salud.

**PALABRAS CLAVE:** INSUFICIENCIA-RENAL, HEMODIÁLISIS, RIÑONES, NEFROLOGIA, MEDICINA.



## **EXECUTIVE SUMMARY**

It is a descriptive study whose main objective was to identify the relationship between psychosocial factors and quality of life of patients with chronic renal failure, hemodialysis regular.

We included patients seen in the area of Internal Medicine Teaching Provincial Ambato, diagnosed with chronic renal failure and hemodialysis replacement therapy, the sample was composed of 30 patients who were administered a survey of nine questions, and that after tabulating and analyzing the results determined predominantly male, with 60% of the study population in terms of age group, the period from 40 to 75 years, is dominant, proving once again the vulnerability of this population on this kidney disease, is also demonstrated that 60% of the patients live less than two years with this disease, and 73% take less than two years replacement therapy with hemodialysis. 57% of the study population refers to the quality of life is regular and that despite the psychological support provided by professionals (93% of patients), and family support (56%) have negative feelings, of which the predominates disability, the latter context it refers to 70% of patients, also clarifies that the daily activities of the research population in 87% report that they are very disturbed. As for the social factor, 87% report that it does have sufficient financial resources to cover their treatment, which can be justified by the government support that they have today. And in turn, control of patients with this disease in 57%, is performed by health professionals.

**KEYWORDS:** FAILURE-RENAL, HEMODIALYSIS, KIDNEYS, NEPHROLOGY, MEDICINE.

## INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una enfermedad que implica la pérdida gradual de la función de los riñones (Contreras, Esguerra, Espinoza, Gutiérrez & Fajardo, 2006). De los tratamientos utilizados la hemodiálisis se emplea en el 90% de los pacientes.

En la última década se ha apreciado un crecimiento considerable de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y por ende de personas sometidas a Hemodiálisis. Dentro de las características de estos pacientes, cada vez es mayor el número de pacientes de edad avanzada afectando más al grupo entre 45 a 65 años; dentro del género, el masculino es el más afectado, con un porcentaje en E.E.U.U. (53%).

En el Ecuador, por la Insuficiencia Renal Crónica cada año se suman mil personas a la lista, tres personas mueren diariamente esperando la donación de un órgano, 1.700 anualmente presentan algún tipo de Insuficiencia Renal Crónica y al menos 500 de ellas son candidatas potenciales a un trasplante. Sólo el 35% de los pacientes con problema renal reciben atención, pero alrededor de 1000 pacientes son beneficiados con el programa del Ministerio de Salud Pública, tanto en los hospitales de especialidades, como en las diferentes unidades de diálisis. ((Marzo 13, 2008)

La Hemodiálisis genera cambios en los estilos de vida y en las conductas cotidianas de las personas que se someten a ella, tales como la dieta alimentaria, la ingesta de líquidos y uso de medicamentos (Álvarez, Fernández, Vázquez, Mon, Sánchez & Rebollo, 2001). El tratamiento produce también efectos adversos a nivel físico (Contreras, Esguerra, Espinoza & Gómez, 2007) y psicológicos, tales como depresión, ansiedad y trastornos de conducta (Álvarez et al., 2001).

En pacientes con tratamiento sustitutivo renal además se observan efectos a nivel psicosocial, tales como problemas maritales, disfunción sexual y problemas socioeconómicos (Daugirdas, 2007). Todos estos cambios y efectos inciden directamente en la Calidad de Vida (CV) de las personas. Debido a que los tratamientos sustitutivos, corrigen solo parcialmente la uremia y además introducen cambios sustanciales en el estilo de vida.

La Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) puede ser definida como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud (Urzúa, 2010). Esta incluye la evaluación que realiza cada individuo respecto a la salud y al grado de funcionamiento para realizar las actividades cotidianas (Schwartzmann, 2003).

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud en pacientes dializados ha sido estudiada por diversos investigadores, reportándose en la literatura diversos elementos que influyen en ésta. El mayor porcentaje de estas investigaciones se ha realizado en España y Estados Unidos, siendo escasas en países latinoamericanos.

La importancia de incluir indicadores de Calidad de Vida en el seguimiento de los enfermos viene dada por la estrecha relación entre ésta, la morbilidad y la mortalidad, apareciendo al analizar estos tres parámetros muchos factores comunes.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 TEMA**

“Relación de los factores psicosociales con la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, sometidos a Hemodiálisis regular, atendidos en el área de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato, en el período comprendido entre Enero y Marzo del 2012”

### **1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN**

Para comprender el alcance del problema sobre la relación entre los factores psicosociales y la calidad de vida en los pacientes insuficientes renales crónicos, es necesario contextualizar y describir el problema, tanto en el ámbito internacional, nacional y local.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo hay aproximadamente 150 millones de personas con enfermedad renal crónica, es una de las diez primeras causas de muerte, y el número de pacientes se viene incrementando tanto en países desarrollados como en desarrollo. (Epidemiología, 2010)

Entre los registros más completos están, el de Estados Unidos de Norteamérica y Japón, en donde la incidencia es de 150 a 200 pacientes por millón de habitantes y la prevalencia está entre 1100 y 1300 pacientes por millón de habitantes, con un total de 300 mil pacientes con algún tipo de tratamiento para la insuficiencia renal crónica terminal, en los EE.UU.

Según género, el masculino es el más afectado, con un porcentaje en E.E.U.U. (53%), afectando más al grupo de edad de 45 a 65 años. Se ha estimado que 55,000

pacientes reciben tratamiento renal sustitutivo con diálisis y que al menos la misma cifra no tiene acceso a este tipo de tratamiento.

La prevalencia de los trastornos afectivos difiere, según diversos autores, entre 25 y 50% y algunos llegan hasta 70%. (Callahan M, 2000)

El reporte en el Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS) mostró en 1999 que 21.2% de los 8,601 pacientes de hemodiálisis, se diagnosticaron con depresión. (Callahan M, 2000)

En países latinoamericanos, las estadísticas de los enfermos renales están entre, 200 y 600 pacientes por millón de habitantes, lo cual denota un importante problema de subregistro.

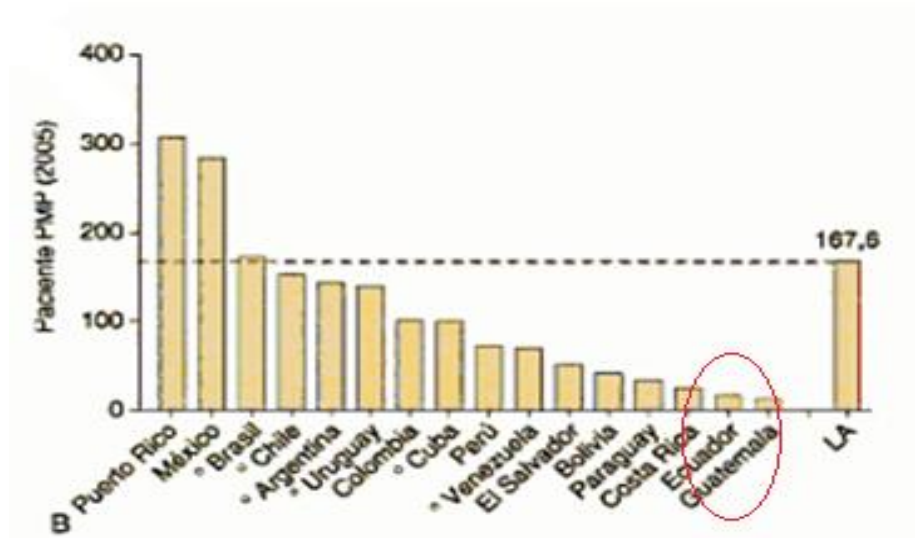
En promedio 168 pacientes por millón de población (ppm), son ingresados anualmente en programas de sustitución de función renal en Latinoamérica. Al igual que en otras naciones, el porcentaje de pacientes mayores de 65 años, en programas de diálisis crónica, en Latinoamérica se ha venido incrementando. (Epidemiología, 2010)

El registro latinoamericano de diálisis y trasplante, en cuanto a prevalencia, incidencia y su relación, en 20 países (Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Venezuela, Uruguay) en el 2006; una población de 544.233.817 habitantes, lo que representa el 97,6% de la población latinoamericana, presenta una prevalencia de 478 ppm (pacientes por millón de población) en terapia de reemplazo renal (TRR) distribuida de la siguiente manera: un 59,2% en hemodiálisis, un 20,4% en diálisis peritoneal y un 20,4% con trasplante renal. (ANEMIA, 2004)

En el Ecuador, por la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) cada año se suman mil personas a la lista, tres personas mueren diariamente esperando la donación de un

órgano, 1.700 anualmente presentan algún tipo de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y al menos 500 de ellas son candidatas potenciales a un trasplante. Sólo el 35% de los pacientes con problema renal reciben atención, pero alrededor de 1000 pacientes son beneficiados con el programa del Ministerio de Salud Pública, tanto en los hospitales de especialidades, como en las diferentes unidades de diálisis.((Marzo13, 2008)

**GRÁFICO N°1.Epidemiología de programas de tratamiento sustitutivo renal.**



*Pacientes ingresados anualmente en programas de tratamiento sustitutivo de función renal por millón de habitantes (PMP). Los datos de Ecuador corresponden al 2003. LA= valor promedio para Latinoamérica. FUENTE:Epidemiología, insuficiencia renal crónica 2006.*

En el Ecuador el promedio de pacientes ingresados anualmente en programas de sustitución de función renal es de 284 pacientes por millón de habitantes. (Epidemiología, 2010)

De acuerdo a datos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el promedio anual del gasto de bolsillo para el cuidado de la salud es de 623 dólares y el promedio anual del gasto de bolsillo para las personas con una o más enfermedades crónicas es de 1024 dólares. El mayor gasto se debe a la compra de medicinas. Se espera que para el

año 2030, el 20% de la población tenga 65 años y más y padezca de una o más enfermedades crónicas.((Marzo13, 2008)

Según datos obtenidos del Hospital Provincial Docente Ambato, en el año 2011 se encuentran registrados en esta institución 96 pacientes con insuficiencia renal crónica y en terapia renal sustitutiva, distribuidos de la siguiente manera: en terapia de hemodiálisis 35 pacientes realizándose dicho tratamiento en la Unidad Baxter de la Ciudad de Ambato; 20 pacientes con el mismo tratamiento, realizándose en un Centro de Hemodiálisis en la Ciudad de Latacunga, 24 pacientes se encuentran en terapia con diálisis peritoneal automatizada, y 17 pacientes en diálisis peritoneal manual. (Ramos, 2012)

La esperanza de vida ha ido aumentando desde 1985, que en los hombres fue de 55.3 años y en las mujeres de 69.9 años, hasta que en el período 2005 al 2010, en los hombres alcanzó 72.1 años y en las mujeres 78 años; en ambos sexos fue de 75 años.

La insuficiencia renal crónica además de ser una enfermedad que causa afectación orgánica, también trae consigo, efectos psicológicos relevantes, que se pueden describir de forma progresiva, desde el momento que vive el paciente, cuando el médico le da a conocer su pronóstico (Insuficiencia renal crónica); la recepción de la información sobre la naturaleza de su enfermedad y sus implicaciones; el conocer uno de los tratamientos, por ejemplo, la Hemodiálisis que consiste en tres sesiones semanales permanentes y obligatorias durante toda su vida, afectando su calidad de vida, que alude directamente al Buen Vivir en todas las facetas de las personas, pues se vincula con la creación de condiciones para satisfacer sus necesidades materiales, psicológicas, sociales y ecológicas.(Velarde JE, 2002)

## 1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO

La enfermedad renal crónica, se caracteriza por ser una patología irreversible, que involucra un tratamiento esencial, e insustituible; mismo que al no ser realizado dará como resultado final, la muerte. Tomando en cuenta dicho concepto, se puede explicar la relación que existe entre los factores psicológicos, y sociales, con la calidad de vida, en un ser humano que está acostumbrado a vivir su propia vida.

En esta vida con la enfermedad, el humano agencia sus acciones en función de su experiencia; una experiencia de la realidad social transformada por la patología. Ésta experiencia no es individual ni inmediata. Por el contrario, se encuentra conformada por una trama de relaciones sociales que la construyen, le dan sentido y, que a su vez, la mediatizan en función de distintos aspectos operantes en esta red sensible, característica de la especie humana.

Una enfermedad crónica puede afectar potencialmente la calidad de vida de una persona, ya que incluye todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente de ella, aunque puedan interaccionar. Esta calidad de vida recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad, y en la que el paciente puede experimentar el empobrecimiento de las actividades diarias y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades, y afecta asimismo el autoconcepto y sentido de la vida y provoca estados depresivos.

Por su parte la práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y tratamiento de las enfermedades. En este sentido, las personas con



enfermedad crónica requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida. (Velarde, Ávila, 2002)

Se puede mencionar que las situaciones generadoras de conflicto para una adecuada adaptación a la enfermedad, serían las siguientes: pérdida de parte del cuerpo o de una función determinada del organismo; pérdida social y profesional; dificultades en planificar la vida; cambios en la vida y en la forma de vivir; pérdida de una posición económica y pérdida de un trabajo u ocupación.

Los pacientes que se encuentran en las unidades de diálisis deben sobrellevar una enfermedad crónica, debilitante y limitante y además, adaptarse a su total dependencia de una máquina y de un conjunto de profesionales involucrados en su tratamiento. El mayor problema de estos pacientes es con la enfermedad misma, pero con mucha frecuencia se agregan problemas con la integración psicológica y conductual, y con la necesidad de autonomía y a la vez de dependencia.

En forma predecible, los pacientes en diálisis tienen una alta probabilidad de conductas de regresión y negación, manifestada en una baja adhesión a las indicaciones prescritas, irregularidad en la asistencia a las sesiones o actitudes excesivamente infantiles o congraciativas. Con el tiempo, los pacientes van logrando estrategias de adaptación, pero aquellos que están iniciando el tratamiento de diálisis presentarán, con seguridad, alguna- de estas reacciones. No son raros los trastornos psiquiátricos mayores, como depresiones graves, alto riesgo de suicidio, alteraciones sexuales, cuadros de pánico y otros.

Uno de los pilares del trabajo psicoterapéutico reside en acompañar al paciente y a la familia, a que pueda realizar el duelo. Duelo de haber dejado de tener un organismo sano y renunciar a aquellos proyectos y estilo de vida que llevaba a cabo hasta que se le declaró la enfermedad.

Ese trabajo de duelo posibilitará que el paciente pueda pensar en una nueva instancia de su vida, aceptar aquello que ya no puede hacer o emprender y proyectarse desde sus deseos a partir de sus posibilidades físicas y psíquicas hacia nuevos proyectos.

Por otro lado, la enfermedad surge dentro del contexto familiar y afecta a las relaciones y dinámicas que se establecen en el seno de la misma. Del tipo de dinámica familiar depende la forma en que las transacciones interpersonales se lleven a cabo.

Una posibilidad extrema es que el sujeto indiferenciado se fusione con la familia; es decir, que su yo esté tan revuelto con el de los demás de la familia, que no vive su vida en forma individual, sino en forma emocional y grupal. Otra posibilidad extrema es que se desconecte; es decir, que se aleje completamente de la familia al no resolver su problemática y crearle una gran ansiedad. (Vargas e Ibáñez, 2009).

Como parte de esta experiencia de la vida y de la enfermedad, se accede al conjunto de subjetividades personales desde la mirada de quien padece la enfermedad renal crónica terminal por medio de la narrativa personal. Lo que permite esta narrativa del padecer es atravesar de manera transversal los diversos filtros institucionales que marginan a los sujetos de ámbitos y actividades sociales comunes correspondientes a una experiencia social sin la enfermedad.

### **1.2.3.- PROGNOSIS**

Lo que podría suceder en el futuro, si no se toma en cuenta la relación que existe entre los factores psicosociales y la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, es que dichos pacientes presenten alteraciones psicológicas graves, que impidan la adaptación a esta enfermedad, por lo que a su vez conllevaría a una mala calidad de vida que acelere el tiempo hacia la muerte.

#### **1.2.4.-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

*¿Cómo se relacionan los factores psicosociales con la calidad de vida, en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica?*

#### **1.2.5.- INTERROGANTES (SUBPROBLEMAS)**

¿Existe relación entre los factores psicosociales y la calidad de vida de los pacientes con IRC?

¿Cuáles son los factores psicosociales más relevantes, que afectan la calidad de vida de los pacientes con IRC?

¿Cuál es la situación actual de la relación existente, entre los factores psicosociales y la calidad de vida de los pacientes con IRC?

¿Si mejoramos los factores psicosociales, mejoramos la calidad de vida de los pacientes con IRC?

#### **12.6.- DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

1.5.1 Campo: Medicina.

1.5.2 Área: Nefrología

1.5.3 Aspecto: psicosocial y calidad de vida

1.5.4 Delimitación temporal: este trabajo de investigación se llevará a cabo en el período comprendido entre Enero y marzo del 2012.

1.5.5 Delimitación espacial: esta investigación se realizará en el Área de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato.

### **1.3.- JUSTIFICACIÓN**

Entre las razones que justifican este proyecto están las siguientes:

Como requisito para obtener el Título de Médico.

Además, Siendo la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) una de las diez primeras causas de muerte, según la OMS; y tomando en cuenta que cada día se produce un incremento de la cantidad de pacientes que ingresan a las salas de hemodiálisis, y sobre todo observando como esta enfermedad repercute de diversas maneras sobre las expectativas de vida del paciente llevándolos a frecuentes hospitalizaciones y aumentando su morbi-mortalidad; surge el interés de establecer la relación entre los factores psicosociales con la calidad de vida de estos pacientes.

Así mismo servirá de guía para incrementar los conocimientos de los pacientes sometidos a hemodiálisis logrando así mejorar la calidad de vida, además todos los pacientes obtendrán beneficios, recibiendo una mejor calidad de atención en los servicios de diálisis, integrándolos a la sociedad como entes útiles y productivos, garantizando un mayor lapso de vida y por consiguiente, disminuyendo su morbi-mortalidad.

### **1.4.- OBJETIVOS**

#### **1.4.1.- GENERAL**

Identificar la relación entre los factores psicosociales y la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

#### **1.4.2 ESPECÍFICOS**

1. Determinar los principales factores psicosociales que afectan la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

2. Diagnosticar la situación actual, de la relación que existe entre los factores psicosociales y la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.
3. Elaborar un programa de intervención social y psicológico, orientado hacia el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, sometidos a hemodiálisis regular.

## CAPÍTULO II.

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Existen muchas investigaciones sobre el paciente con insuficiencia renal crónica y su calidad de vida, dentro de las más actuales, se encuentran:

Título:Calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento con diálisis.

Objetivos:Evaluar la Calidad de Vida y las características personales de pacientes con IRC y comparar con la población general.

Material y método: Estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 96 pacientes en diálisis de un centro de Tarragona. Para hacer la valoración de la Calidad de Vida utilizamos el cuestionario de salud SF-36 y lo comparamos con los valores normales de referencia de la población española. Se valoran los siguientes datos: edad, sexo, estado civil, profesión, lugar donde vive, tiempo que tarda en llegar al centro de diálisis, transporte utilizado, tiempo que lleva en tratamiento y por último el acceso vascular.

Resultados: La edad media del estudio es de 62,12 años en un rango comprendido entre 18 y 90 años. Predominan los varones con un 53,1%. El 66,7% están casados, unos 60,4% jubilados y el 88,6% viven acompañados. También hemos comparado según el trayecto a realizar hasta la unidad, tiempo que tardan y el tipo de transporte que utilizan siendo el 55,2% que se desplazan en ambulancia. Para finalizar, el 65,6% son portadores de FAVI.

Conclusiones: Como conclusión podemos decir que existe una Calidad de Vida disminuida en los pacientes en tratamiento de diálisis siendo esta calidad peor en los mayores de 65 años y portadores de catéter temporal.

Autor:Alcario, A. S.-P.-A. (2010). Calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento con diálisis. *Revista Sociedad Española de Enfermedades Nefrológicas*, 155-160.

Título:Suceso vital y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con insuficiencia renal.

Objetivos:Indagar los aspectos psicosociales relacionados a la enfermedad renal mediante entrevistas semi estructuradas.

Método e Instrumentos: Se evaluaron diez pacientes, derechohabientes a los Servicios Médicos de la Universidad Autónoma de Nuevo León (SMUANL): seis hombres y cuatro mujeres, con una media de 59 años de edad y una desviación estándar de 16.4. Comocriterio de inclusión se consideró que estuvieranacudiendo a la consulta de nefrología.

Se tomaron en cuenta variables deducidas a partir de la literatura revisada: conceptualización, atribución causal, emociones, apoyo social y afrontamiento actual. Se realizó un diseño descriptivo cualitativo en el cual se utilizó un formato o un cuestionario para llevar a cabo una entrevista semiestructurada, utilizada previamente en un estudio de pacientes con cáncer (Cantú y Álvarez, 2009), que consta de reactivos para indagar datos sociodemográficos, así como preguntas abiertas adaptadas a la enfermedad renal, con las que se indagan cuestiones referentes al diagnóstico y su repercusión en términos psicosociales.

Resultados y Conclusiones: Se pudo corroborar que la enfermedad renal es un suceso vital. Se encontraron sentimientos de tristeza y preocupación ante la enfermedad, apoyo social por parte de familiares (más instrumental que afectivo) y, desde el punto

de vista de los pacientes, una relación entre la enfermedad renal y la diabetes, todo lo cual puede ayudar a reforzar el trabajo de cuidados de prevención.

Autor:Rodrigo Cantú Guzmán, B. U. (2011). Suceso vital y factores psicosociales asociados, el caso de pacientes con insuficiencia renal. *Psicología y Salud, Vol. 21, Núm. 1*, 92-102.

Título : Factores Psicosociales Relacionados con la Calidad de Vida en Salud en Pacientes Hemodializados.

Objetivo: Analizar la relación existente entre las variables edad, tiempo en tratamiento, sexo, apoyo familiar percibido, salud mental, estado de salud percibido y la calidad de vida (CV).

Método: Es una investigación no experimental de tipo transeccional correlacional, en donde se evaluaron 128 pacientes del Hospital Clínico Regional y de un Centro de diálisis privado, ambos de la ciudad de Antofagasta. Se utilizó el cuestionario específico para CV en enfermedad renal KDQOL-36™ y los instrumentos Apgar Familiar y GHQ-28. Se analiza la relación existente entre cada dimensión de la CV evaluada y los factores mencionados.

Resultados: No se encuentra relación entre la CV y el tiempo viviendo con la enfermedad, como tampoco con la edad o el sexo. Las diversas dimensiones en salud mental son de las evaluadas las que presentan un mayor grado de correlación con las dimensiones de calidad de vida.

Conclusiones: La salud mental es un elemento modulador de la CV, en tanto otros como el sexo, el tiempo de diálisis o la edad de los participantes no constituyeron elementos relevantes en esta evaluación.



Autor:Alfonso Urzúa, R. P. (2011). Factores Psicosociales Relacionados con la Calidad de Vida en Salud en pacientes hemodializados. *TERAPIA PSICOLÓGICA*, Vol 29 N°1, 135-140.

## **2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA**

Esta investigación se ubica en el paradigma Crítico-propositivo, porque tiene un enfoque Social-Crítico y se fundamenta sobre todo en la importancia de mejorar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, tomando en cuenta la realidad que nos rodea, con una sociedad, poco entendida y experimentada en dicha patología.

*Epistemológicamente* defiende que el conocimiento no es una simple información, sino una interrelación entre sujeto y objeto para lograr transformaciones, y que los conocimientos científicos van más allá de la comprobación experimental y formulación matemática, para llegar a una comprensión crítica de ciencia, como un conjunto de conocimientos destinados a la transformación social y al mejoramiento de la calidad de vida del ser humano.

*Axiológicamente*, esta investigación se sustenta en el compromiso por el bien común de la humanidad, en la práctica de los valores más trascendentales de la sociedad, como el de la-solidaridad, la tolerancia, el respeto a las diferencias y la defensa por la identidad cultural de nuestro pueblo.

## **2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL**

El presente trabajo de investigación, toma como apoyo legislativo en la constitución del Ecuador; en el Título II, correspondiente a los derechos, en su capítulo segundo, relacionado a los derechos del buen vivir, en la sección séptima en salud; se enuncia:

Art. 32.-La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

En el capítulo tercero, referente a los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, se enuncia:

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Capítulo tercero - Sección primera, Adultas y adultos mayores.

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.

Art. 38.- punto 8, el Estado tomará medidas de:

8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

En la Constitución del Ecuador. TÍTULO VII, con respecto al Régimen del Buen Vivir, se escribe en el capítulo primero. Sección segunda. Salud:

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

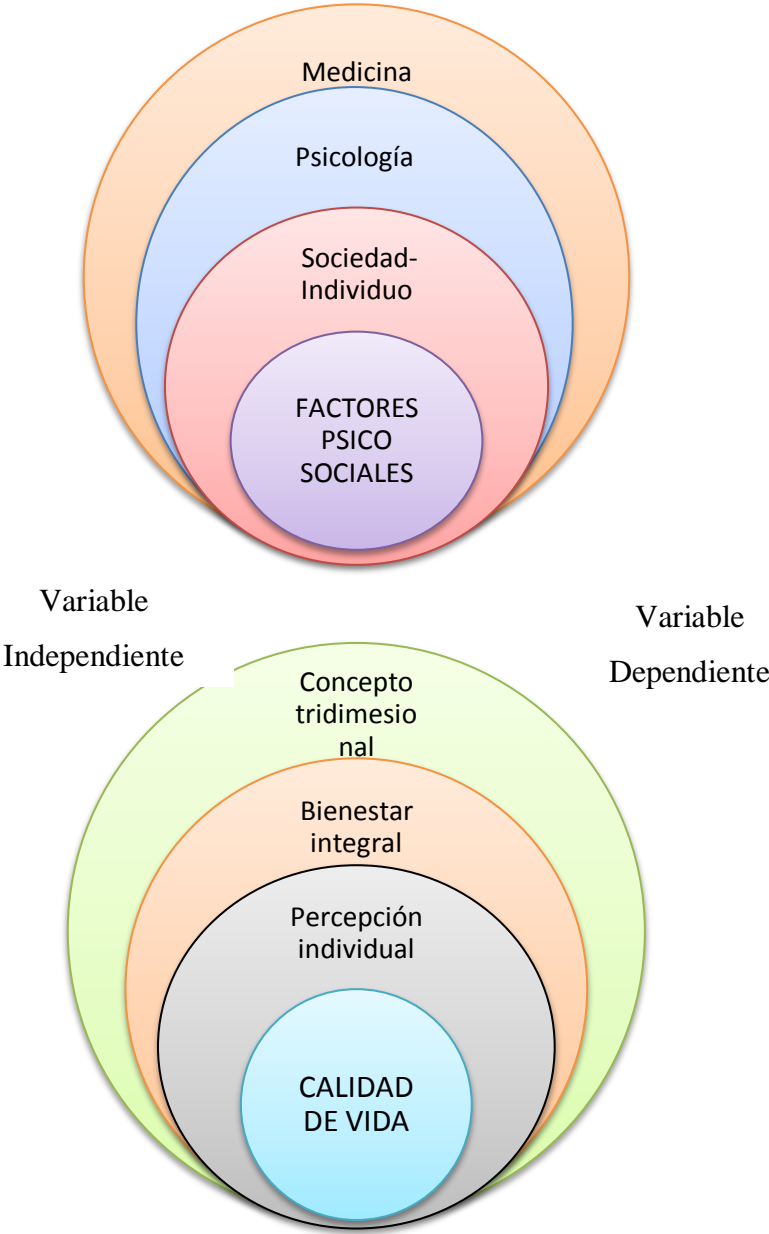
Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

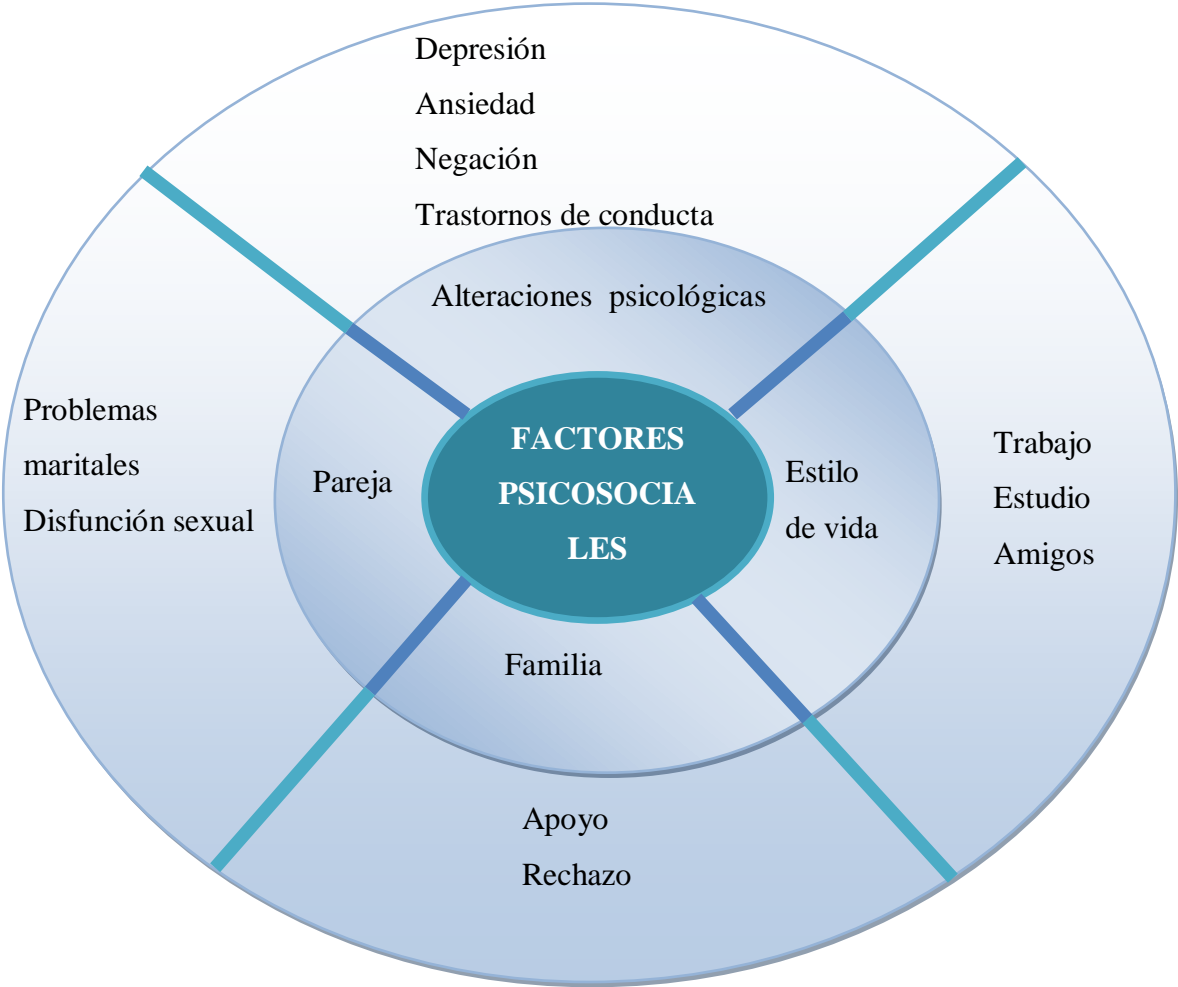
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.

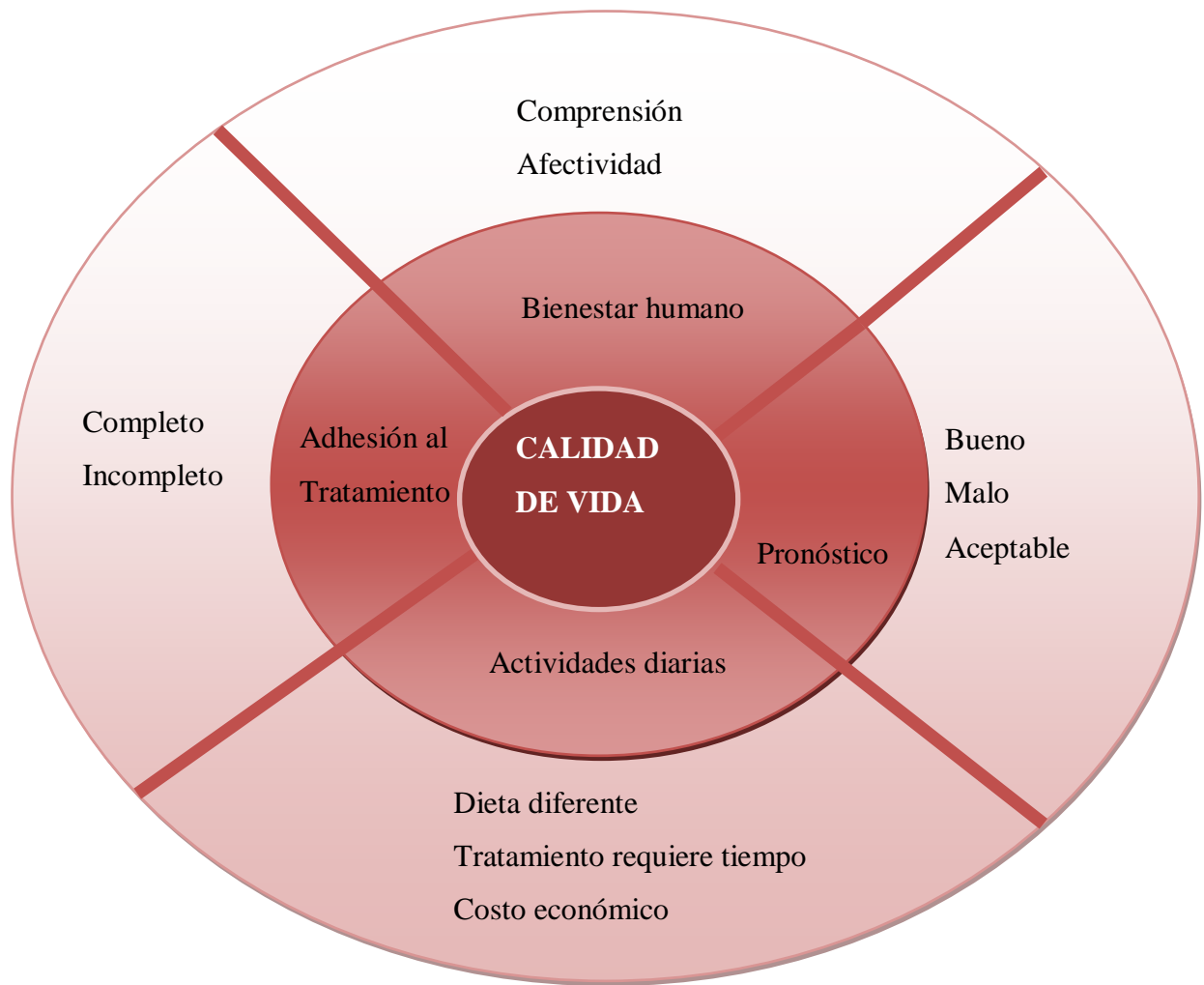
## 2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

### 2.4.1 SUPRA ORDINACIÓN



**2.4.2 INFRA ORDINACIÓN**





## **2.5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **2.5.1 ANATOMÍA**

Normalmente, en el cuerpo humano existen dos riñones. Éstos son órganos cuyo peso y tamaño es dependiente de la estatura general del individuo, edad, sexo, es así que los riñones de la mujer son más pequeños respecto al hombre, el derecho es más pequeño que el izquierdo. Su peso oscila entre 120 y 170 gramos y su tamaño de 11,5cm de largo, 6 cm de ancho y 3,5 cm de espesor, constituye aproximadamente el 0,4% del peso corporal en sujetos adultos, en los niños representan el 1% de su peso corporal, su color es marrón rojizo. Son órganos retroperitoneales, se sitúan a ambos lados de la espina dorsal en la región lumbar, inmediatamente bajo el diafragma torácico, entre la onceava y duodécima costillas. (Pastor Plúa Villacrés, 2001)

Está protegido a su vez por algunas estructuras anatómicas, como son la cápsula renal que es una estructura fibrosa muy cerca de la superficie del riñón pero sin adherirse, en su parte postero lateral están rodeados de grasa perirenal, la cual es confinada por una capa fibrosa relativamente densa que se extiende desde el diafragma hasta una distancia variable, bajo el uréter y que es conocida como Fascia de Guerota, fuera de la misma hay una capa gruesa menos marcada denominada grasa paranéfrica.

La vasculatura renal es aproximadamente 20 veces mayor a la de cualquier otro órgano, la arteria renal nace de la aorta como un solo vaso y se divide en una rama más baja y más larga que suple a más de una mitad de la circunferencia del riñón y una ramificación más pequeña localizada superiormente.

La arteria renal derecha pasa transversalmente a la vena cava inferior y paralela a la vena renal derecha y se relaciona con la cabeza del páncreas y la segunda porción del duodeno, la arteria renal izquierda cursa paralelamente a la vena renal izquierda y se relaciona con el cuerpo del páncreas.

Las dos divisiones primarias de la arteria renal nutren la correspondiente pero no igual mitad del riñón. Este órgano se puede dividir en segmentos, como son el segmento apical, que es la capa de tejido que ocupa el lado medio del polo superior del riñón; el segmento superior anterior que se encuentra en el plano anterior e incluye el polo superior y parte del área central del riñón; el segmento medio anterior, que se encuentra también en el plano anterior y cubre la parte baja central del riñón. El segmento inferior está formado por el polo inferior del riñón de ambos planos, y el segmento posterior que se encuentra enteramente en el plano posterior y ocupa un área que comienza por debajo del segmento superior y continúa hasta la parte más alta del segmento inferior. (Pastor Plúa Villacrés, 2001)

La vena renal está formada por una agrupación progresiva de los capilares cortical y piramidal para desembocar en la vena cava.

Los linfáticos de la porción cortico medular se unen para formar de 4 a 8 troncos grandes que acompañan a los vasos sanguíneos, dentro de la cavidad renal emergiendo en el hilio para terminar en los ganglios linfáticos alrededor de la aorta y vena cava inferior, en la vecindad inmediata del riñón.

La inervación se realiza a expensas del plexo renal, el cual recibe ramificaciones de las raíces dorsales de los nervios espinales once y doce, fibras simpáticas del eje celíaco, del ganglio semilunar y de los nervios esplácnicos y vago. Los nervios ingresan por el hilio del riñón junto a la arteria renal para dar estímulo nervioso al sistema arterial intra renal y cáliz, las ramificaciones se extienden al uréter y glándulas suprarrenales. (Pastor Plúa Villacrés, 2001).

El sistema de cavidades renales incluye, tres grupos de cálices mayores (superior, medio e inferior), cada uno posee de 2 a 4 cálices menores. Los cálices mayores se comunican con la pelvis renal, y ésta con el uréter. El parénquima renal consta de dos regiones diferenciadas. La más externa o corteza es continua y profundiza en la médula a intervalos regulares formando las columnas de Bertin. La región más interna o médula es discontinua y se halla formada por un número variable de áreas



de corte triangular o pirámides de Malpighi. Las bases de las pirámides se apoyan en la región cortical profunda, y sus vértices o papilas renales se proyectan hacia el interior de un cáliz menor. La superficie de la papila renal posee múltiples y pequeños orificios que representan las terminaciones de los tubos colectores. El número total de pirámides renales es muy variable, pero en general oscila entre 12 y 18 en cada riñón.

La nefrona es la unidad funcional del parénquima renal. Cada riñón contiene alrededor de 1.200.000 nefronas. El ovillo capilar o glomérulo procede de la ramificación de la arteriola aferente, en el polo vascular, ésta se subdivide en varias ramas, cada una de las cuales origina una red capilar independiente (lobulillos glomerulares). Cada lobulillo está formado por varios capilares dispuestos alrededor de una región de soporte o mesangio glomerular y contiene tres tipos de células: endoteliales, mesangiales y epiteliales (podocitos). La pared de los capilares del glomérulo está constituida por una membrana basal revestida en su interior por un endotelio y externamente por los podocitos.

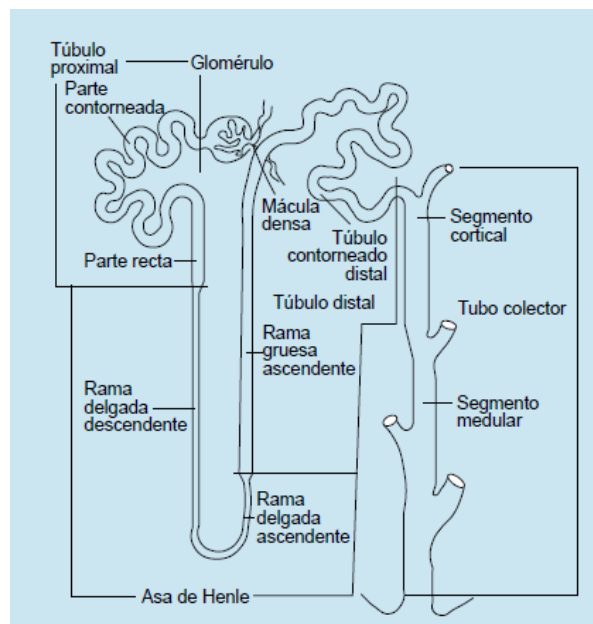
En el polo vascular del glomérulo se localiza el aparato yuxtaglomerular, el cual incluye el área de contacto entre la arteriola aferente, la arteriola eferente y la porción del túbulo renal denominada mácula densa. En esta localización, las células musculares de la arteriola aferente contienen gránulos de renina. El aparato yuxtaglomerular es rico en terminaciones adrenérgicas y desempeña un papel importante en la conservación del sodio, el control de la presión arterial (secreción de renina) y la regulación del filtrado glomerular (retroalimentación túbulo glomerular).

El túbulo se compone de varios segmentos: proximal, asa de Henle y distal. El túbulo proximal nace en el polo urinario y tiene una primera porción tortuosa situada íntegramente en la región cortical (túbulo contorneado proximal) seguida de una segunda porción recta que desciende hacia la región medular (rama gruesa descendente).

El asa de Henle está constituida por una rama delgada descendente y una rama delgada ascendente, ambas provistas de un epitelio aplanado.

El túbulo distal tiene: una porción ascendente (rama gruesa ascendente), la mácula densa y una porción tortuosa situada íntegramente en la región cortical (túbulo contorneado distal); en donde drena su contenido en el denominado tubo colector, estructura tubular que recoge la orina procedente de varias nefronas y desemboca en la papila renal. El tubo colector, cuyo epitelio se compone de células claras y células oscuras o intercalares, desempeña un papel decisivo en los mecanismos de concentración y dilución de la orina.

**GRAFICO N°2.** *Representación esquemática de nefrona. Se detallan los diferentes segmentos de los túbulos renal y colector*



**FUENTE:** Farreras Rozman, D. t. (2000). medicina interna,. España : Décimo tercera edición.

En el tejido renal es posible diferenciar un espacio intersticial ocupado por fibras reticulares de tejido conjuntivo y por células aisladas. Las células intersticiales

pertenecen a tipos diferentes, y las que se localizan en la región medular se consideran la mayor fuente de prostaglandinas renales.(Farreras Rozman, 2000)

## **2.5.2 FISIOLÓGÍA RENAL**

Los riñones son órganos muy vascularizados y relacionados directamente con la regulación del volumen y la composición del líquido extracelular y con la eliminación de productos de desecho. Estas funciones son realizadas básicamente por la nefrona a través de dos procesos consecutivos, la filtración glomerular y el transporte tubular (reabsorción y secreción), los cuales dan origen a la formación de la orina. Además de estas funciones, el riñón cumple un papel importante en el control de la eritropoyesis, la regulación de la presión arterial y el metabolismo de la vitamina D. (Farreras Rozman, 2000)

### **2.5.2.1 Formación del ultrafiltrado glomerular**

El riñón recibe un flujo sanguíneo de alrededor de 1.200 ml/min, que, suponiendo un hematocrito de 45 %, corresponde a 660 ml de flujo plasmático renal (FPR), así pues, es el mayor de todos los órganos del cuerpo en relación con su peso. Este órgano produce unos 125 ml/min de filtrado glomerular (FG). La fracción de filtración (relación entre el FG y el FPR) es de  $125/600 = 0,19$ . Esto significa que el 19 % del plasma que pasa por el riñón es transformado en filtrado. La fuerza mínima que se necesita para filtrar fluido a través de la membrana, es la presión hidrostática, y la presión oncótica del plasma en los capilares glomerulares  $\pi_g$ . La presión hidrostática es igual a la diferencia entre la presión hidrostática de la sangre glomerular ( $P_c$ ) y la presión de la cápsula de Bowman ( $P_i$ ). Una cuarta fuerza, que teóricamente se debe tener en cuenta, sería la presión coloidal osmótica del espacio de Bowman  $\pi_c$ , pero, al estar virtualmente libre de proteínas, no es diferente de cero. Así, para un coeficiente de ultrafiltración ( $K_f$ : índice de la permeabilidad de la membrana) fijo, la tasa de filtración glomerular es directamente proporcional a la suma de esas fuerzas, o la presión de filtración efectiva.

De aquí se desprende que la tasa de formación de filtrado glomerular depende de dos factores:

- De las características ultraestructurales del elemento ultrafiltrante, permeabilidad y superficie de la membrana, y
- De la hemodinámica del suministro de sangre a la nefrona.

Un punto importante que debe considerarse es la permeabilidad selectiva de la membrana a sustancias con cargas netas (polianiones o policationes), ya que sustancias con carga neta negativa tienen una filtración menor que otras con el mismo peso molecular y carga neta positiva o neutra.

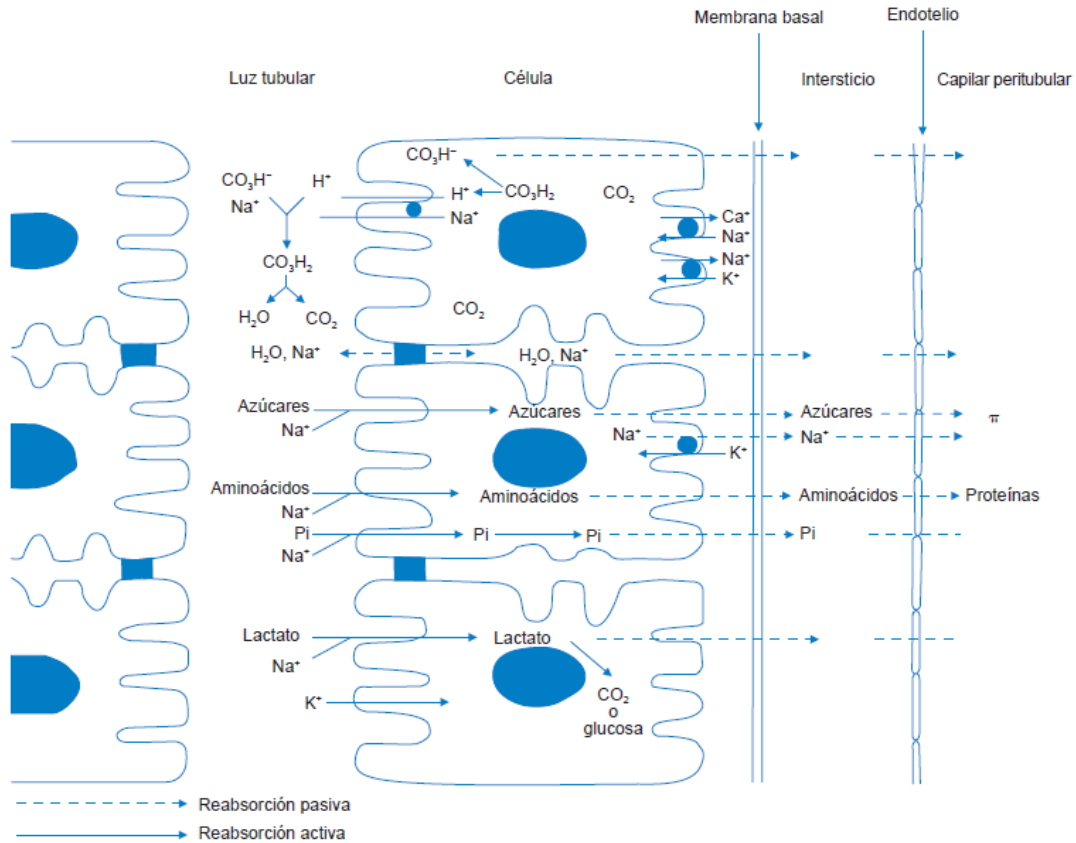
#### **2.5.2.2 Función tubular**

En los primeros milímetros del túbulo proximal se reabsorben activamente glucosa y aminoácidos acoplados a un mecanismo de reabsorción de  $\text{Na}^+$ . Es relativamente impermeable al  $\text{Cl}^-$ , por lo que la reabsorción de  $\text{Na}^+$  crea un potencial negativo en la luz del túbulo con respecto al intersticio. Al mismo tiempo, se reabsorbe la mayor parte del bicarbonato por un proceso activo que no genera diferencia de potencial. El agua acompaña pasivamente al  $\text{Na}^+$  y a los solutos reabsorbidos.

El resultado neto de este proceso es que el volumen del fluido tubular se va reduciendo, y se mantiene constante la osmolaridad y la concentración de  $\text{Na}^+$ .

La reabsorción de  $\text{Na}^+$  y agua en el túbulo proximal está basada en la reabsorción activa de  $\text{Na}^+$  por un sistema enzimático con actividad ATPasa, dependiente de  $\text{Na}^+$  y de  $\text{K}^+$  (bomba de ATPasa- $\text{Na}^+/\text{K}^+$ ), presente en el borde basolateral de la célula tubular.

**GRÁFICO N°3 Resumen del transporte de iones, sustancias orgánicas y agua en el túbulo proximal, pc=presión coloidosmótica, PI= fosfatos inorgánicos**



**FUENTE:**J. RodésTeixidor, J. G. (1997). Medicina interna. España: EDIM.

En la rama ascendente delgada, el epitelio tubular es más permeable al  $\text{Na}^+$  que a la urea, y es completamente impermeable al agua. El fluido tubular es rico en  $\text{Na}^+$  y pobre en urea, mientras que el intersticio contiene cantidades similares de ambos, por lo que se da una difusión pasiva de  $\text{ClNa}$  al exterior de la nefrona y de urea al interior de ésta.

La parte gruesa de la rama ascendente del asa de Henle es impermeable al agua y existe un transportador en el borde en cepillo de la célula que introduce  $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$  y  $2\text{Cl}^-$  en ella (co- transporte), acoplado a la bomba de  $\text{Na}^+$  presente en el espacio basolateral. La reabsorción de solutos en ausencia de reabsorción de agua hace que el

líquido que sale del asa ascendente gruesa sea hipotónico, por lo cual a esta parte de la nefrona se la denomina «segmento dilutor ». La cantidad de ClNa reabsorbida en este segmento depende de la cantidad que llega a él.

En el túbulo distal y en el colector existe una reabsorción activa de Na<sup>+</sup> que está mediada por la ATPasa-Na<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> del lado basolateral de la célula. Esta reabsorción activa se ve favorecida por la aldosterona, que facilita también la excreción activa de K<sup>+</sup> y H<sup>+</sup>, en relación con el Na<sup>+</sup> reabsorbido.

El mecanismo que transporta Na<sup>+</sup> en el túbulo colector medular es capaz de transportar Na<sup>+</sup> frente a un elevado gradiente de concentración. El túbulo distal es prácticamente impermeable al agua. La permeabilidad al agua del túbulo colector es baja en ausencia de hormona antidiurética (ADH) y alta en su presencia. (J. RodésTeixidor, 1997)

### **2.5.2.3 Regulación de la función renal**

Existen varios mecanismos que regulan el balance de agua y electrólitos.

**2.5.2.3.1 Sistema renina-angiotensina.** La renina es una enzima proteolítica segregada a la sangre por las células granulares del aparato yuxtaglomerular de los riñones. En el torrente sanguíneo cataliza el desdoblamiento de la angiotensina I (decapéptido), que procede de una proteína plasmática denominada angiotensinógeno, segregada por el hígado y que está presente en el plasma en una concentración elevada. La enzima de conversión de la angiotensina separa los dos aminoácidos terminales para producir la angiotensina II (octapéptido muy activo). En el plasma la mayor parte está en el endotelio de los vasos sanguíneos de los capilares pulmonares.

La angiotensina II es un vasoconstrictor potente. Contrae preferentemente las arteriolas eferentes y, por lo tanto, produce un menor descenso en el filtrado glomerular que en el Flujo Plasmático Renal, lo que da como resultado un incremento

en la fracción de filtración. Además, contrae las células mesangiales glomerulares, lo que, a su vez, disminuye el coeficiente de ultrafiltración, un factor adicional que contribuye a reducir el filtrado glomerular. También tiene un efecto directo, aumentando la reabsorción tubular de sodio en el túbulo proximal. (J. RodésTeixidor, 1997)

**2.5.2.3.2 Aldosterona.** Es una hormona producida por la corteza suprarrenal, que estimula la reabsorción de Na<sup>+</sup> en el túbulo colector. La cantidad de Na<sup>+</sup> reabsorbido se aproxima al 2 % del total filtrado. Más del 90 % del Na<sup>+</sup> filtrado ya fue reabsorbido en el túbulo proximal, el asa ascendente de Henle y el túbulo contorneado distal.

La aldosterona ejerce su efecto combinándose con receptores intracelulares y estimulando, en el núcleo, la síntesis de mRNA. Al menos una de las proteínas recién sintetizadas abre, de alguna manera, canales de Na<sup>+</sup> cerrados con anterioridad en la membrana luminal. Esto permite la entrada de mayor cantidad de Na<sup>+</sup> a la célula, un incremento en su concentración intracelular y un aumento del bombeo de Na<sup>+</sup> a través de la membrana basolateral por la bomba ATPasa-Na<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>. Después de un tiempo más prolongado, también se incrementa la síntesis de bombas ATPasas-Na<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> (J. RodésTeixidor, 1997)

**2.5.2.3.3. Prostaglandinas.** En el riñón se producen, sobre todo PGE<sub>2</sub> y PGI<sub>2</sub>, con efectos vasodilatadores sobre las arteriolas aferentes. La función fisiológica mejor conocida de estas sustancias es la de contrarrestar el efecto vasoconstrictor de los nervios renales y de la angiotensina II. Un aumento de la actividad de los nervios renales o el incremento de angiotensina II en el plasma estimula a los riñones a sintetizar y a liberar las prostaglandinas vasodilatadoras.

El resultado final es que muchas de las acciones vasoconstrictoras de la noradrenalina y de la angiotensina II se contrarrestan por la acción vasodilatadora de las prostaglandinas.

**2.5.2.3.4. Péptido natriurético auricular(PNA).** Segregado por las células de las aurículas del corazón, aumenta la excreción de sodio en orina porque incrementa el filtrado glomerular y porque ejerce un efecto sobre el túbulo (sobre todo en los conductos colectores medulares) para inhibir la reabsorción de sodio.

Además, el PNA puede inhibir la secreción de renina y de aldosterona, inducidas por la angiotensina. Estas acciones contribuyen de manera indirecta a reducir la resorción de sodio y a aumentar su excreción.

El principal estímulo para la secreción de PNA es la distensión de la aurícula, que ocurre durante la expansión del volumen del plasma.

**2.5.2.3.5. Nervios renales.** Además de los efectos sobre la secreción de renina, la activación del sistema nervioso simpático también tiene un efecto directo sobre la reabsorción tubular de sodio.

#### **2.5.2.4 Regulación renal del equilibrio ácido-básico**

De forma normal, la concentración de hidrogeniones en el plasma arterial, expresada como pH, oscila entre 7,35 y 7,45. Esta situación de ligera alcalinidad está constantemente comprometida por el aporte de ácidos endógenos, procedentes del metabolismo, y exógenos.

La labor de mantenimiento de la alcalinidad normal frente a estos aportes se realiza mediante tres sistemas diferentes:

1. La capacidad tampón de la sangre, de respuesta inmediata pero parcial y que, si no es regenerada, terminará por agotarse.
2. El sistema respiratorio, de respuesta rápida y más completa, pero también parcial, ya que regula sólo los niveles de anhídrido carbónico (CO<sub>2</sub>).
3. El sistema renal, de respuesta más lenta, pero que es capaz de corregir todas las desviaciones del pH.



Con respecto a los tampones presentes en la sangre, los más importantes son el fosfato inorgánico, el bicarbonato y las proteínas del plasma, y la hemoglobina de los eritrocitos.

El tándem carbónico-bicarbonato desempeña un papel primordial debido a que la concentración de sus componentes puede ser controlada tanto por los pulmones (CO<sub>2</sub>) como por el riñón (bicarbonato).

El riñón tiene la capacidad de excretar selectivamente una orina ácida o alcalina, según las circunstancias. En el hombre, lo normal es la excreción de ácidos. Para ello, el riñón elimina hidrogeniones, bien en la forma de sales ácidas, o bien como ion amonio. Esta eliminación se basa en la secreción activa de hidrogeniones. Éstos son excretados a lo largo de toda la luz tubular por un proceso activo en el que se intercambian con Na<sup>+</sup>. Mientras haya bicarbonato en la luz tubular, éste se combina con el H<sup>+</sup> para dar CO<sub>2</sub> y H<sub>2</sub>O, en una reacción que se produce rápidamente, catalizada por la anhidrasa carbónica presente en el borde en cepillo de este segmento tubular. El CO<sub>2</sub> formado difunde a través de las membranas tubulares y pasa al interior de las células tubulares, uniéndose al conjunto del CO<sub>2</sub> intracelular.

Este CO<sub>2</sub> puede servir de sustrato de la anhidrasa carbónica, para dar lugar a bicarbonato, o pasar a la sangre.

El resultado neto del proceso es la reabsorción del bicarbonato filtrado. En el túbulo distal y en el colector también se secreta activamente H<sup>+</sup>, pero en competencia con K<sup>+</sup>, intercambiándose con Na<sup>+</sup>. El H<sup>+</sup> secretado se une también con el bicarbonato tubular, dando CO<sub>2</sub> y H<sub>2</sub>O en una reacción espontánea, ya que no hay anhidrasa carbónica. Si no hay bicarbonato, los hidrogeniones acidifican las sales de fosfato y de sulfato eliminadas por la orina, de forma que los hidrogeniones se eliminan en forma de sales ácidas. A esto se le denomina «acidez titulable» (J. RodésTeixidor, 1997)

### 2.5.3 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

La Enfermedad renal crónica (ERC) se define como la disminución progresiva de la tasa de filtrado glomerular de manera irreversible. O como la patología crónica (> 3 meses), caracterizada por la pérdida progresiva, permanente e irreversible del número de nefronas, y por ende de la tasa de filtración glomerular, expresada por una reducción del aclaramiento de creatinina < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.

**TABLA N°1 Estadios de la enfermedad renal crónica**

Estadio	Descripción	TFG (mL/min/1.73 m <sup>2</sup> )
1	Daño renal con TFG normal o alta	≥ 90
2	Daño renal con leve baja de TFG	60 – 89
3	Disminución moderada de la TFG	30 – 59
4	Disminución severa de la TFG	15 – 29
5	Falla renal	< 15 o diálisis

(FUENTE: adaptado de Am J Kidney Dis. 2002 Feb; 39(2suppl:) S1-246.)

Se produce como efecto secundario a múltiples causas, como infecciones o alteraciones fisiológicas, como la glomerulonefritis, enfermedades tubulares, infecciones renales, obstrucción por cálculos, anomalías congénitas, diabetes mellitus, hipertensión arterial, lupus eritematoso sistémico entre otras y puede a su

vez, ocasionar enfermedades cardiovasculares, neuropatías, descalcificación de los huesos, y anemia entre otros (Pérez, Lamas & Legido, 2005; Hersh-Rifkin & Stoner, 2005), que generalmente progresa hacia Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) definida como un funcionamiento renal inferior al 10% (Klahr, 1996). Y que a su vez representa un grado suficiente como para llevar al paciente a depender de manera permanente de una terapia de reemplazo renal (ya sea diálisis o trasplante). (Skorecki, Green, & Brenner, 2005).

El riñón posee una alta capacidad de reserva funcional (alrededor de 2 millones de nefronas) y no aparece sintomatología clínica hasta que no se han perdido el 80 % de las nefronas. De ahí que la elevación de los productos nitrogenados en sangre (urea y creatinina) se observa de forma bastante tardía en la IRC, cuando el filtrado glomerular se reduce por debajo del 30 %. Por lo tanto, los mecanismos de adaptación derivados de la hiperfunción vicariante son especialmente relevantes y eficaces hasta que el número de nefronas llega a ser tan reducido (menos del 10 %) que son incapaces de mantener la homeostasis. Aparece así la sintomatología propia de la uremia, complicaciones clínicas y la muerte.

Deben tenerse en cuenta también, que a medida que la IRC progresa, la capacidad de reserva funcional se va reduciendo, con lo que cualquier estrés, como una infección intercurrente, una obstrucción urinaria, un fármaco nefrotóxico, deshidratación, etc., compromete aún más la función renal y empeora el cuadro clínico y otras manifestaciones de la uremia.

A medida que la IRC progresa, se retiene una amplia serie de compuestos orgánicos cuya concentración va incrementándose en la sangre de forma gradual. Estos solutos se clasifican arbitrariamente de acuerdo a su peso molecular en: pequeñas moléculas (hasta 300 D; urea y creatinina), moléculas medianas (300-15.000 D; PTH, b<sub>2</sub>-microglobulina) y moléculas grandes (más de 15.000 D; mioglobina).

Entre las sustancias con efectos relevantes se encuentran la urea, metilguanidina, sulfato de indoxil, mioinositol, ácido hipúrico, poliaminas, fenoles, indoles y muchos

otros. Son especialmente importantes, en virtud de sus consecuencias metabólicas, los compuestos peptídicos enmarcados dentro de las moléculas medianas. Entre ellos cabe destacar las endorfinas, PTH, b2-microglobulina y algunos otros de naturaleza química aún no determinada. En la actualidad, el síndrome urémico se considera el resultado de la retención de diversos compuestos con capacidad específica de interferir o modular diferentes procesos biológicos, más que la consecuencia de la retención de una sola sustancia aislada.

### **2.5.3.1 Manifestaciones clínicas.**

La intensidad de las manifestaciones clínicas depende del grado de insuficiencia renal y de la rapidez con que se pierde la función renal. De esta manera, hasta que la reducción del filtrado glomerular llega al 30-40 % de lo normal no suele apreciarse sintomatología en los enfermos.

**2.5.3.1.1 Sistema cardiovascular.** En el 80 % de los enfermos aparece hipertensión, de manera que su ausencia puede ser sintomática de hipovolemia o depleción salina. Los mecanismos responsables son: el aumento del volumen extracelular y retención significativa de sodio y una secreción inapropiada de renina y angiotensina. La hipertensión se asocia a hipertrofia ventricular, insuficiencia cardíaca congestiva e incluso miocardiopatía dilatada.

En la uremia se observa un descenso de respuesta de los receptores  $\alpha$  y  $\beta$ -adrenérgicos cardíacos, a pesar de concentraciones elevadas de catecolaminas.

Otros factores, como la ateromatosis coronaria, la pericarditis o las calcificaciones ectópicas, contribuyen a las manifestaciones de la disfunción cardíaca de la IRC.

**2.5.3.1.2 Sistema nervioso.** De forma esporádica aparece el denominado «síndrome de las piernas inquietas», consistente en pequeños movimientos involuntarios de las extremidades. Pueden detectarse pequeñas reducciones de la velocidad de conducción sensitiva y motora que mejoran con la aplicación de diálisis adecuada.

El sistema nervioso central se ve afectado de forma variable y muestra todo un espectro que abarca desde una discreta obnubilación mental y letargia hasta coma en pacientes terminales no incluidos en diálisis. Se puede observar además temblor fino de extremidades, déficit de concentración intelectual, depresión psíquica, irritabilidad y predisposición a presentar crisis convulsivas.

**2.5.3.1.3 Alteraciones hematológicas.** Se trata de una anemia hipoproliferativa, normocítica y normocrómica, debida a la producción inapropiada de eritropoyetina, aunque otros factores, como el déficit de hierro, el descenso de la vida media de los hematíes, hemólisis y carencias vitamínicas, también están involucrados.

El recuento de leucocitos y trombocitos es normal, pero ambos elementos muestran alteraciones funcionales claras. En efecto, se describen defectos de la adhesividad, fagocitosis y de granulación de los polimorfonucleares, así como alteraciones de la agregación plaquetaria.

Los trastornos de la coagulación son muy importantes, y en su conjunto constituyen la diátesis hemorrágica de la uremia. La disfunción plaquetaria es un factor relevante; el tiempo de sangría está con frecuencia alargado en la uremia. Ello se debe a alteraciones de la interacción trombocito-endotelio por un aumento de la secreción de prostaciclina y por un defecto del factor Von Willebrand.

**2.5.3.1.4 Sistema inmunitario.** Los enfermos con un deterioro progresivo de la función renal presentan una disfunción paralela de su estado inmunológico, ambos como consecuencia de un defecto profundo en la respuesta inmunitaria humoral y celular, lo cual origina una situación de inmunodeficiencia. La IRC determina una susceptibilidad a padecer infecciones, un aumento de la incidencia de neoplasias, una inadecuada producción de anticuerpos tras vacunaciones y un estado de anergia manifiesta. La linfopenia es muy frecuente, y muestra de forma invariable un descenso significativo de la respuesta linfoproliferativa in vitro a varios estímulos.

Los mecanismos de cooperación celular que modulan las reacciones de hipersensibilidad retardada están también significativamente deprimidos en la uremia. En este sentido, se ha descrito una ausencia de activación de los monocitos y macrófagos que, a través de la producción de IL-1, regulan la proliferación de los linfocitos.

**2.5.3.1.5 Sistema endocrino.** La IRC provoca un estado de intolerancia hidrocárbica en relación con un factor peptídico circulante que induce resistencia periférica a la insulina; el número de receptores insulínicos y su actividad es normal.

Se ha descrito además una disregulación en la liberación de insulina por el páncreas y unas concentraciones muy elevadas de glucagón como consecuencia de un déficit en su metabolismo renal. La captación celular de glucosa y el aclaramiento metabólico de la insulina están alterados de manera relevante en función del grado de IRC.

Los valores de hormonas tiroideas suelen ser normales o estar descendidos; sin embargo, la respuesta hipofisaria de TSH tras el estímulo con hormona liberadora de tirotrona (TRH) está claramente disminuida, lo cual parece un fenómeno dependiente del estado dopaminérgico alterado en la uremia. En estadios muy avanzados se observa un descenso significativo de los valores de T4, que quedan compensados por un incremento supranormal de los de T3 libre.

Aunque los valores de la hormona del crecimiento (GH) están elevados sistemáticamente en la IRC se produce un retraso considerable del crecimiento.

Las hormonas sexuales en la mujer, los valores de hormona folicular estimulante (FSH), estradiol y progesterona están fijos como en la fase folicular del ciclo; sin embargo, la hormona luteinizante (LH) está casi siempre elevada. En cualquier caso, no se producen los picos de concentración que tienen lugar antes de la ovulación. En el varón se observa un descenso de la testosterona y un incremento sustancial de la LH. Los valores de prolactina se encuentran elevados en ambos sexos

de manera sistemática, lo cual determina menor frecuencia en la mujer e impotencia en el varón, e incluso galactorrea.

**2.5.3.1.6 Osteodistrofia renal.** El desarrollo de hiperparatiroidismo secundario en la uremia se debe a, la retención de fósforo y el déficit del metabolito activo de la vitamina D calcitriol. Además, existe un estado de resistencia esquelética a la acción calcémica de la PTH, y una falta de sensibilidad de los receptores de calcitriol en las paratiroides y el intestino.

## **2.5.4 TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

El tratamiento de la IRC debe instaurarse con el objetivo de: a) enlentecer el deterioro de la función renal, controlando y corrigiendo las alteraciones reversibles que puedan modificar la evolución de la función renal; b) evitar o retrasar la aparición de la sintomatología urémica, y c) prevenir, en lo posible, las secuelas y complicaciones de la uremia a corto y largo plazo.

### **2.5.4.1 Prevención de la progresión de la insuficiencia renal.**

La progresión de la IRC es un fenómeno prácticamente irreversible en los pacientes con afectación renal establecida, una vez que la concentración de creatinina plasmática supera el nivel de 2,0 mg/dl.

Hay que diagnosticar y tratar de manera adecuada la causa original de la IRC (glomerulonefritis secundarias de tratamiento médico, procesos urológicos obstructivos, enfermedades sistémicas, diabetes, etc.) y las complicaciones asociadas, como la hipertensión arterial, las infecciones urinarias, la hiperlipemia. Por otro lado, hay que evitar que otros factores puedan acelerar la progresión de la IRC, como son la deshidratación, el empleo de agentes nefrotóxicos, como los contrastes yodados, y el uso racional de fármacos que pueden incidir de forma negativa en la evolución de la uremia, dosificándolos de acuerdo con el grado de función renal.

#### **2.5.4.2 Dieta y requerimientos nutricionales.**

La restricción proteica en la dieta retrasa la progresión de la IRC y la aparición de sintomatología urémica, mantiene el balance nitrogenado y evita la desnutrición del paciente.

Se recomienda el uso precoz de dietas de 0,6 g/kg de proteínas de alto valor biológico o dietas de 20-30 g de proteínas suplementadas con aminoácidos y cetonaálogos, con un aporte energético de 30-35 kcal/kg/día, para permitir que la urea se utilice como fuente de nitrógeno no esencial.

Otro aspecto importante de la dieta es el ajuste de líquidos y sal para evitar la sobrecarga hidrosalina que puede empeorar la hipertensión. Esta restricción debe realizarse de forma individualizada en cada paciente, ya que en aquellos enfermos que presenten nefropatía perdedora de sal, una restricción indiscriminada puede agravar la insuficiencia renal. En fases terminales puede resultar útil disminuir la ingesta de alimentos ricos en potasio, para evitar la hiperpotasemia.

#### **2.5.4.3 Control de la presión arterial.**

El control de hipertensión arterial es fundamental para evitar la progresión de la uremia. Se recomienda utilizar como antihipertensivos de primera elección los IECA, ya que, además de reducir la presión arterial sistémica, disminuyen la presión intraglomerular; por lo tanto, pueden ralentecer el progreso hacia la IRC. Pero con precaución en la uremia, pues pueden producir hiperpotasemia debido a su interferencia en la liberación de aldosterona. Además, provocan un empeoramiento de la función renal en presencia de estenosis bilateral de las arterias renales o en estenosis de arteria renal en riñón único.

Los antagonistas del calcio constituyen una alternativa a los IECA, pues también reducen la presión intraglomerular.



#### **2.5.4.4 Anemia.**

Otro apartado importante es la corrección de la anemia. Si existen valores mantenidos de hemoglobina por debajo de 9 g/dl y/o síntomas agudos de anemia, como angina de pecho, insuficiencia cardíaca, etc., que requieran transfusiones sanguíneas, se debe iniciar tratamiento con eritropoyetina humana recombinante.

En los pacientes diabéticos, el control estricto de la glucemia retrasa la aparición de la nefropatía diabética y la progresión de la uremia. Por lo general, la hiperuricemia asociada a la IRC no requiere tratamiento específico a menos que se presenten crisis de gota recurrentes o el ácido úrico alcance valores superiores a los 10 mg/dl.

En alrededor del 70 % de los pacientes urémicos pueden producirse alteraciones del metabolismo lipídico, consistentes preferentemente en un incremento de los valores séricos de triglicéridos y VLDL con un descenso en las HDL. El tratamiento de esta hiperlipemia puede mejorar la morbimortalidad de estos pacientes, pues previene la aterosclerosis y produce un efecto beneficioso al retrasar el desarrollo de la glomerulosclerosis y de la progresión de la insuficiencia renal.

El control del metabolismo fosfocálcico y del hiperparatiroidismo secundario constituye uno de los aspectos fundamentales del tratamiento conservador de la uremia para evitar la progresión y la osteodistrofia renal.

El control del producto calcio-fósforo es esencial para evitar las calcificaciones extraarticulares, y deben mantenerse por debajo de 60-65.

#### **2.5.4.5 Hiperpotasemia.**

Las alteraciones hidroelectrolíticas son frecuentes en la uremia. Entre ellas destacan la hiperpotasemia, por su potencial riesgo de muerte cuando las cifras séricas de potasio superan los valores de 7 mmol/l.

Los pacientes urémicos son capaces de mantener el potasio dentro de los límites normales hasta que aparece oliguria o el filtrado glomerular desciende por debajo de 5 ml/min. Las manifestaciones clínicas de la hiperpotasemia son escasas, los pacientes refieren parestesias y debilidad muscular.

En múltiples ocasiones se encuentran totalmente asintomáticos, incluso con acusadas alteraciones electrocardiográficas, que se caracterizan por bradicardia, ondas T picudas, depresión del ST, incremento PR, desaparición de la onda p, aumento del complejo QRS y, en situaciones más graves, arritmia completa.

#### **2.5.4.6 Tratamientos sustitutivos de la función renal**

El tratamiento sustitutivo renal permite la supervivencia y la vida activa de los pacientes que carecen de funcionalismo renal. Comprende:

- a) Las técnicas dialíticas que sustituyen parcialmente la función renal y pueden ser de varios tipos (hemodiálisis, diálisis peritoneal y hemofiltración) y,
- b) El trasplante renal, que sustituye todas las funciones renales, incluidas las metabólicas y las endocrinas, y que puede provenir de donante vivo o de cadáver. (Farreras Rozman, 2000)

**Indicación.** Cuando el filtrado glomerular residual es inferior a 5 mL/min, lo que suele coincidir con una creatinina plasmática de 12-15 mg/dL junto con sintomatología urémica franca. Otros factores que condicionan el inicio más precoz de diálisis periódica son la pericarditis, la hipertensión arterial de difícil control, la insuficiencia cardíaca congestiva, la polineuropatía y la diabetes mellitus.

**Contraindicaciones.** El tratamiento sustitutivo renal mediante diálisis se ha convertido en el tratamiento sintomático de la insuficiencia renal terminal. La diálisis no presenta contraindicaciones absolutas, aunque suelen considerarse como tales el deterioro mental irreversible y el cáncer avanzado.

#### **2.5.4.7 La diálisis: Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria**

La diálisis es el proceso por el cual se produce un movimiento de solutos en una determinada dirección y concentración, a través de una membrana formada por un tejido semipermeable, humano, en el caso de la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), o artificial, en la Hemodiálisis (HDH). Los tres fenómenos físico-químicos implicados en este proceso son: la difusión, la ósmosis y la ultrafiltración.

La hemodiálisis es un procedimiento que consiste en producir un intercambio de agua y sustancias perjudiciales para el organismo entre la sangre y una solución específica, a través de una membrana artificial. El filtrado se realiza conectando al enfermo a una máquina, durante 3 ó 4 horas, una media de 3 veces por semana. Para que esta conexión sea posible es necesario que el enfermo tenga un acceso vascular especial que permita la realización de 6 punciones por semana con agujas de un calibre de 16 milímetros, aproximadamente. Normalmente se somete al paciente a una intervención quirúrgica de índole menor, donde se anastomosan una arteria y una vena superficiales, provocando un mayor flujo de sangre a la vena y un engrosamiento de las paredes, lo cual facilita el pinchazo. (Borrero & Lobo., 2003)

La diálisis peritoneal (DPCA), no precisa ninguna máquina, se utiliza una membrana orgánica situada en la zona abdominal de todas las personas: el peritoneo. El propio paciente introduce el líquido de diálisis en la cavidad abdominal que queda a un lado del peritoneo. Y en ésta a diferencia de la hemodiálisis, el intercambio entre la sangre y la solución de diálisis se realiza durante veinticuatro horas, ya que el líquido de diálisis está en la cavidad abdominal durante todo el día y la noche. Este líquido suele cambiarse tres o cuatro veces al día. (Ruiz & Castelo, 2003).

La preparación del paciente para esta modalidad de diálisis consiste en realizar una intervención de cirugía menor, en la que se introduce en el abdomen un catéter que

ponga en contacto la cavidad del peritoneo con el exterior. Cada uno de los cambios del líquido de diálisis supone aproximadamente media hora; una vez que el paciente ha sido entrenado por profesionales sanitarios especializados, es una tarea que se puede realizar en diferentes lugares: en el propio domicilio, en un coche, en la oficina, etc.

### **2.5.5 LOS FACTORES PSICOSOCIALES Y LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.**

El soporte social ha sido caracterizado de formas muy variadas según diversos autores. House (1981), por ejemplo, lo define como una transacción interpersonal que involucra interés emocional, ayuda instrumental, información o valoración. Bravo y Serrano (1997), como la descripción de los lazos que unen a las personas, por medio de los cuales se manifiesta solidaridad y ayuda. Páez y cols. (1993) lo describen como la existencia de relaciones con un significado de apoyo emocional, informacional y material, y no solamente como la inserción objetiva en una red social.

Taylor (1999) aduce que los grupos de apoyo social representan un recurso para el enfermo crónico, pues en ellos se dialoga sobre los problemas ocasionados por la misma enfermedad y se ofrece información sobre cómo otros los han afrontado exitosamente. Puede decirse que el soporte social no sólo refiere a pertenecer a un grupo con algún interés en común o recibir apoyo material proveniente de este mismo, sino más bien en cómo la persona concibe ese nivel de pertenencia y aprovecha eficazmente los recursos que el grupo familia, amigos, compañeros de trabajo, personal de salud, etc. le brinda.

Los pacientes con IRC deben someterse a tratamientos no curativos, altamente invasivos, demandantes y que involucran altos costos para el paciente y su familia, a nivel físico, psicológico, social y económico (Barrios et al.,2004).

Como la investigación se enfoca a pacientes que se realizan hemodiálisis, nos enfocamos en la misma.

La Hemodiálisis genera cambios en los estilos de vida y en las conductas cotidianas de las personas que se someten a ella, (Álvarez, 2001)

El tratamiento produce también efectos adversos a nivel físico (Contreras, Esguerra, Espinoza & Gómez, 2007) y psicológicos, tales como depresión, ansiedad y trastornos de conducta (Álvarez et al., 2001). Además se observan efectos a nivel psicosocial, tales como problemas maritales, disfunción sexual y problemas socioeconómicos (Daugirdas,- 2007). Todos estos cambios y efectos inciden directamente en la Calidad de Vida de las personas.

#### **2.5.5.1 La Calidad de Vida relacionada con la Salud.**

Según la OMS define el término, como la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro de un contexto cultural en que vive y en relación a sus expectativas, valores e intereses. Es un concepto tridimensional de muy difícil medición.(Alcario, 2010).

Es el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud (Urzúa, 2010). Esta incluye la evaluación que realiza cada individuo respecto a la salud y al grado de funcionamiento para realizar las actividades cotidianas. (Schwartzmann, 2003).

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad que trae severas consecuencias para quien la padece, así como para su entorno familiar, quien busca la manera de afrontar las diversas necesidades que surgen a partir del diagnóstico que recibe el paciente.

Entonces resulta necesario, para las intervenciones, conocer cuáles son las necesidades que la familia requiere en ese momento y que cambios se propician a partir de que hay una alteración en la vida cotidiana a la que se está acostumbrado a llevar, éstos pueden ir desde la economía familiar hasta generar algunos trastornos o frustraciones en los miembros de la familia que pueden llegar a complicar o a desintegrar la misma, de tal manera que la propuesta se pueda generar en base a las necesidades reales y permita resolver los problemas emocionales que se generan a partir de la enfermedad.

Se diferencian cuatro fases en el transcurso de la enfermedad: inicio, toma de conciencia, reflexión y readaptación.

#### **2.5.5.2 La Etapa del inicio de la enfermedad: experiencia de los síntomas.**

La característica fundamental de esta fase es el temor a lo desconocido y la falta de comprensión de la enfermedad. Aparecen los primeros síntomas, la persona descubre que algo va mal, con experiencias similares a las que ocurren en las enfermedades agudas: se mantiene contacto con profesionales sanitarios, se acude con frecuencia al hospital y se interrumpen las actividades cotidianas. El paciente, con frecuencia, espera que los síntomas desaparezcan o mejoren en un período breve de tiempo.

Posteriormente, se informará al paciente de la existencia de una enfermedad crónica que necesitará tratamiento durante el resto de la vida. En este momento el enfermo se centra en las manifestaciones físicas, se siente preocupado por la gravedad de su enfermedad, así como por el pronóstico y el malestar físico que le acompaña. Tanto el enfermo como las personas que lo rodean centran su atención en los problemas orgánicos. A medida que pasan los días, aumenta el conocimiento de la enfermedad y la situación pierde el carácter de novedad, iniciándose así el siguiente período.

### **2.5.5.3 Toma de conciencia: contacto con el papel de enfermo.**

En este momento, el paciente comienza a familiarizarse con sus síntomas y piensa en las repercusiones de su enfermedad que van más allá de las dolencias físicas del momento.

Conociendo que su enfermedad es crónica, toma conciencia de los cambios que se van operando en su forma de vida: dieta, medicación, trabajo y, en general, reflexiona sobre sus limitaciones y capacidades.

Esta visión sobre la enfermedad se apoya en los sistemas de valores y creencias de la sociedad en que vive; esto es, toma como referencia la valoración de los aquejados por una enfermedad crónica, como personas “minusválidas”, inferiores a la mayoría. Desde esta perspectiva el afectado empieza a percibirse como alguien que no puede tener proyectos, que no puede trabajar, que no puede mantener su papel en la familia, etc.

En definitiva, aparece ante sí mismo como un ser vulnerable, lleno de limitaciones y con un riesgo elevado de inadaptación personal, familiar y social.

### **2.5.5.4 Reflexión y Análisis: Nuevo punto de referencia.**

Su estado de ánimo se caracteriza por grandes altibajos, ya que todavía no ha conseguido adaptarse a su situación. En algunos momentos piensa que tiene muchas capacidades intactas y en otros se percibe como un ser débil y marginado.

Podría decirse que vive un periodo de desequilibrio, de formación de nuevos valores y creencias ante la enfermedad.

### **2.5.5.5 Readaptación: personal, social y familiar.**

Antes de la aparición de la enfermedad la persona estaba adaptada, disponía de las habilidades y recursos necesarios para dar respuesta a las exigencias planteadas por él mismo y por su entorno familiar y social. La presencia de una enfermedad crónica

implica que quien la padece tiene que poner en marcha nuevos recursos y habilidades a fin de adaptarse a su nuevo estado. (Alcario, 2010)

Algunas personas toman conciencia de sus limitaciones y capacidades, reconstruyen su imagen personal y sus relaciones familiares y sociales, y son capaces de comenzar un nuevo proyecto de vida. Otras ven sólo las limitaciones, adoptan una actitud pasiva y de dependencia, sin proyectos propios.

Dentro de los factores que influyen en la calidad de vida, se pueden mencionar:

- La independencia funcional. El grado de funcionalidad física, psíquica y económica.
- La persona independiente tiene mayor calidad de vida, que aquella que depende de su familia y/o de la sociedad.
- La vida en su casa, con los suyos, con su pareja. La pérdida de un miembro de la pareja tiene una repercusión negativa en la calidad de vida.
- La relación familiar, social. La soledad objetiva o subjetiva es un factor negativo en la calidad de vida.

2.5.5.6 Depresión en el enfermo con I.R.C.-Es sabido, de todos los profesionales que están más o menos en contacto con estos enfermos, que suelen mostrar conductas depresivas, abatimiento, lloros, dejan de hacer cosas que antes hacían, llegando incluso algunos al aislamiento social. Este fenómeno tiene para algunos cierta base física buscando en el laboratorio la explicación al fenómeno, mientras que otros buscan esta explicación en el fondo de una personalidad ya propuesta. Otros estudios ya más cercanos, buscan causas situacionales y apuntan a la idea de ausencia de apoyo social, trabajo o algunas otras causas. (Callahan M, 2000)

Las conductas depresivas, que se dan en estos pacientes, si no en todos, sí en la mayoría, están estrechamente ligadas a la entrada del enfermo en el programa de



Hemo Diálisis y lo que todo ello conlleva. Tras las primeras diálisis en las cuales el enfermo se va encontrando paulatinamente mejor, pasa esa <luna de miel> y se da cuenta de la realidad que le esperará, que no es otra que su permanente dependencia de la máquina si quiere seguir viviendo, o la posibilidad de un trasplante renal si puede recibirlo y si le llega alguna vez.

Un modelo que nos podría servir de referencia para explicar el proceso que se da en estos sujetos es la Teoría Conductual o de aprendizaje social de la depresión de Lewinson. Según él, la depresión es el resultado de la reducción de reforzamiento contingente a las respuestas del sujeto; es decir, la disminución de sucesos o cosas agradables, gratificantes, que siguen a una conducta o respuesta. Así la presencia o ausencia de sucesos reforzantes son el principal motivo del inicio y mantenimiento de la depresión. Para Lewinson la obtención del poco reforzamiento o excesivo castigo es causa y origen de la depresión.(Callahan M, 2000)

Los cambios físicos que se producen en el paciente no sólo son de mal funcionamiento o nulo funcionamiento del riñón sino que otros trastornos se añaden a esta patología a lo largo del tiempo. Anemia, cambios frecuentes en la tensión arterial, cambios hormonales, problemas sexuales, respiratorios, cambios de coloración de la piel, válvula arterio venosa en el brazo, dolencias osteoarticulares, etc., son algunos de los problemas más frecuentes en ellos, que les obliga unas veces a realizar ocupaciones que nunca habían tenido, o a dejar de hacer algunas de las que había venido practicando toda la vida. Si los cambios son lentos, es más fácil que se adapte a la nueva situación, pero cuando estos cambios son muy bruscos son una condición muy propicia para provocar un estado de tensión elevado.(Callahan M, 2000)

Este cambio de vida se centra, pues, en dos puntos fundamentales, pero con evidente repercusión en el resto de la actividad del paciente. Por un lado se produce un reajuste o mejor un desajuste del organismo del paciente y por otro se produce un cambio en el modo de vida.

Uno de los cambios físicos que más marca al paciente y que le hace estar más pendiente de su enfermedad es la falta de orina que le obliga a tener que beber de forma controlada para no tener problemas posteriores, siendo especialmente difícil en ocasiones el control de la ingesta.

Algunos de estos problemas son fundamentalmente tan relevantes como para que aparezcan conductas depresivas. El reajuste fisiológico, la anemia, el salir cansado de la diálisis por problemas durante la misma o simplemente por el cambio analítico y de peso en la misma, pueden ser responsables de que el enfermo experimente con frecuencia una elevada fatiga.

Las frecuentes molestias físicas tanto por las exploraciones a que son sometidos en ocasiones, como los problemas durante la Hemodiálisis, los cambios en el organismo, enfermedades frecuentes que padecen, el descontento por los cambios que ven experimentar en su cuerpo, sobre todo la Fístula arterio venosa, son elementos los suficientemente aversivos como para generar una respuesta de alerta que hará aumentar la sensibilidad a la estimulación aversiva.

Estos problemas físicos, traerán como consecuencia, en muchos de los enfermos, la restricción de actividades personales y de relaciones interpersonales.

El estado de cansancio proveniente de la anemia y lo mal que pasan la hemodiálisis(HD) algunas veces, junto con los periodos prolongados de insomnio que suelen tener, aumenta la sensación de cansancio durante el día. El pase de visita del médico, cada día de diálisis, hace que muchos enfermos estén pendientes de su propio cuerpo para buscarse síntomas que decir al médico o al personal que le atiende, aumentándose así el estado de alerta para buscar indicios o señales de malestar.

Este estado de alerta entorpece la adecuada adaptación a su nueva situación. Estas respuestas de evitación activan más el estado de alerta (quieren evitar encontrarse mal y se vigilan más a sí mismos).

Laboralmente, a muchos de estos enfermos se les invita, por parte de la empresa a que dejen de trabajar ya que faltan demasiado al trabajo por sus sesiones de diálisis, con la pérdida de este importante reforzador para las personas, y si se les mantienen en el trabajo no todos conservan el mismo puesto.

Los ingresos hospitalarios repetidos o el malestar frecuente o los pequeños problemas que suelen tener, hacen que se vaya produciendo un distanciamiento de las amistades que tenían, con la importancia que puede tener para estas personas el perder estos reforzadores, pues acaban circunscribiéndose a la familia muchos de ellos casi de forma exclusiva, pues debido a la disminución de relaciones interpersonales y de actividades reforzantes fuera del domicilio, la fuente de reforzamiento queda constituida casi exclusivamente por la familia y el personal de la sala de Hemodiálisis donde se dializa.

Con los cambios laborales y de régimen de vida, la comunicación y toma de decisiones, la planificación del tiempo libre y las relaciones familiares se ven afectadas. El cansancio y los problemas físicos hacen que las relaciones sexuales en la pareja se vean marcadas de forma muy especial, lo cual provoca en muchos de estos pacientes frecuentes visitas al especialista por problemas de impotencia.

Si la persona enferma es la mujer trabajadora, en la familia los problemas suelen ser, si cabe, más importantes, ya que a ella están encomendadas tradicionalmente tareas domésticas.

En parejas jóvenes, un elemento importante de la relación es la atracción física, ya que el paulatino deterioro físico, mal olor de aliento, cambio de coloración de la piel, problemas en extremidades por accesos vasculares repetidos, etc., pueden dificultar su atracción y esa funcionalidad evidente que tiene en la relación de pareja se pierde por el deterioro físico y el enfermo puede perder atracción, pérdida que se puede acentuar debido al abandono del cuidado personal.

Evidentemente un factor muy importante en todo este proceso es la estimulación proveniente de su organismo, que fundamentalmente es una estimulación aversiva. Esta exposición de hechos puede hacernos comprender que es fácil que surjan cefaleas, pérdida de apetito, sed en exceso, llantos, cansancio, malestar físico, fuerte ansiedad por su estado de salud, sentimientos de pesimismo, de inseguridad, irritabilidad, inapetencia sexual, desánimo, apatía por todo y lo que es más grave deseos de morir.(Alfonso Urzúa, 2011)

## **2.6 HIPÓTESIS**

Existe relación directa entre los factores psicosociales y la calidad de vida, de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

### **2.6.1. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES**

#### **2.6.1.1 VARIABLE INDEPENDIENTE**

Factores psicosociales

#### **2.6.1.2 VARIABLE DEPENDIENTE**

Calidad de vida

## **CAPÍTULO III.**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1.- MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN**

La modalidad de investigación está basada en el paradigma crítico propositivo, debido a que se hace mayor énfasis hacia el enfoque humano, que al de los aspectos materiales. También podemos indicar que es una investigación de carácter social, por cuanto analiza problemas de conciencia del ser humano dentro de la sociedad, y su accionar cotidiano.

De igual manera podemos señalar que se trata de una investigación cualitativa, debido a la interpretación de factores que se interrelacionan para dar una lectura cercana a la realidad social.

La investigación realizada ha sido enfocada desde el aspecto ideográfico. Por lo tanto sin menos preciar a la ciencia estadística, da más importancia a la interpretación de los datos obtenidos.

#### **3.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Esta tesis abarca tres niveles de investigación:

**Investigación Diagnóstica.-** Se ha llegado al nivel de diagnóstico respecto a la situación de la calidad de vida de los pacientes con IRC, que amerita para resolver los problemas que se derivan de esta situación.

La particularidad del diagnóstico es que no tiene un reflejo más o menos fotográfico de la realidad sino, una expresión de la misma, lograda mediante el desarrollo de la investigación.

**Investigación Descriptiva.**- A través de esta investigación se pudo detallar en parte la situación real que vive el paciente, en cuanto se refiere a la relación de los factores psicosociales y la calidad de vida, por datos obtenidos mediante encuestas aplicadas a los propios pacientes.

**Investigación Correlacional.**- Con este nivel de investigación se relacionaron dos variables, para determinar las tendencias, que nos permitió un mejor enfoque en la búsqueda de solución a los factores psicosociales relacionados con la calidad de vida.

### 3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

En esta tesis se ha utilizado algunos tipos de investigación.

- *La Investigación Bibliográfica*, porque va a ser necesario documentarse para contextualizar el problema y fundamentar científicamente el Marco Teórico.
- *La Investigación de Campo*, porque se va a requerir la información directa de los propios pacientes.
- *Investigación Social*, porque el grupo humano que presenta IRC vive muchos problemas y entre ellos se destacan los factores psicosociales, que afectan la calidad de vida, para lo cual el investigador sugiere una propuesta de solución a este problema, la misma que puede ser participada por los involucrados, procesada por el investigador, y por los intereses de los pacientes.

### **3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA**

Esta investigación se va a realizar en el área de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato, teniendo como universo a:

- Pacientes hombres y mujeres con IRC, que sean atendidos en el área de medicina interna del Hospital Provincial Docente Ambato.
- Total de sujetos de investigación: 30 pacientes.
- Por ser una población pequeña, no va a ser necesario calcular la muestra.

### **3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Los criterios de inclusión son los siguientes:

- Pacientes atendidos en el área de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato.
- Pacientes con el diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica.
- Pacientes que se encuentren en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis.
- Sexo indeterminado.
- Pacientes con una edad mayor de 18 años.
- Con edad menor a 75 años.
- Con peso y talla indeterminada.
- Nivel de conciencia óptimo.
- Que deseen voluntariamente responder a las preguntas de la encuesta.

### **3.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes que no son atendidos en el área de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato.
- Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, que no se encuentren en hemodiálisis.
- Menores de 18 años.
- Mayores de 75 años.
- Que presenten compromiso asociado al deterioro del nivel de conciencia, e impida el diálogo con el paciente.
- Que no deseen participar en la investigación.

### **3.7. CRITERIOS ÉTICOS**

Todo paciente debe por obligación, llenar el consentimiento informado y dependiendo de aquello, se puede o no intervenir con preguntas.



### 3.8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### VARIABLE INDEPENDIENTE

**TABLAN°2 FACTORES PSICOSOCIALES**

CONCEPTO	CATEGORÍA	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICAS
Los factores psicosociales relacionados con la salud, son aquellos que intervienen en el comportamiento recíproco con la salud del propio individuo de manera que el nivel de salud es, en parte, función del comportamiento del sujeto, y éste a su vez está condicionado por las características psicológicas, biológicas y del ecosistema del propio individuo.	Psicológicos: Temor, Ansiedad, Depresión, Cognición Angustia	Sintomatología acompañante	Cómo se ha sentido desde que le diagnosticaron la enfermedad?	Encuesta
	Sociales: Funciones y relaciones individuales, Afecto Intimidad Apariencia Familia	Estilo de vida  Apoyo Conflicto Rechazo	Ha cambiado su forma de vida desde que le diagnosticaron IRC?  ¿Cómo ha reaccionado su familia frente a su enfermedad?	Encuesta
	Actividad cotidiana	Interrumpe Reduce Anula	¿Se afectaron sus actividades diarias?	Encuesta
	Apoyo psicológico	Charlas	¿Recibe apoyo psicológico?	Encuesta

**Elaborado por: Investigador**

VARIABLE DEPENDIENTE

**TABLA N°3 CALIDAD DE VIDA.**

CONCEPTO	CATEGORÍA	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICAS
Es la percepción personal de un individuo, de su situación de vida, dentro de un contexto cultural en que vive y en relación a sus expectativas, valores e intereses, considerando el impacto que en éstos tienen en su estado de salud (Urzúa, 2010)	Individuo	Aceptación Actividad Adaptación	¿Cómo define a su enfermedad?	Encuesta
	Condición económica	Trabajo	¿Tiene un trabajo estable?	Encuesta
		Gastos en terapia	¿Necesita más dinero para realizar su tratamiento?	Encuesta
Tratamiento regular, controlado, y acorde a cada estado patológico.	Tratamiento regular, controlado, y acorde a cada estado patológico.	Terapia sustitutiva.	¿Qué tratamiento realiza?	Encuesta
		Controles médicos.	¿Molestias durante la terapia?  ¿Acude a controles?	Encuesta  Encuesta

**Elaborado por: Investigador.**

### **3.9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

La técnica a emplearse en esta investigación es la encuesta, y el instrumento es un cuestionario de 9 preguntas fundamentales, enfocadas hacia los factores psicosociales relacionados con la calidad de vida, de los pacientes que presentan Insuficiencia Renal Crónica y que se encuentren en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis.

### **3.10. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

El proceso a seguir es el siguiente:

- 1 Se determinará los sujetos de investigación: En este caso, los encuestados van a ser los pacientes atendidos en el área de medicina interna con el diagnóstico de IRC y en tratamiento con hemodiálisis.
- 2 Se elaborará el instrumento, es decir, la encuesta, cuyas preguntas se tomarán de los ítems de la Operacionalización de variables, de la Hipótesis, y serán validadas a través de la prueba piloto, con 5 pacientes.
- 3 Las encuestas se aplicarán en los meses de enero, febrero y marzo, del presente año, en el área de Medicina Interna, del Hospital Provincial Docente Ambato. Para la aplicación de las mismas se solicitará el consentimiento informado a cada paciente que cumpla con los criterios de inclusión.

### **3.11. PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

El proceso que se va a seguir es el siguiente:

1. Se hará la limpieza de la información
2. Se procederá a la codificación de las respuestas.
3. Se harán las tabulaciones, en donde se relacionarán las diferentes respuestas.
4. Se presentarán gráficamente las tabulaciones.
5. Con ese insumo se procederá a analizar los resultados y a interpretarlos, teniendo en cuenta el Marco teórico.

6. Con el análisis, la interpretación de resultados y la aplicación estadística, se hará la verificación de la hipótesis.
7. Se harán las conclusiones generales y las recomendaciones.
8. A partir de las conclusiones, se hará una propuesta de solución al problema investigado.

## CAPÍTULO IV

### 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

##### 4.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.

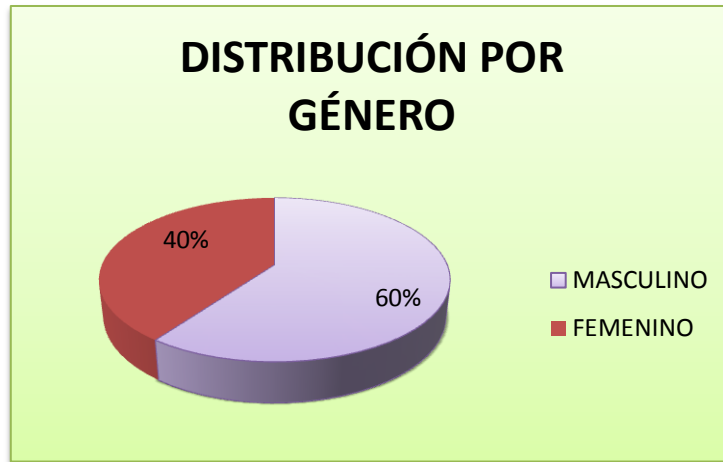
Para la información del análisis e interpretación de resultados, es necesario informar acerca de la población en estudio a la que se realizó la encuesta, previo consentimiento informado, quedo constituida por; pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, atendidos en el área de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato, y que se encontraban en tratamiento con hemodiálisis, en el período comprendido entre enero y marzo del 2012, la muestra, quedó integrada por 30 pacientes, de los cuales el 60% fueron hombres y el 40% mujeres. Comprobando una vez más de acuerdo a las estadísticas tanto a nivel mundial como nacional, la mayor afectación del sexo masculino.

**TABLAN°4 Distribución de pacientes por género.**

<b>GÉNERO</b>	<b># PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>MASCULINO</b>	18	60%
<b>FEMENINO</b>	12	40%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Investigador. Fuente: Encuesta pacientes

**GRÁFICO N°4**



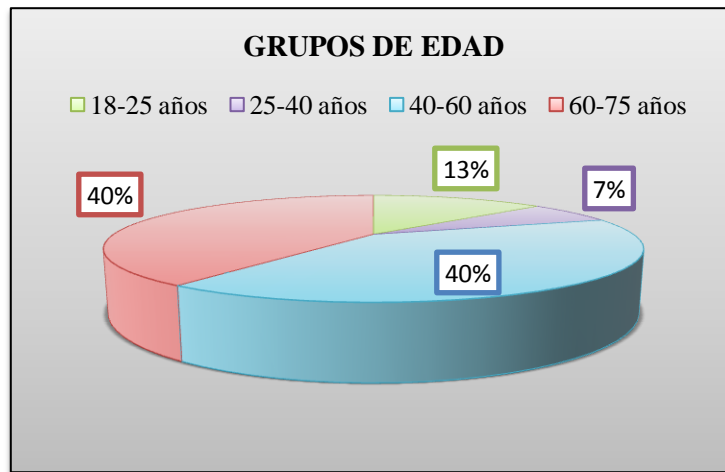
Elaborado por: Investigador. Fuente: Encuesta pacientes.

**TABLA N° 5 Distribución de pacientes por grupos de edad.**

<b>EDAD</b>	<b># PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
18-25 años	4	13%
25-40 años	2	7%
40-60 años	12	40%
60-75 años	12	40%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Investigador. Fuente: Encuesta pacientes.

## GRÁFICO N°5



Elaborado por: Investigador. Fuente: Encuesta pacientes.

**Análisis y Discusión:** De los pacientes incluidos en la investigación, el 80% (24 pacientes), se encuentran en el grupo de edad comprendido entre los 40 a 75 años. Comprobando una vez más, la vulnerabilidad de los pacientes adultos mayores y de los de la tercera edad.

Sin embargo no se puede echar de menos a la población adulta joven que también forma parte de las estadísticas de esta patología; y que en esta investigación está representada por el 13% (4 pacientes). Comprendiendo que esta enfermedad afecta a personas de todas las edades, pero que se torna muy alarmante, cuando hay afectación de la población adulta joven, porque perturba su fase productiva y de desarrollo en la que se encuentran.

#### 4.1.2 CARACTERISTICAS CLINICAS

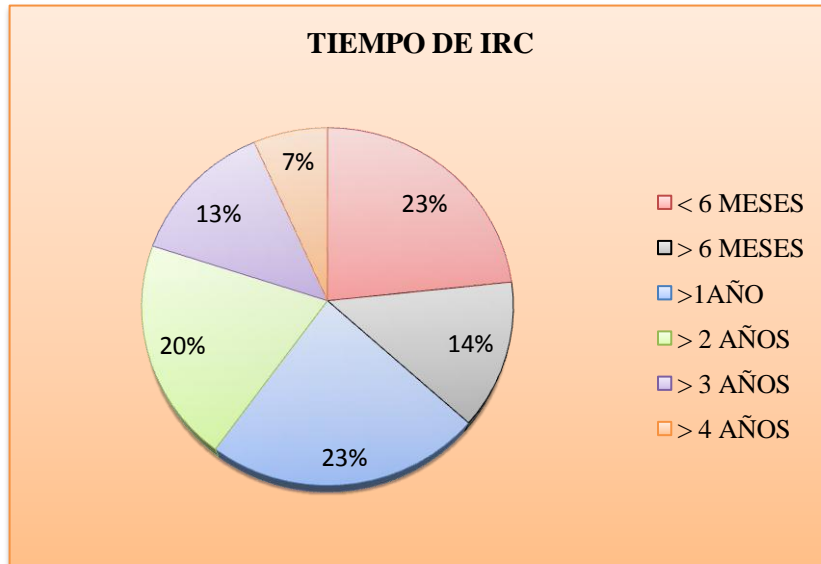
##### 4.1.2.2 TIEMPO TRANSCURRIDO, DESDE EL DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.

TABLA N° 6 Tiempo de IRC

TIEMPO DE IRC		
TIEMPO	# PACIENTES	PORCENTAJE
< 6 MESES	7	23%
> 6 MESES	4	14%
>1AÑO	7	23%
> 2 AÑOS	6	20%
> 3 AÑOS	4	13%
> 4 AÑOS	2	7%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Investigador. Fuente: Encuesta pacientes.

GRÁFICO N° 6



Elaborado por: Investigador. Fuente: Encuesta pacientes.



**Análisis y Discusión:** De la población estudiada, el 60% (18 pacientes), llevan menos de 2 años con Insuficiencia Renal Crónica, de los cuales el 23% (7) conviven con la enfermedad por un corto período de tiempo, menor a 6 meses. Dicha estadística se vuelve preocupante porque cada día aumenta la incidencia de esta patología, conforme se describe en la contextualización de esta investigación, al referirnos sobre su epidemiología. Sin embargo, el 40% (12 pacientes), han permanecido por más de 2 años con esta enfermedad renal; indicándonos la posibilidad de convivir con la misma, por largos períodos de tiempo, tomando en cuenta los diversos factores que en ella implica. Con lo que se muestra además, la clara necesidad de apoyo tanto psicológico como social, para que los pacientes puedan sobrellevar la enfermedad que les ha tocado vivir.

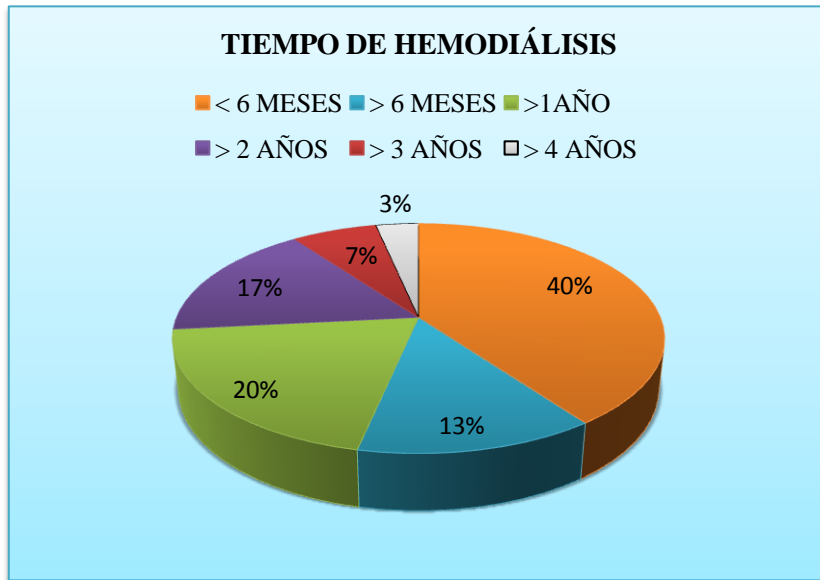
#### 4.1.2.3 TIEMPO QUE LLEVAN REALIZÁNDOSE HEMODIÁLISIS COMO TRATAMIENTO PARA LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.

**TABLA N° 7 Tiempo de hemodiálisis**

<b>TIEMPO DE HEMODIÁLISIS</b>		
<b>TIEMPO</b>	<b># PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>&lt; 6 MESES</b>	12	40%
<b>&gt; 6 MESES</b>	4	13%
<b>&gt;1AÑO</b>	6	20%
<b>&gt; 2 AÑOS</b>	5	17%
<b>&gt; 3 AÑOS</b>	2	7%
<b>&gt; 4 AÑOS</b>	1	3%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Elaborado por: Investigador. Fuente: Encuesta pacientes.**

## GRÁFICO N°7



**Elaborado por: Investigador. Fuente: Encuesta pacientes.**

**Análisis y Discusión:** Al analizar este gráfico podemos deducir que el 73% (22) de pacientes, se encuentran en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis por un período de tiempo menor a 2 años, correlacionándose con el cuadro anterior, de los pacientes que llevan menos de 2 años desde el diagnóstico de su enfermedad.

Considerando además que el 40% de pacientes, se encuentran en tratamiento hemodialítico menos de 6 meses, y que se encuentran en el período de adaptación al tratamiento, se considera una vez más la necesidad de brindar apoyo a todos estos pacientes.

### 4.1.3 CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS

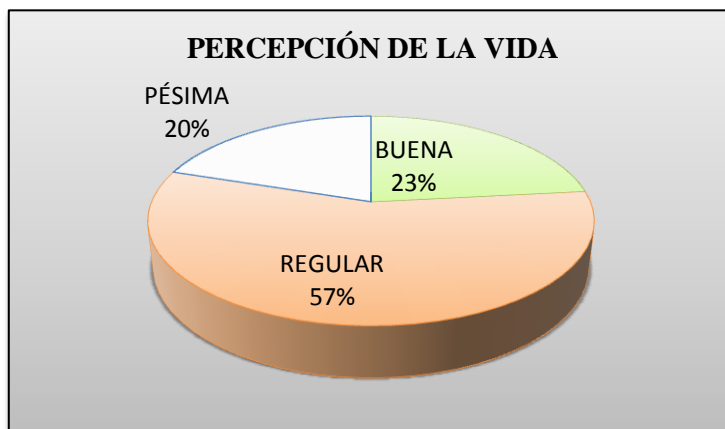
#### 4.1.3.1 COMO PERCIBE SU VIDA DESDE QUE LE DIAGNOSTICARON IRC Y SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS?.

TABLA N° 8 Percepción de la vida.

PERCEPCIÓN DE LA VIDA		
PERCEPCIÓN	# PACIENTES	PORCENTAJE
BUENA	7	23%
REGULAR	17	57%
PÉSIMA	6	20%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Investigador. Fuente: Encuesta pacientes.

GRÁFICO N° 8



Elaborado por: Investigador. Fuente: Encuesta pacientes.

**Análisis y Discusión:** El 57% de los pacientes incluidos en esta investigación; perciben su vida como regular, describiéndonos de esta manera que su calidad de vida se encuentra en un estado cuyo valor es negativo, y con lo que se muestra la clara

importancia de ayudar a mejorar este sentido de vida en el que están inmiscuidos, para que puedan sobrellevar la enfermedad, y al final, el pronóstico de vida sea aceptado y bueno para el paciente. Con respecto al 23% de la población que percibe la vida como buena, es una minoría, indicándonos también la imperiosa necesidad de apoyo hacia estos pacientes, de modo que les permita obtener una mejor calidad de vida. Y si tomamos en cuenta la percepción más baja, representada en este gráfico como pésima, se profundiza aún más esta necesidad.

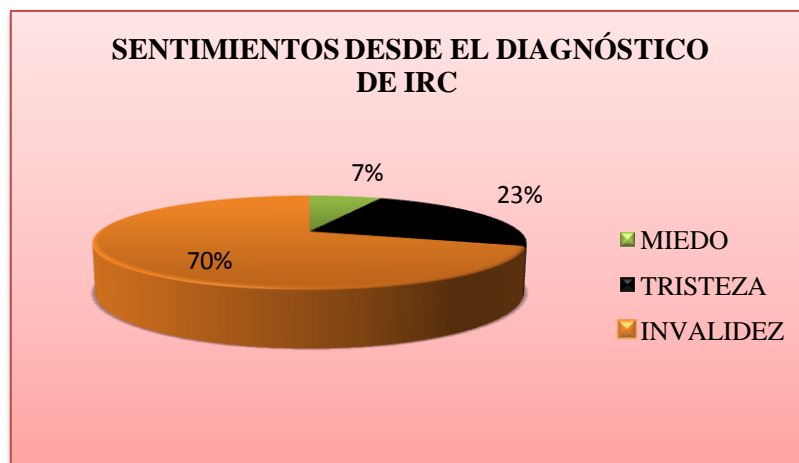
**4.1.3.2 DESDE QUE LE DIAGNOSTICARON IRC. USTED SE HA SENTIDO CON:**

**TABLA N° 9**

<b>SENTIMIENTOS DESDE EL DIAGNÓSTICO DE IRC</b>		
	<b>#PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>MIEDO</b>	2	7%
<b>TRISTEZA</b>	7	23%
<b>INVALIDEZ</b>	21	70%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Investigador. Fuente: Encuesta pacientes.

**GRÁFICO N° 9**



Elaborado por: Investigador. Fuente: Encuesta pacientes.

**Análisis y Discusión:** El sentimiento mayor identificado por los pacientes, es la invalidez que abarca el 70%, desde el diagnóstico de IRC y la instauración del tratamiento sustitutivo. Seguido por la tristeza y el miedo; indicándonos que los pacientes, se sienten incapaces de continuar o cumplir con las actividades que estaban acostumbrados a realizar, y al mismo tiempo están invadidos de tristeza que sin lugar a duda, ahonda más esta incapacidad individual. Y cabe mencionar además que el miedo, aunque en menor medida (7%) refuerza más a que la persona se sienta inválida. Por lo que si no se interfiere o modifica estos pensamientos y sentimientos negativos, no habrá el bienestar que los pacientes necesitan para vivir con una enfermedad crónica y a la que además, necesitan acostumbrarse.

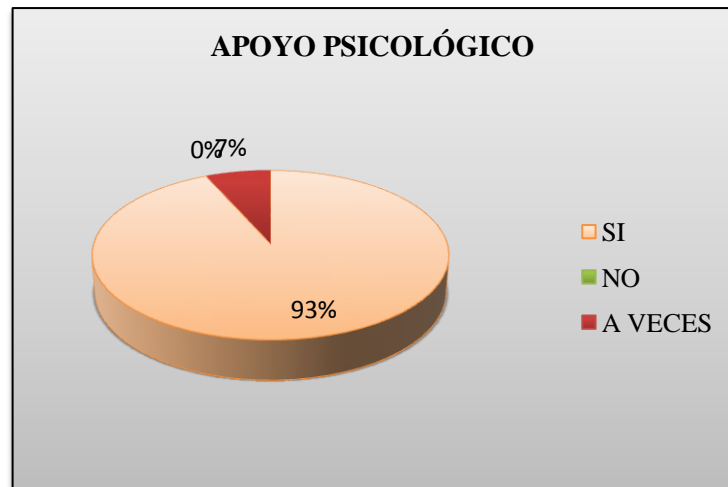
#### **4.1.3.3 DURANTE SU ENFERMEDAD RENAL Y TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS, HA RECIBIDO APOYO PSICOLÓGICO? Indique cuál.**

**TABLA N° 10 Apoyo psicológico**

<b>APOYO PSICOLÓGICO</b>		
	<b># PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SI</b>	28	93%
<b>NO</b>	0	0%
<b>A VECES</b>	2	7%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Elaborado por: Investigador. Fuente: Encuesta pacientes.**

**GRÁFICO N°10**



Elaborado por: Investigador. Fuente: Encuesta pacientes.

**Análisis y Discusión:** Es claro mediante este gráfico que los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y en tratamiento con hemodiálisis que son atendidos en el HPDA, si reciben apoyo psicológico, únicamente el 7% de la población estudiada responde a que no siempre reciben este apoyo. Sin embargo si relacionamos con el cuadro anterior de los sentimientos referidos por estos pacientes y con el cuadro de la percepción individual de su vida, no todos son positivos, por lo que se considera que este apoyo psicológico no es muy efectivo y es aquí donde se debe trabajar exhaustivamente, para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

**TABLA N°11 Tipo de apoyo psicológico.**

TIPO DE APOYO PSICOLÓGICO		
	# PACIENTES	PORCENTAJE
EJERCICIOS FISICOS	1	3%
CONFERENCIAS	29	97%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Investigador. Fuente: Encuesta pacientes.

**GRÁFICO N°11**



Elaborado por: Investigador. Fuente: Encuesta pacientes.

**Análisis y Discusión:** De acuerdo al tipo de apoyo psicológico brindado a estos pacientes, 29 refieren, que son charlas (97%), y tan solo un paciente refiere que además de la charla realiza ejercicios físicos, sin embargo y como se describe en el cuadro anterior, este tipo de charlas, no resultan muy efectivas para los pacientes, porque a pesar de esta ayuda, se sienten inválidos, tristes, y refieren una calidad de vida regular.

#### **4.1.4 CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS**

##### **4.1.4.1 POSEE LOS SUFICIENTES RECURSOS ECONÓMICOS PARA SOLVENTAR EL TRATAMIENTO DE SU ENFERMEDAD?**

**TABLA N° 12 Recursos económicos.**

<b>RECURSOS ECONÓMICOS SUFICIENTES</b>		
	<b>#PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SI</b>	26	87%
<b>NO</b>	4	13%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Investigador. Fuente: Encuesta pacientes.

**GRÁFICO N° 12**



**Elaborado por: Investigador. Fuente: Encuesta pacientes.**

**Análisis y Discusión:** El 87% de la población estudiada, posee los suficientes recursos económicos para solventar el tratamiento de su enfermedad renal. Sólo el 13% considera una economía insuficiente.

No obstante, este porcentaje se relaciona únicamente con el tratamiento de hemodiálisis, dato que se puede justificar por la ayuda Gubernamental que reciben estos pacientes en la actualidad, ya que en épocas anteriores la situación era diferente, como se cita en la contextualización de esta investigación; por lo que se incita a que se continúe con esta ayuda, para que junto con el mejor apoyo psicológico que se dedique a esta población, puedan tener una calidad de vida aceptable.



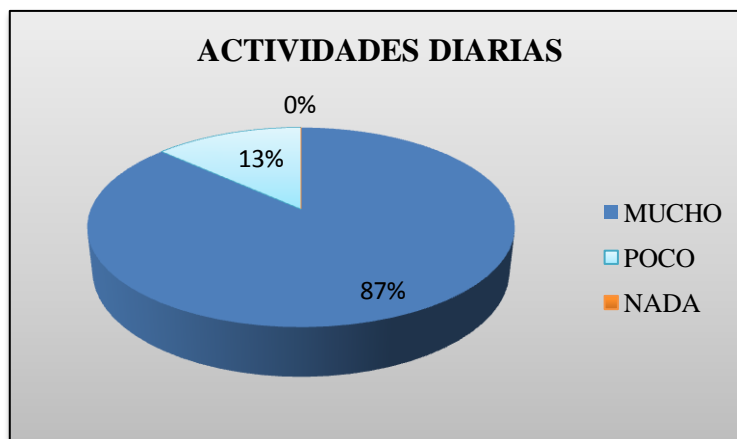
#### 4.1.4.2 CUANTO HAN CAMBIADO SUS ACTIVIDADES DIARIAS DESDE QUE SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS?

**TABLA N° 13 Actividades diarias.**

ACTIVIDADES DIARIAS		
	# PACIENTES	PORCENTAJE
MUCHO	26	87%
POCO	4	13%
NADA	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Investigador. Fuente: Encuesta pacientes.

**GRÁFICO N°13**



Elaborado por: Investigador. Fuente: Encuesta pacientes.

**Análisis y Discusión:** Las actividades diarias de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y que se encuentran en tratamiento con hemodiálisis regular, son muy afectadas, demostrándose en este gráfico por la alteración de estas actividades en 26 pacientes (87%), el 13% refiere que sus actividades diarias son poco perturbadas; y al demostrarse que ningún paciente considera que sus actividades diarias no hayan sido

alteradas con el padecimiento de esta enfermedad, se corrobora la necesidad del apoyo social para que estos pacientes, que forman parte o son dependientes de una familia, o peor aún si la familia depende de ellos, sean de alguna manera solventados en sus mayores necesidades.

#### 4.1.5 CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

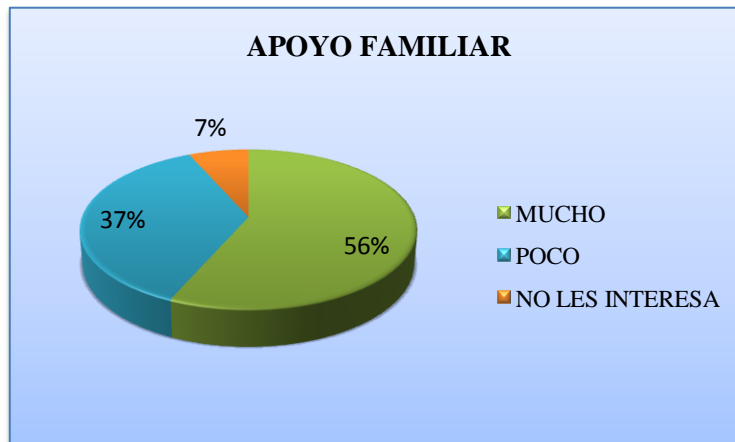
##### 4.1.5.1 CUÁNTO LE HA APOYADO SU FAMILIA DURANTE SU ENFERMEDAD?

**TABLA N° 14 Apoyo familiar.**

<b>APOYO FAMILIAR</b>		
	<b># PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>MUCHO</b>	17	56%
<b>POCO</b>	11	37%
<b>NO LES INTERESA</b>	2	7%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: Investigador. Fuente: Encuesta pacientes.

**GRÁFICO N° 14**



Elaborado por: Investigador. Fuente: Encuesta pacientes.

**Análisis y Discusión:** El apoyo de los familiares a los pacientes que padecen una enfermedad crónica, es muy importante, porque además del tiempo que tienen que convivir con sus dolencias, se vuelven dependientes de la familia (Alfonso Urzúa, 2011). Claramente se demuestra en el gráfico, que el 56% (17 pacientes) reciben mucho apoyo por parte de sus familiares. Sin embargo hay que tomar en cuenta también que el 37% reciben poco apoyo, e incluso existe un porcentaje mínimo (7%), que menciona que no son interesados por sus familiares; afectando aún más la percepción de la calidad de vida que lleva cada paciente. Y por lo que reiteradamente se hace necesaria, la ayuda tanto a los pacientes y en este caso también a sus familiares para que juntos puedan sobrellevar esta dolencia.

#### **4.1.6 CONTROLES MÉDICOS**

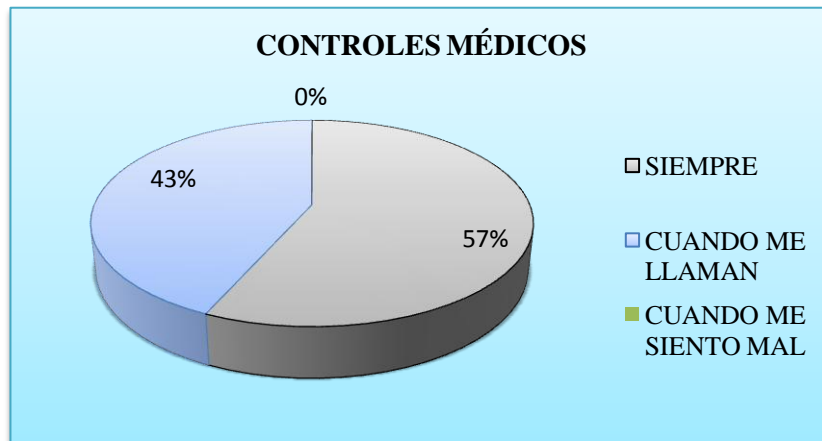
##### **4.1.6.1 ACUDE A CONTROLES CON EL MÉDICO.**

**TABLA N° 15 Controles médicos**

<b>CONTROLES MÉDICOS</b>		
	<b># PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SIEMPRE</b>	17	57%
<b>CUANDO ME LLAMAN</b>	13	43%
<b>CUANDO ME SIENTO MAL</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Elaborado por: Investigador. Fuente: Encuesta pacientes.**

**GRÁFICO N° 15**



**Elaborado por: Investigador. Fuente: Encuesta pacientes.**

**Análisis y Discusión:** El 57%, de la población investigada (17 pacientes), acuden siempre a controles médicos, el otro 43% acude cuando le llaman; lo que indica a su vez, que el manejo de estos pacientes, está netamente realizado por profesionales en salud, y además se muestra, el interés tanto de los enfermos como de los profesionales, hacia la recuperación del estado de salud del paciente enfermo renal.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 CONCLUSIONES

Una vez terminada la investigación, se concluye que:

1. Los factores psicosociales y la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, se relacionan de forma directa, es decir que mientras existan dichos factores, y dependiendo de su influencia en cada persona, variará el sentido de su calidad de vida; además, dicha relación está determinada por el tiempo de duración del tratamiento sustitutivo “hemodiálisis”, ya que mientras menor es el tiempo, mayor es la afectación de la calidad de vida, entendiendo ésta última según la apreciación individual del paciente, como la afectación importante de su salud. Así como se puede determinar también, que la población mayormente afectada por esta patología son los hombres, y el grupo de edad comprendido entre los 40 a 75 años.
2. Los principales factores psicológicos que afectan la calidad de vida de estos pacientes son, los sentimientos negativos de invalidez, tristeza y miedo en orden descendente de frecuencia; a pesar del apoyo mediante charlas que poseen, relacionándose también con el apoyo familiar, que claramente en esta investigación nos indica que si bien hay este beneficio, no es total ni lo reciben todos. Y dentro del principal factor social que tiene que ver con la calidad de vida, se encuentra la alteración de las actividades diarias de los pacientes que tienen que acoplarse a un ritmo de vida muy diferente al que estaban acostumbrados.

3. La situación actual entre los factores psicosociales y la calidad de vida, está determinada por la mayor afectación hacia el sexo masculino, y al grupo de personas adultas mayores y de la tercera edad, mostrándonos una vez más la vulnerabilidad de esta población, sin embargo no se puede echar de menos a la población adulta joven que también se incluye dentro de este contexto, afectando de alguna manera a la productividad social; además la investigación nos demuestra que, a pesar del tratamiento que se instaure para superar la enfermedad, y del apoyo tanto psicológico como económico que reciben estos pacientes, no son del todo eficaces, ni efectivos, por lo que la calidad de vida que es percibida por el propio paciente es regular.
4. Entonces tomando en cuenta las anteriores conclusiones, propongo instaurar un programa de intervención social y psicológico, que contribuya a mejorar la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y que se encuentran en tratamiento con hemodiálisis, debido a que, como ya se mencionó anteriormente, si bien existe este apoyo tanto psicológico como social, se demuestra que no es muy efectivo ni eficaz.

## **5.2 RECOMENDACIONES**

1. A los estudiantes de medicina que se interesen más por la investigación científica, que sin lugar a duda, nos dejan muchas enseñanzas, y que a su vez nos ayudará mucho en la vida profesional.
2. A los profesionales involucrados en la atención y manejo de estos pacientes, que fijen mayor interés, hacia la parte tanto psicológica, como social de cada paciente, debido a que si no es lo más relevante, es lo más importante, para que el paciente perciba una buena calidad de vida.

3. Al personal que forma parte de este proceso de elaboración de los trabajos de investigación, que los tutores designados a cada estudiante formen parte de la investigación, desde el principio de la elaboración del trabajo.
4. A los directivos de la universidad que los seminarios de graduación se realicen con docentes que estén dispuestos a formar parte de la investigación, sabiendo las posibles complicaciones que se puedan suscitar.
5. Alas personas que forman parte del Ministerio de Salud Pública y a sus directivos, que no desfallezcan ante la situación actual que se está presentando en el campo de la salud, debido a que hay mucho todavía por mejorar, en cuanto se refiere a la calidad de vida de la población en general.
6. Y al Gobierno Nacional que aunque la salud en la actualidad es más tomada en cuenta, aún falta muchísimo camino por recorrer, guiado hacia el bienestar de las personas que tienen afectado su estado de salud.

## **CAPITULO VI**

### **LA PROPUESTA.**

#### **6.1.TEMA**

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SOCIAL Y PSICOLÓGICO, ORIENTADO HACIA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS REGULAR.

#### **6.2. ANTECEDENTES**

Los avances en la tecnología de los tratamientos sustitutivos para la Insuficiencia Renal Crónica, garantizan la supervivencia de los enfermos, pero no necesariamente se traducen en un completo bienestar físico, emocional y social (García y Calvanese, 2008).

El interés por la calidad de vida existe desde la época de los antiguos griegos. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la introducción en ámbitos como la sanidad es relativamente reciente. (Alcario, 2010) La OMS define el término, como la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro de un contextocultural en que vive y en relación a sus expectativas, valores e intereses. Es un concepto tridimensional de muy difícil medición. Es por eso que el tratamiento de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, debe ir orientado a conseguir una calidad de vida óptima y no sólo a conseguir una estabilidad en los criterios clínicos.

Rodríguez, Campillo y Avilés (2006) señalan que la Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad que afecta el estado emocional, económico, social y de salud del paciente, ya que al ingresar a los programas de terapia de reemplazo renal se ve obligado a someterse a un estricto tratamiento y debe modificar por completo su vida



social; las múltiples canulaciones, la dieta, la restricción de líquidos, las técnicas dolorosas, la pérdida de la esperanza en un trasplante renal y en muchos casos el abandono familiar, afectan notablemente al paciente, disminuyen su colaboración en el tratamiento y hacen que manifieste una actitud negativa hacia el proceso de diálisis. Estos factores tanto psicológicos como sociales provocan emociones en el paciente, que según Álvarez (2002), se basan en la elaboración de la información sobre la afectividad y en la manera en que esto repercuteen sus procesos cognitivos; así, al presentarse una emoción negativa, se espera que sea acompañada también por pensamientos negativos. Esta expresión emocional es la manera en que las personas determinan su calidad de vida.

Otro factor relevante que se relaciona con la calidad de vida, es el soporte social, el cual ha sido caracterizado de formas muy variadas según diversos autores. House (1981), por ejemplo, lo define como una transacción interpersonal que involucra interés emocional, ayuda instrumental, información y valoración. Bravo y Serrano (1997), como la descripción de los lazos que unen a las personas, por medio de los cuales se manifiesta solidaridad y ayuda. Páez y cols. (1993) lo describen como la existencia de relaciones con un significado de apoyo emocional, informacional y material, y no solamente como la inserción objetiva en una red social. Taylor (1999) aduce que los grupos de apoyo social representan un recurso para el enfermo crónico, pues en ellos se dialoga sobre los problemas ocasionados por la misma enfermedad y se ofrece información sobre cómo otros los han afrontado exitosamente. Puede decirse que el soporte social no sólo refiere a pertenecer a un grupo con algún interés en común o recibir apoyo material proveniente de este mismo, sino más bien en cómo la persona concibe ese nivel de pertenencia y aprovecha eficazmente los recursos que el grupo, familia, amigos, compañeros de trabajo, personal de salud, etc. le brinda. (Alcario, 2010)

Dentro de los aspectos negativos del proceso de hemodiálisis se encuentran una obligada limitación física y numerosas respuestas emocionales negativas (depresión,

miedo, etc.), por lo que los pacientes señalan que no son capaces de realizar algunas de las actividades que hacían antes y sentirse cansados la mayor parte del tiempo (White y Grenyer, 1999).

Tomando en cuenta estos antecedentes, y una vez que se ha llegado a la conclusión, de que los factores psicosociales y la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, se relacionan de forma directa, es decir que mientras existan dichos factores, y dependiendo de su influencia, variará el sentido de calidad de vida percibida por cada individuo, se propone que la mejor alternativa para mejorar esta calidad de vida, es intervenir en estos principales factores.

Frente a este problema importante de salud se ha formulado un programa de intervención social y psicológico, en el que no sólo se incluya al paciente, sino también a sus familiares, ya que de una u otra forma son parte de la dolencia del paciente.

Una organización de esta naturaleza tiene dos funciones básicas: estructurar este programa dirigido a los pacientes y familiares, para apoyarles en el manejo de su enfermedad, y educarlos para que mejore su calidad de vida.

### **6.3.JUSTIFICACIÓN**

Se propone este programa de intervención social y psicológico, para mejorar la calidad de vida de estos pacientes debido a que:

- Si existe apoyo psicológico, este no es tan efectivo, para los pacientes, y peor aún para sus familiares.
- En cuanto al factor social, si bien es más efectivo, no deja de ser importante, en relación con la calidad de vida de estos pacientes con IRC.

- La conveniencia de establecer este programa de intervención, como parte del manejo integral de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis.
- La participación de estudiantes tanto de la carrera de Medicina como de Psicología, con el fin de ayudar no solo a los pacientes, sino también a la formación de dichos estudiantes.
- Y sobre todo precautelar tanto la salud física como mental, del paciente con Insuficiencia Renal Crónica.

#### **6.4. OBJETIVO GENERAL:**

**PROPONER** un programa de intervención social y psicológico, para mejorar la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis.

#### **6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD**

La propuesta es factible, porque se dispone del material adecuado para realizar esta intervención dirigida a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, y que se encuentran en tratamiento con Hemodiálisis. Además de que la institución, donde se va a ejecutar la propuesta, cuenta con el personal capacitado, con la predisposición de los pacientes, y con la colaboración de quienes lo aprueben, se insistirá en su ejecución, porque el apoyo que necesitan estos pacientes es muy importante para mejorar su calidad de vida, y sobre todo porque es responsabilidad tanto de los profesionales de la salud, como de las otros profesionales.

## **6.6. UBICACIÓN SECTORIAL Y FÍSICA**

La propuesta se va a realizar en el área de Medicina Interna del HOSPITAL GENERAL DOCENTE AMBATO. Ubicado en la provincia de Tungurahua, en la ciudad de Ambato, parroquia La Merced, en la Av Pasteur y Unidad Nacional.

## **6.7. SOPORTE TEÓRICO DE LA PROPUESTA**

Para comprender mejor los alcances de la propuesta conviene aclarar algunas concepciones teóricas necesarias:

### **6.7.1 PROGRAMA.**

Es un instrumento rector derivado de la planificación institucional, destinado al cumplimiento de las funciones de una organización, por el cual se establece el orden de actuación, así como los objetivos o metas, cuantificables o no (en términos de un resultado final), que se cumplirán a través de la integración de un conjunto de esfuerzos y para lo cual se requiere combinar recursos humanos, tecnológicos, materiales y financieros; especifica tiempos y espacio en los que se va a desarrollar y atribuye responsabilidad a una o varias unidades ejecutoras debidamente coordinadas. (Larousse, 2009)

Es una estructura para obtener objetivos más específicos que los del plan y por lo tanto tiene mayor precisión de las acciones y de los recursos para su realización. Es el segundo nivel operativo de la planeación en Trabajo Social.

Un programa es el marco de referencia específico para uno o varios de los objetivos generales que contempla un Plan. Sus objetivos son específicos y determinan prioridades de intervención. Integra proyectos que se desarrollan de forma simultánea o sucesiva. Se formulan a medio plazo. (Peña, 3 diciembre 2009)

En conclusión un programa es, el segundo nivel de organización, y consiste en el conjunto estructurado e integrado de estrategias que forman parte de un mismo plan. Un programa es una actuación más concreta que un plan, con unos objetivos más definidos, y de una duración más corta.

### **6.7.2 PROGRAMA DE SALUD.**

Un programa de salud es un conjunto de acciones implementadas por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población. De esta forma, las autoridades promueven campañas de prevención y garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención.

Por lo general, un programa de salud consta de diversas partes. En principio, se plantea una introducción, con los antecedentes y la misión que cumplirá el programa. Después se realiza un diagnóstico de la situación actual, que puede incluir una síntesis de evaluación de planes similares que se hayan desarrollado con anterioridad. Tras el diagnóstico, se presenta el plan (con la programación de actividades) y, en ocasiones, también se detallan las conclusiones respecto a los resultados que se esperan conseguir.

Por lo tanto, el programa de salud es un instrumento para operacionalizar las políticas de salud a través de la planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud. (Venezuela, 2010)

### **6.7.3 INTERVENCIÓN SOCIAL**

Nace como consecuencia del deseo de mejorar la realidad en la que vivimos. Plantea procesos de ejecución y concretar recursos. Define objetivos operativos. Es una intervención que tiene como misión la de prever, orientar y preparar bien el camino de lo que se va a hacer.

El ambiente social es un factor muy importante tener en cuenta en la salud y el bienestar de los individuos. Y tiene un efecto muy positivo el recibir apoyo social como medio para afrontar los sucesos vitales negativos, es decir, cuanto mayor sea el apoyo que recibe y percibe una persona en forma de relaciones sociales, mejor será su calidad de vida.

Hay dos teorías que explican el efecto del apoyo social:

La teoría del efecto principal, en la que el apoyo social actúa como variable antecedente, es decir, el disponer de una red de ayuda conlleva un sentimiento de control sobre su situación. Y la teoría del efecto amortiguador, en la que el apoyo social actúa como variable intermedia, protege a los individuos de los efectos negativos del estresor favoreciendo los procesos de afrontamiento y aceptación.

#### **6.7.4 INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**

La insuficiencia renal crónica (IRC), es una enfermedad grave, en la que la posibilidad de la muerte está presente y es real; dicha razón y otras peculiaridades de la enfermedad hacen que el paciente se vea sometido a sufrir un cambio estructural profundo de su personalidad.

Ante dicha realidad se debe contar con un programa de intervención asistencial que abarque no solo el plano del diagnóstico y tratamiento del paciente; sino que incluya el de la familia, especialmente el del cuidador principal y el del equipo asistencial. Este último se encuentra sometido a fuentes de riesgos, sufrimientos, de estrés; que si no se controlan, TODOS (paciente, familia, equipo de trabajo) enfermarán. El fin de la intervención psicológica, es que el paciente asimile de manera menos estresante su nueva realidad. (Hernández, 2009)

Por lo que los programas de intervención deben considerar no solo los factores relacionados con el enfermo renal, tales como son su historia personal, sino también

las fuentes de apoyo y las necesidades propias de la población, resaltando que la calidad de vida del mismo, puede beneficiarse de la intervención sobre la red de apoyo, es decir, del entorno social próximo, familiares, profesionales, instituciones, vecindarios, voluntarios, entre otros (Fernández, 1992).

Una buena calidad de vida psíquica y social son imprescindibles para una buena calidad de vida del paciente. Una buena calidad de vida psíquica y social facilita la implantación del tratamiento (Margarita Utrillas Sánchez, 2002)

Por lo que mediante esta propuesta se busca mejorar la calidad de vida de estos pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y que se encuentran en tratamiento con hemodiálisis; definiendo a la CALIDAD DE VIDA como:

Un concepto que va más allá de lo físico pues implica valores y actitudes mentales. Su búsqueda es una constante en la vida del hombre desde el comienzo de los tiempos. Poetas y filósofos han intentado definir, explicar, analizar lo que verdaderamente hace feliz al hombre. Porque el sentido de la felicidad no solamente se diferencia en cada persona, sino que se vuelve diferente en cada etapa y hasta en cada momento de la vida de esa misma persona. Un juguete, viajes, amor, juventud eterna, dinero, el hombre ha perseguido a lo largo de la historia esta plenitud a la que llaman felicidad. Pero ésta es solo un instante fugaz que, a veces, justifica nuestra propia existencia. Sin embargo, la calidad de vida es muy semejante a la felicidad y mucho más duradera, cuyo logro depende de cada uno.

La calidad de vida es un estado positivo desde todos los puntos de vista. Es estar en la plenitud, es poder funcionar ciento por ciento. Físicamente, significa encontrarse en buenas condiciones, fuerte, resistente a las enfermedades o poder sobreponerse rápidamente a ellas. Desde el punto de vista psíquico, es poder disfrutar, hacerse cargo de las responsabilidades, combatir la tensión nerviosa y el estrés. Desde el punto de vista emocional, es estar en paz. La persona que mantiene su calidad de vida

es una persona que se siente bien, vigorosa, entusiasmada, con la sonrisa propia del que se siente bien en todas sus dimensiones.

### **6.7.5 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

Es el conjunto estructurado e integrado de estrategias que forman parte de un mismo plan, en el que se actúa de forma más concreta, con unos objetivos más definidos, y de una duración más corta.

### **6.8 MODELO OPERATIVO**

La ejecución de la propuesta se la realizará en varias etapas que se iniciarán posterior a la defensa del estudio, se pondrá a consideración de los médicos tratantes del servicio de Medicina Interna del HPDA, quienes darán el visto bueno para su aplicación, seguidamente se brindara una capacitación al personal de salud ejecutor, e iniciará su aplicación, cada año deberán ser evaluados los resultados obtenidos y en base a lo que permitirá mantener, modificar o retirar el programa de intervención propuesto y sustituirlo por otro que mejore lo anteriormente aplicado en base a estudios futuros.

#### **6.8.1 TABLA N° 16 Programa de intervención para los pacientes**

<b>Etapas</b>	<b>Metas</b>	<b>Actividades</b>	<b>Materiales</b>	<b>Responsable</b>
Recolección del material Recolección de la información Elaboración de materiales.	Difundir y socializar el programa de intervención al 100%	Elaborar trípticos. Preparar exposiciones que incluyan ejercicios mentales y físicos.	Proyector Computadora Pizarrón Marcadores Carteles Sillas, Papel Copias Impresiones	Médico internista Médicos residentes Investigador



<p>Ejecutar el programa de intervención Psicológico y social a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento con hemodiálisis.</p>	<p>Informar 100% acerca de lo que es la IRC y lo que implica su tratamiento. Indicar las posibles complicaciones, la sintomatología, el tiempo que se necesita, y los beneficios del tratamiento hemodialítico.</p>	<p>Preparar exposiciones dinámicas, que incluyan ejercicios mentales y físicos. Formar grupos de trabajo, mismos que sirvan como grupos de auto ayuda.</p>	<p>Proyector Computadora Pizarrón Marcadores Carteles Sillas, Papel Copias Impresiones</p>	<p>Médico internista Psicólogo Investigador</p>
<p>Evaluación del programa de intervención planificado.</p>	<p>Valorar el porcentaje de entendimiento y de bienestar que obtuvo el paciente.</p>	<p>Monitoreo Test de evaluación</p>	<p>Pizarrón Marcadores Papel Esferos Borradores Sillas</p>	<p>Investigador</p>

**Elaborado por: Investigador.**

**6.8.2 TABLA N°17 Programa de intervención para los familiares.**

<b>Etapas</b>	<b>Metas</b>	<b>Actividades</b>	<b>Materiales</b>	<b>Responsable</b>
Reunión de familiares Recolección del material Recolección de información Elaboración de materiales	Difundir y socializar el programa de intervención al 100%	Elaborar trípticos. Elaborar fichas.	Proyector Computadora Pizarrón Marcadores Carteles Sillas, Papel Copias Impresiones	Médico internista Médicos residentes Investigador
Ejecutar el programa de intervención Psicológico y social dirigido a los familiares de los pacientes con IRC y que están sometidos a hemodiálisis.	Informar en un 100% acerca de lo que es la IRC y lo que implica su tratamiento. Las repercusiones que van a tener los pacientes, tanto en lo físico, psíquico y social.	Preparar exposiciones dinámicas, que incluyan ejercicios mentales y físicos. Elaborar fichas con temas que incluyan la salud, el problema, la función renal, la insuficiencia renal.	Proyector Computadora Pizarrón Marcadores Carteles Sillas, Papel Copias Impresiones	Médico internista Psicólogo Investigador
Evaluación del programa de intervención planificado.	Valorar el Porcentaje de entendimiento y bienestar que obtuvieron los familiares.	Monitoreo Test de evaluación	Pizarrón Marcadores Papel Esferos Borradores Sillas	Investigador

**Elaborado por: Investigador.**

## **6.9 ADMINISTRACIÓN**

La propuesta se la realizará en el área de Medicina Interna del HPDA, con la participación del personal médico, estudiantes de Medicina, Psicología, enfermeras de la institución, quienes son el personal encargado de brindar información y atención personalizada a cada uno de estos pacientes. Y quienes recibirán una capacitación previa para que tengan las bases suficientes sobre el tema, y puedan llevar a cabo de forma adecuada la intervención. por consiguiente los pacientes puedan mejorar su percepción acerca de su calidad de vida.

Y al final, evaluar a los pacientes mediante encuestas, para comparar con datos porcentuales el cumplimiento de metas en estos pacientes en los que se ha realizado la investigación, y a los que se ha dirigido esta propuesta, ya sea por el investigador o por otro delegado quien la continúe, según creyere conveniente las autoridades administrativas de la Institución de Salud antes mencionada.

## 6.10 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

**TABLA N°18**

<b>PREGUNTAS BÁSICAS</b>	<b>EXPLICACIÓN</b>
<b>¿Quiénes solicitan evaluar?</b>	Facultad ciencias de la salud Carrera de medicina
<b>Para que evaluar?</b>	Mejorar la calidad de vida de estos pacientes.
<b>Por qué evaluar?</b>	Por analizar si es o no efectivo el programa propuesto, en este tipo de población.
<b>Qué evaluar?</b>	Percepción de la vida Alteraciones psicológicas Alteraciones sociales Apoyo familiar
<b>Quién evalúa?</b>	Investigador
<b>Cuándo evaluar?</b>	De forma general cada 6 meses.
<b>Cómo evaluar?</b>	Mediante encuestas a pacientes y familiares
<b>Con qué evaluar?</b>	Cuestionario

**Elaborado por: Investigador.**

## 1.- BIBLIOGRAFÍA

1. Alfonso Urzúa, R. P. (2011). Factores Psicosociales Relacionados con la Calidad de Vida en Salud en pacientes hemodializados. *TERAPIA PSICOLÓGICA, Vol 29 N°1*, 135-140.
2. Callahan M, D. K. (2000). Taking a closer look at dialysis and depression. *Med Int Mex*, 4-8.
3. Cunha Franco, T. Z. (2011). Evaluación de la calidad de vida de pacientes de insuficiencia renal crónica en diálisis renal. *Enfermería Globa*, 158-164.
4. Farreras Rozman, D. t. (2000). *medicina interna*,. España : Décimo tercera edición.
5. Hernández, M. J. (2009). ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL PACIENTE EN INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL. *Psicología*, 1-4.
6. Hernando. (2006). *Epidemiología, Insuficiencia Renal Crónica*. Colombia : Médica Panamericana.
7. J. RodésTeixidor, J. G. (1997). *Medicina interna*. España: EDIM.
8. Larousse. (2009). *Diccionario Enciclopédico, Vox I*. España: Editorial, S.L.

9. Offarm. (2006). Programas de educación para la Salud. *Offarm*, 57-82.
10. Pastor Plúa Villacrés, N. I. (2001). *Urología práctica*. QUITO: EDIMEC, Primera Edición.
11. Ramos, D. L. (2012). *Epidemiología*. Ambato: Base de Datos.
12. Rodrigo Cantú Guzmán, B. U. (2011). Suceso vital y factores psicosociales asociados, el caso de pacientes con insuficiencia renal. *Psicología y Salud*, Vol. 21, Núm. 1, 92-102.
13. Stefano Vinaccia, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *ISSN: 1794-9998 / Vol. I / No. 2*, 125-137.
14. Velarde JE, Á. F. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública de México*, 349-361.

## **LINKOGRAFIA**

15. ANEMIA. (2004). *Sedyt.org*, 3-30.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S16572672006000300005&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S16572672006000300005&script=sci_arttext&tlng=pt)

16. Álvarez, F. V. (2001). CALIDAD DE VIDA. *PSICOLOGY*, 130-290.  
<http://www.revistanefrologia.com/revistas/P7-E110/P7-E110-S140-A2604.pdf>
17. Epidemiología. (2010). EPIDEMIOLOGÍA.  
*enfermedad+renal+cronica%2BECUADOR*, PA191.
18. <http://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=LfvX3WgYsNIC&oi=fnd&pg=PA191&dq=epidemiologia+%2B+enfermedad+renal+cronica%2BECUADOR&ots=huuDIRS3oy&sig=aYfTLQwOhbvD1yi7SNyUKQY#v=onepage&q=epidemiologia%20%2B%20enfermedad%20renal%20cronica%2BECUADOR&f=false>. (23 de 02 de 2007).  
 epidemiologia+%2B+enfermedad+renal+cronica. *books.google.com.ec*, pág. PA191&dq.
19. IRC ECUADOR, 2008 Marzo. *www.eluniverso.com*, pág. E8D4B087
20. Venezuela, M. d. (2010). *www.programas-de-salud-del-ministerio-de-salud-venezuela-.maiquiflores*.

## **CITAS BIBLIOGRAFICAS**

21. Alcario, A. S.-P.-A. (2010). Calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento con diálisis. *Revista Sociedad Española de Enfermedades Nefrológicas*, 155-160.

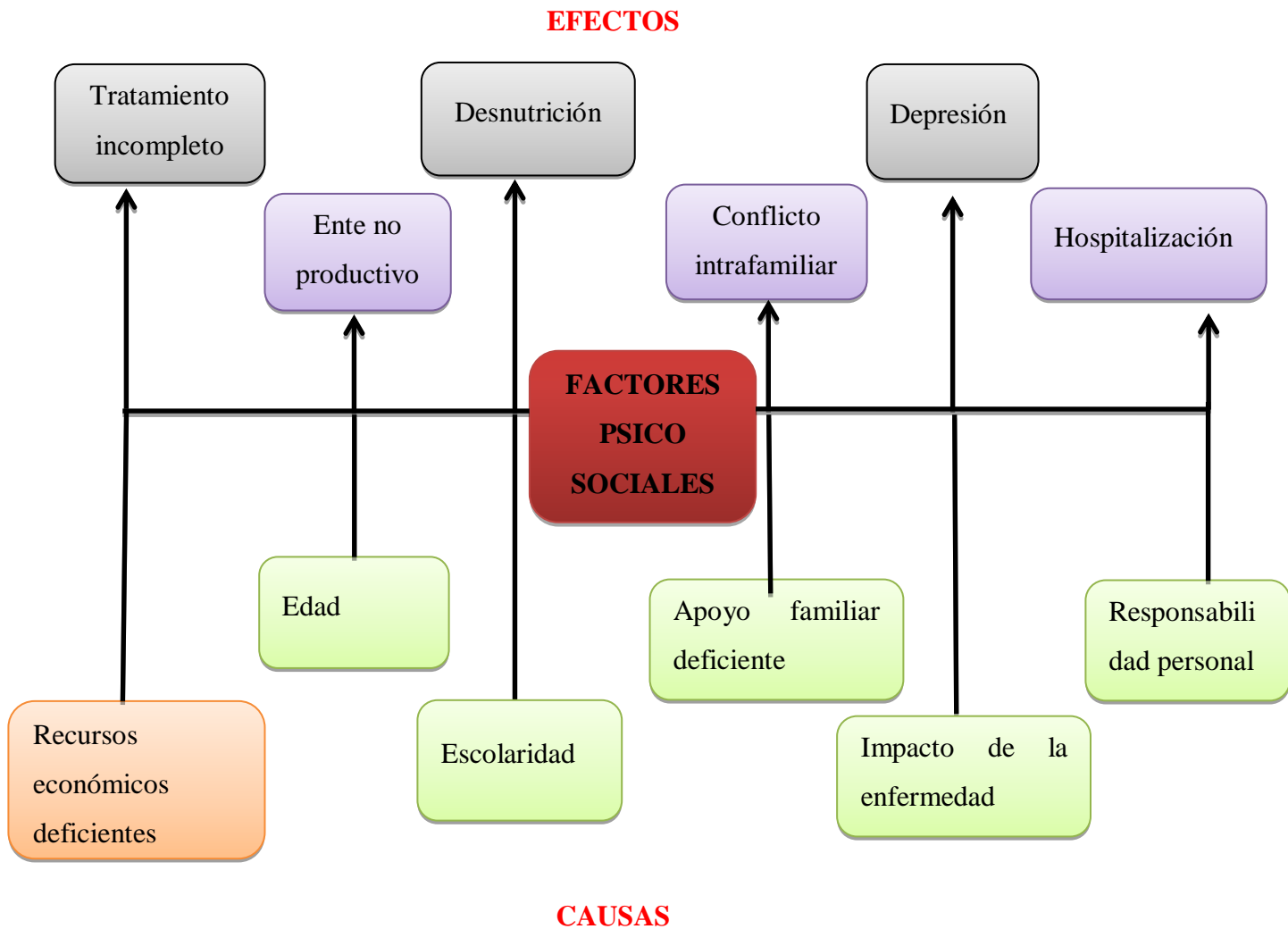
22. Borrero, V. &, & Lobo., G. &. (2003). HEMODIÁLISIS. *NEFROLOGY*, 110-145.
23. Margarita Utrillas Sánchez, E. M. (2002). El apoyo psicosocial al paciente renal. *Rev. Soc. Esp. Enfermería Nefrológica*, nº 18, 65-67.
24. M. Rodrigues Fructuoso, R. C. (2011). Quality of life in chronic kidney disease. *Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología*, 91-96.



2.- ANEXOS

#1

ÁRBOL DE PROBLEMAS.



## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

2012

Tiempo Actividades	oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Marz	Abr			
1.- Seminario de Graduación	—————									
2.- Elaboración del Proyecto		—————								
3.- Recolección de información				—————						
4.- Procesamiento de Información					—————					
5.- Redacción del informe					—————					
6.- Aprobación de la Tesis						—————				
7.- Calificación de la tesis							—————			
8.- Defensa de la Tesis										
9.- Defensa de Tesis										
10.-Aplicación de la propuesta			—————							
11.-Evaluación de la propuesta							—————			

## RECURSOS ECONÓMICOS

<b>CUADRO DE GASTOS A OPERARSE EN EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN Y EN LA PROPUESTA A PRESENTARSE</b>		
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>COSTOS</b>	<b>RESPONSABLES</b>
<b>DIAGNÓSTICO</b>  Investigación Encuesta a pacientes	2533.00 \$  20\$	Investigador
<b>SOCIALIZACIÓN</b>  Trípticos y Fichas Exposiciones dirigidas a pacientes y familiares.	20.00\$  40\$	Investigador
<b>EJECUCIÓN</b>  Presentación del programa Exposiciones con información y motivación dirigidas a pacientes y familiares.	20.00\$  40.00\$	Médico internista  Investigador
<b>EVALUACIÓN</b>  Monitoreo Test de evaluación	10.00\$  5.00\$	Familiares  Pacientes  Investigador
<b>COSTO TOTAL</b>	2688.00\$	

## ANEXO 2



**ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL  
CRÓNICA QUE ESTÁN EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS, EN EL  
AREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL  
DOCENTE AMBATO.**

Estimado paciente, de la manera más comedida me permito solicitarle conteste las siguientes preguntas. El mismo que permitirá conocer la realidad vivida por ustedes; por lo que desde ya agradezco su valiosa colaboración.

EDAD:

HCL:

### CUESTIONARIO

**1.- Hace cuánto tiempo le diagnosticaron insuficiencia renal crónica?**

5 Menos de 1 año: (\_\_\_)

6 2 años: (\_\_\_)

7 3 años: (\_\_\_)

8 Más de 3 años: (\_\_\_)

**2. ¿Cuánto tiempo lleva haciéndose hemodiálisis? Escriba en números.**

1. Días (\_\_\_)
2. Meses (\_\_\_)
3. Años (\_\_\_)

**3.- Cómo percibe su vida, desde que se encuentra en tratamiento con hemodiálisis para la Insuficiencia Renal Crónica?**

1. buena (\_\_\_)
2. regular (\_\_\_)
3. pésima (\_\_\_)

**4.- Durante el tiempo que lleva con la enfermedad, ha recibido algún tratamiento psicológico?**

1. Si ( ) \_\_\_\_\_
2. No ( ) \_\_\_\_\_
3. A VECES ( ) \_\_\_\_\_

**SI RESPUESTA ES AFIRMATIVA INDIQUECuál?-----**

**5.-Posee los suficientes recursos económicos para solventar el tratamiento de su enfermedad?**

1. SI: \_\_\_\_\_ 2. NO: \_\_\_\_\_

**6. -¿Cuánto le ha apoyado su familia durante su enfermedad?**

- a) MUCHO (\_\_\_)

b) POCO (\_\_\_)

c) NO LES INTERESA (\_\_\_)

**7.- Desde que le diagnosticaron Insuficiencia renal crónica. Usted se ha sentido con:**

a) Miedo \_\_\_\_\_

b) Tristeza \_\_\_\_\_

c) Invalidez \_\_\_\_\_

**8.- Acude a controles con el médico.**

9 Siempre (\_\_\_)

10 Cuando me llaman (\_\_\_)

11 Cuando me siento mal(\_\_\_\_)

12 Nunca(\_\_\_\_)

**9.- Sus actividades diarias han cambiado desde que se encuentra en tratamiento con hemodiálisis?**

1. Mucho (\_\_\_)

2. Poco (\_\_\_)

3. Nada(\_\_\_\_)

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!