



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

TEMA:

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN LAS RELACIONES
CONYUGALES DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD RENAL CONTIGO
DA VIDA TENA

Trabajo de Graduación previa a la obtención del Título de Licenciada en Trabajo
Social

AUTORA:

Verónica Priscila Guerrero Cobo

TUTOR:

Lcda. Jeanneth Balseca

Ambato – Ecuador

2014

APROBACION DEL TUTOR

En calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN LAS RELACIONES CONYUGALES DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD RENAL CONTIGO DA VIDA TENA, de la Señorita Verónica Priscila Guerrero Cobo, Egresada de la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales de la Universidad Técnica de Ambato, considero que dicho trabajo de Graduación reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a Evaluación del Tribunal de Grado, que el H. Consejo Directivo de la Facultad designe, para su correspondiente estudio y calificación.

Ambato, 3 de Diciembre del 2014.



.....
Lcda. Jeanneth Balseca

TUTORA

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Los Miembros de Tribunal de Grado, APRUEBAN el Trabajo de Investigación sobre el tema: INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN LAS RELACIONES CONYUGALES DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD RENAL CONTIGO DA VIDA TENA, presentado por la Srta. Verónica Priscila Guerrero Cobo de conformidad con el Reglamento de Graduación para obtener el Título Terminal de Tercer Nivel de la U.T.A.

Ambato,.....

Para constancia firman:

.....

Presidente

.....

Miembro

.....

Miembro

AUTORÍA

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN LAS RELACIONES CONYUGALES DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD RENAL CONTIGO DA VIDA TENA, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de responsabilidad de la autora.

Ambato, 3 de Diciembre del 2014.

LA AUTORA



Verónica Priscila Guerrero Cobo

CI. 1500960784

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 esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, 3 de Diciembre del 2014.

LA AUTORA



Verónica Priscila Guerrero Cobo

CI. 1500960784

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi Madre, ser a quien adoro desde lo más profundo de mi corazón por ser artífice en la culminación de mis estudios superiores quien con sus consejos y ayuda me impulso para salir adelante. A mi padre Elio a mis hermanos, Cristina, Elio, Paulina, Belén, a quienes les debo muchas cosas, quienes han vivido de cerca los distintos procesos de mi vida. Para ustedes mis pequeños y queridos sobrinos quienes con su inocencia me han dado hermosos momentos día a día Cristofer, Martin, kiara, Eduarda, Javierito, Camila, Iordana y Mateo.

AGRADECIMIENTO

Primeramente me gustaría agradecer a ti Dios por bendecirme, porque hiciste realidad este sueño anhelado. A la Universidad Técnica de Ambato por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional. A mi Tutora de tesis, Licenciada Jeanneth Balseca por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, experiencia, paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito. También me gustaría agradecer a mis profesores durante todos mis estudios superiores a mis familiares, mis amigas Alondra, Estefany, Estefanía por brindarme su apoyo por sus consejos, su enseñanza y más que todo por su amistad.

Priscila

ÍNDICE GENERAL

PÁG.

Portada.....	i
Aprobación del Tutor.....	ii
Aprobación del Tribunal.....	iii
Autoría de la investigación.....	iv
Cesión de Derechos de Autor.....	v
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Índice general de contenidos.....	viii
Índice de Cuadros.....	xii
Índice de Gráficos.....	xv
Resumen ejecutivo.....	xvii
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Tema.....	3
Planteamiento del problema.....	3
Contextualización.....	3
Análisis crítico.....	11
Prognosis.....	12
Formulación del problema.....	13
Interrogantes.....	13
Delimitación del objeto de investigación.....	13
Justificación.....	14
Objetivos.....	16
Objetivo general.....	16
Objetivos específicos.....	16

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes investigativos.....	17
Fundamentación filosófica.....	26
Fundamentación Psicológica.....	27
Fundamentación legal.....	28
Categorías Fundamentales.....	33
Hipótesis.....	71
Señalamiento de variables.....	71

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Enfoque de la investigación.....	72
Modalidad básica de la investigación.....	72
Nivel o tipo de investigación.....	73
Población y muestra.....	73
Operacionalización de las variables.....	75
Plan de recolección de la información.....	78
Plan de procesamiento de la información.....	78

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Análisis de resultados.....	80
Cruce de Variables	118
Verificación de la hipótesis.....	128

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones.....	134
Recomendaciones.....	135

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

Tema.....	137
Datos informativos.....	137
Antecedentes de la propuesta.....	137
Justificación.....	139
Objetivos de la propuesta.....	141
General.....	141
Específicos.....	141
Análisis de factibilidad.....	141
Fundamentación.....	142
Metodología, Modelo Operativo.....	148
Administración de la propuesta.....	154
Presupuesto y Financiamiento.....	155
Previsión de la Evaluación.....	156
Monitoreo y evaluación de la propuesta.....	157
BIBLIOGRAFIA.....	158
ANEXOS.....	163

ÍNDICE DE CUADROS

	PÁG.
Cuadro No. 1 Población estudiada.....	74
Cuadro No. 2 Estadística poblacional de la provincia.....	74
Cuadro N. 3 Variable Independiente: Insuficiencia Renal Crónica Terminal.	75
Cuadro N. 4 Variable Independiente: Relaciones conyugales.....	76
Cuadro No. 5 Recolección de la información.....	78
Cuadro No. 6 Ciudad de origen.....	80
Cuadro No. 7 Sexo del encuestado.....	81
Cuadro No. 8 Edad del encuestado.....	82
Cuadro No. 9 Tratamiento sustitutivo referente a la función renal.....	83
Cuadro No. 10 Período de duración del tratamiento.....	84
Cuadro No. 11 Ayuda familiar para cuidados del tratamiento.....	85
Cuadro No. 12 Acompañamiento de la pareja.....	86
Cuadro No. 13 Personas pendientes del tratamiento.....	87
Cuadro No. 14 Actitud durante el tratamiento.....	88
Cuadro No. 15 Persistencia de malestar general.....	89
Cuadro No. 16 Frecuencia de náuseas y calambres.....	90
Cuadro No. 17 Frecuencia de monitoreo por medio de exámenes.....	91
Cuadro No. 18 Presencia de complicaciones.....	92
Cuadro No. 19 Frecuencia de dialización de alimentos.....	93
Cuadro No. 20 Apoyo de la pareja.....	94
Cuadro No. 21 Recreación con la pareja.....	95
Cuadro No. 22 Problemas conyugales por asistencia a tratamientos.....	96
Cuadro No. 23 Cansancio conyugal por parte de la pareja.....	97
Cuadro No. 24 Distanciamiento de la pareja a nivel conyugal.....	98
Cuadro No. 25 Cambios experimentados por la pareja a raíz de la enfermedad.....	99
Cuadro No. 26 Sensación de alejamiento de la pareja.....	100
Cuadro No. 27 Temor al abandono de la pareja.....	101
Cuadro No. 28 Afectación de la relación por ausencia de intimidad sexual..	102

Cuadro No. 29 Aparecimiento de cambios en el apetito sexual.....	103
Cuadro No. 30 Frecuencia de las relaciones sexuales.....	104
Cuadro No. 31 Reducción del amor en pareja por causa de la enfermedad...	105
Cuadro No. 32 Disminución del compromiso en pareja.....	106
Cuadro No. 33 Trato cariñoso en pareja.....	107
Cuadro No. 34 Disminución de la comunicación en pareja.....	108
Cuadro No. 35 Uso de palabras tiernas en la comunicación en pareja.....	109
Cuadro No. 36 Culminación de las conversaciones en gritos.....	110
Cuadro No. 37 Calidad de la comunicación en pareja.....	111
Cuadro No. 38 Sentimiento de comprensión por la pareja.....	112
Cuadro No. 39 Dependencia de la pareja.....	113
Cuadro No. 40 Experiencias de cambio de humor que fomentan conflictos..	114
Cuadro No. 41 Sentimiento de exclusión por la pareja en la toma de decisiones.....	115
Cuadro No. 42 Mejoramiento en la calidad de vida por acompañamiento conyugal.....	116
Cuadro No. 43 Percepción del apoyo social para superar la enfermedad.....	117
Cuadro No. 44 Acompañamiento de la pareja de acuerdo con el sexo del encuestado.....	118
Cuadro No. 45 Personas que cuidan al paciente de acuerdo con su edad	119
Cuadro No. 46 La ayuda de la familia frente a la actitud durante el tratamiento.....	120
Cuadro No. 47 Cansancio conyugal por la enfermedad frente al sexo del encuestado.....	121
Cuadro No. 48 El apoyo de la pareja y la frecuencia de la recreación.....	122
Cuadro No. 49 Los problemas por ausencia del hogar y su relación con el distanciamiento.....	123
Cuadro No. 50 El apoyo de la pareja frente a los cambios experimentados en el conyugue.....	124
Cuadro No. 51 Frecuencia de las relaciones sexuales de acuerdo con el sexo del encuestado.....	125
Cuadro No. 52 La comunicación en pareja de acuerdo con el trato recibido	126

Cuadro No. 53 La mejora en la calidad de vida según el sexo del encuestado	127
Cuadro. No. 54 Frecuencias Observadas.....	129
Cuadro. No. 55 Frecuencias Esperadas.....	130
Cuadro No. 56 CÁLCULO DE X^2	131
Cuadro No. 57 Planificación de la Unidad de Apoyo psico-social.....	151
Cuadro No. 58 Modelo Operativo.....	153
Cuadro No. 59 Presupuesto.....	155
Cuadro No. 60 Cronograma de actividades de la Propuesta.....	156
Cuadro No. 61 Previsión de la evaluación.....	156

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	PÁG.
Gráfico No 1: Árbol de Problema.....	10
Gráfico No. 2: Categorías fundamentales.....	33
Gráfico No. 3. Categorías fundamentales Variable Independiente.....	34
Gráfico No. 4. Categorías fundamentales Variable Dependiente.....	35
Gráfico No. 5 Ciudad de origen.....	80
Gráfico No. 6 Sexo del encuestado.....	81
Gráfico No. 7 Edad del encuestado.....	82
Gráfico No. 8 Tratamiento sustitutivo referente a la función renal.....	83
Gráfico No. 9 Período de duración del tratamiento.....	84
Gráfico No. 10 Ayuda familiar para cuidados del tratamiento.....	85
Gráfico No. 11 Acompañamiento de la pareja.....	86
Gráfico No. 12 Personas pendientes del tratamiento.....	87
Gráfico No. 13 Actitud durante el tratamiento.....	88
Gráfico No. 14 Persistencia de malestar general.....	89
Gráfico No. 15 Frecuencia de náuseas y calambres.....	90
Gráfico No. 16 Frecuencia de monitoreo por medio de exámenes.....	91
Gráfico No. 17 Presencia de complicaciones.....	92
Gráfico No. 18 Frecuencia de dialización de alimentos.....	93
Gráfico No. 19 Apoyo de la pareja.....	94
Gráfico No. 20 Recreación con la pareja.....	95
Gráfico No. 21 Problemas conyugales por asistencia a tratamientos.....	96
Gráfico No. 22 Cansancio conyugal por parte de la pareja.....	97
Gráfico No. 23 Distanciamiento de la pareja a nivel conyugal.....	98
Gráfico No. 24 Cambios experimentados por la pareja a raíz de la enfermedad.....	99
Gráfico No. 25 Sensación de alejamiento de la pareja.....	100
Gráfico No. 26 Temor al abandono de la pareja.....	101
Gráfico No. 27 Afectación de la relación por ausencia de intimidad sexual..	102
Gráfico No. 28 Aparecimiento de cambios en el apetito sexual.....	103

Gráfico No. 29 Frecuencia de las relaciones sexuales.....	104
Gráfico No. 30 Reducción del amor en pareja por causa de la enfermedad...	105
Gráfico No. 31 Disminución del compromiso en pareja.....	106
Gráfico No. 32 Trato cariñoso en pareja.....	107
Gráfico No. 33 Disminución de la comunicación en pareja.....	108
Gráfico No. 34 Uso de palabras tiernas en la comunicación en pareja.....	109
Gráfico No. 35 Culminación de las conversaciones en gritos.....	110
Gráfico No. 36 Calidad de la comunicación en pareja.....	111
Gráfico No. 37 Sentimiento de comprensión por la pareja.....	112
Gráfico No. 38 Dependencia de la pareja.....	113
Gráfico No. 39 Experiencias de cambio de humor que fomentan conflictos.....	114
Gráfico No. 40 Sentimiento de exclusión por la pareja en la toma de decisiones.....	115
Gráfico No. 41 Mejoramiento en la calidad de vida por acompañamiento conyugal.....	116
Gráfico No. 42 Percepción del apoyo social para superar la enfermedad.....	117
Gráfico No. 43 Acompañamiento de la pareja de acuerdo con el sexo del encuestado.....	118
Gráfico No. 44 Personas que cuidan al paciente de acuerdo con su edad.....	119
Gráfico No. 45 La ayuda de la familia frente a la actitud durante el tratamiento.....	120
Gráfico No. 46 Cansancio conyugal por la enfermedad frente al sexo del encuestado.....	121
Gráfico No. 47 El apoyo de la pareja y la frecuencia de la recreación.....	122
Gráfico No. 48 Los problemas por ausencia del hogar y su relación con el distanciamiento en pareja.....	123
Gráfico No. 49 El apoyo de la pareja frente a los cambios experimentados en el conyugue.....	124
Gráfico No. 50 Frecuencia de las relaciones sexuales de acuerdo con el sexo del encuestado.....	125
Gráfico No. 51 La comunicación en pareja de acuerdo con el trato	

recibido.....	126
Gráfico No. 52 La mejora en la calidad de vida según el sexo del encuestado.....	127
Gráfico No. 53 Campana de Gauss.....	133
Gráfico No. 54 Flujograma de la propuesta.....	150

RESUMEN EJECUTIVO

En este estudio, se pudo analizar la manera en que afecta la Insuficiencia Renal Crónica en la calidad de las Relaciones Conyugales, tratándose de una investigación exploratoria, que inicia con un análisis crítico de la situación problemática, simultáneamente se trata de una descripción de las características teóricas y reales de las variables en estudio, la metodología utilizada para llevar a cabo los objetivos fue analítica-sintética desde el descubrimiento del problema hasta la obtención de las conclusiones, y deductiva pues parte desde la opinión de los involucrados, que en éste caso se refiere a los pacientes que asisten a recibir tratamiento de Diálisis en la Unidad Renal Contigo da Vida Tena. Todos los pacientes encuestados se realizan hemodiálisis, tales tratamientos han tenido una vigencia que va entre 1-2 (48.53%), seguidos por el 30.88% que lo ha hecho durante 3-4 años.

El 42.6% de los encuestados, casi siempre recibe ayuda familiar para el tratamiento, seguido por el 29.41% que siempre reciben este tipo de apoyo, en el 27,9% de los casos, los pacientes son acompañados por sus parejas, el 25% es acompañado a veces y el 20.6% casi siempre. La actitud manifiesta durante el tratamiento que reciben es regular o buena en el 38.24% de los casos. “A veces” y “Casi nunca” son mayoritarias referentes a la persistencia de malestar general, con 39.71% y 35.29% respectivamente, siendo la tendencia “a veces” la de mayor frecuencia con el 41.18% de las opiniones. La frecuencia de náuseas y calambres, ocurre siempre (1.47%) y casi siempre (10.29%), existiendo un 10.29% de personas que nunca han experimentado estos síntomas.

Los exámenes de control se aplican una vez por mes (91.18%) o cada dos meses (8.82%). En el 29.4% de los casos existen complicaciones, pero el 22.06%, manifiestan hipertensión, el 20.59% que ha presentado edemas y finalmente está el 2.94% que ha presentado anemia. El 39.7% de ellos, casi siempre reciben el apoyo de sus parejas y el 33.8% de los pacientes, siempre.

INTRODUCCIÓN

En relación con a las manifestaciones de la insuficiencia renal, especialmente en las relaciones conyugales de los pacientes de la Unidad Renal Contigo da Vida Tena, es necesario mencionar que persiste la necesidad de verificar una relación entre las variables del problema para plantear alternativas de solución.

Este trabajo es de gran importancia, para la Unidad Renal, como también para la comunidad pues las repercusiones a nivel de salud y familiares son muy variadas, por ésta razón es que se puede encuadrar este estudio en el paradigma crítico-propositivo en el que una vez desarrollado el diagnóstico de situación, se plantean las soluciones adecuadas para su tratamiento y solución definitiva.

Se trata de un problema vigente ya que se trata de una situación negativa que va en incremento por lo que las alternativas de solución que se planteen, deben tener un elevado impacto.

Los datos que recolectados en la presente investigación se refieren a los siguientes aspectos: ciudad de origen, sexo, edad, tratamiento sustitutivo, duración del tratamiento, ayuda familiar para cuidados del tratamiento, acompañamiento de la pareja, personas pendientes del tratamiento, actitud durante el tratamiento, persistencia de malestar , frecuencia de náuseas y calambres, monitoreo por medio de exámenes, presencia de complicaciones, dialización de alimentos, apoyo de la pareja, recreación con la pareja, problemas conyugales por asistencia a tratamientos, cansancio conyugal, distanciamiento de la pareja y sensación de alejamiento.

Los métodos de análisis que se emplearon para verificar las hipótesis fueron la estadística descriptiva y la prueba de chi cuadrado, la misma que sirvió para medir el nivel de significatividad en la relación entre variables.

Este documento está construido por seis capítulos distribuidos de la siguiente manera:

El Capítulo I, se refiere al Problema, en el mismo se refiere el análisis contextual del problema desde tres distintas perspectivas, y el análisis crítico del mismo en su relación causa-efecto, llegando a determinar las metas de la investigación a partir de la formulación del problema y sus respectivas interrogantes.

El Capítulo II, del Marco Teórico, consta básicamente de una revisión teórica de los antecedentes de investigaciones similares, los fundamentos filosóficos y legales que respaldan el trabajo y una categorización de las variables en atención a la ubicación teórica de las mismas en su contexto.

En el Capítulo III del Marco Metodológico, se establecieron las técnicas e instrumentos de investigación, siendo las encuestas dirigidas a los pacientes de Centro Renal quienes fueron objetos de estudio y a quienes se aplicó un cuestionario estructurado como instrumento de recolección de datos.

En el Capítulo IV de Análisis e Interpretación de Resultados, muestra mediante polígonos de frecuencias y gráficos de barras, el análisis de los hallazgos tanto en la encuesta aplicada, finalizando con la verificación de la hipótesis por medio de la prueba de Chi cuadrado.

En el Capítulo V de Conclusiones y Recomendaciones, se muestran los resultados finales del trabajo, que derivan del logro de los objetivos específicos y que son un resumen del capítulo anterior.

Finalmente se presenta la solución al problema, la misma que consiste en una “Propuesta para la creación de una Unidad de Apoyo Psico-social. Que desde el punto de vista técnico se considera la más idónea para reducir el impacto del problema.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

TEMA

“Insuficiencia renal crónica terminal en las relaciones conyugales de los pacientes de la Unidad renal: Contigo Da Vida Tena”

Planteamiento del Problema

Contextualización

Macro.

La familia es el pilar fundamental ante una enfermedad de uno de sus miembros, puesto que cumple un papel primordial en aspectos como hábitos, actitudes y costumbres, todas estas vinculadas al fenómeno salud – enfermedad.

Aunque muchas veces se exagera el valor de la familia como fuente de amor, cuidados, apoyo, satisfacción y bienestar, en ocasiones se obvia el hecho de que los conflictos y alteraciones en las relaciones intrafamiliares pueden motivar estrés, disgusto y enfermedad en sus miembros. Actualmente, el funcionamiento familiar es reconocido como la categoría que integra a todos los procesos psicológicos que ocurren en el seno de la familia y permite un adecuado desarrollo como grupo y de los individuos que la conforman.

La pareja dentro de este aspecto juega un papel neurálgico puesto que ante situaciones estresantes de sus miembros la comunicación, la comprensión y el

apoyo son ejes esenciales en el enfrentamiento de enfermedades crónicas como la Insuficiencia Renal; puesto que la ausencia de uno de estos aspectos generaría malestar y vulnerabilidad.

Las enfermedades crónicas se caracterizan por su evolución lenta de varios años, pero su característica más importante es que el organismo, a diferencia de lo que pasa con muchas enfermedades agudas, no puede curarse de forma definitiva, la enfermedad se instala y convive con el individuo y va dejando una cantidad progresiva de secuelas.

En España, como en otros países desarrollados del mundo, las mejoras de las condiciones generales de vida y los avances tecnológicos en el cuidado de la salud, han provocado el descenso en las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y un ascenso en las enfermedades crónicas como las principales causas de muerte (cáncer, cardiopatías, accidentes cerebrovasculares) (Velez, 2010).

La insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) es una enfermedad para la que la biomedicina no ofrece cura, pero sí la posibilidad de seguir viviendo con la ayuda de tratamientos sustitutivos de la función renal. Hasta aproximadamente 1960 todos los pacientes afectados con insuficiencia renal estaban abocados a la muerte (Velez, 2010). “En los albores de la diálisis, la escasez de recursos económicos asignados obligó a restringir el tratamiento a pacientes menores de 45 años sin otra enfermedad sistémica asociada; bajo estas coordenadas el número de pacientes con IRCT sometidos a diálisis fue creciendo muy lentamente”.

El envejecimiento de la población general, las mejores condiciones biológicas en que se llega a edades avanzadas, el desarrollo de las técnicas de depuración renal y el aumento de los recursos destinados al tratamiento de la IRCT han hecho no solo que aumente el número de pacientes tratados con diálisis sino que cada vez reciban este tratamiento pacientes con más edad, mayor número de pacientes diabéticos o con otras enfermedades sistémicas o con mayor índice de comorbilidad (Stewart, 2006).

En España, la edad media de los pacientes al comenzar tratamiento con diálisis subió de 43 a 65 años entre 1983 y 2003. En 1977 solo el 2.1% de los pacientes tenían más de 65 y en 2001 este porcentaje subió a 40% (Verde, Sanz, & Luño, 2006).

Al final del año 2001, el número de pacientes afectados de IRCT y en terapia de sustitución de la función renal en España era de 30.041 (885 por millón de población). El grupo de edad mayoritario, tanto de pacientes incidentes como de prevalentes, es el de 65 a 74 años(Verde, Sanz, & Luño, 2006).

La hemodiálisis es una técnica de depuración extracorpórea de la sangre que suplente parcialmente la función renal. En la hemodiálisis se utilizan membranas artificiales para dar paso al agua y toxinas desde la sangre al líquido de la diálisis. Si la diálisis está bien adaptada a las necesidades del paciente, la presencia de síntomas es infrecuente, pudiendo aparecer ocasionalmente hipotensión y calambres (Velez, 2010).

La pauta estándar de diálisis es de tres sesiones semanales de cuatro horas cada sesión(Lorenzo, Torres, Hernández, & Ayus, 2002).

El trasplante renal, teóricamente, es la solución ideal, aunque la escasez de órganos, el rechazo y situaciones específicas de los pacientes limitan esta medida terapéutica, la cual, además, suele presentar complicaciones específicas (infecciones, cáncer) y la necesidad de un tratamiento inmunosupresor de por vida(Velez, 2010).

Las estadísticas registradas en los últimos años, en casi todos los países del mundo, indican que la IRCT, dentro de poco será considerada como una epidemia(Epasa, 2003).

La incidencia de la enfermedad renal crónica a nivel mundial, va en aumento, se considera que uno de cada diez personas tiene esta enfermedad y que muchas de estas personas progresan a la etapa avanzada, teniendo efectos negativos en la parte psicológica y en muchos otros aspectos, llegando a tener afectación directa en la calidad de vida del paciente al deteriorarse las relaciones con su mundo, con su familia hasta con su cónyuge.

Para Nicaragua y buena parte de Centroamérica las altas temperaturas, el tipo de trabajo, y las condiciones muchas veces inhumanas en que se desarrolla el individuo resultan ser las principales causas de esta enfermedad mortal(CISAS, 2009).

La IRCT es un problema creciente y grave de salud global. El tratamiento conlleva diálisis o trasplante renal, modalidades que no están en la actualidad disponibles en muchos países(Moeller, 2002).

Los factores de riesgo conocidos de IRCT, particularmente en países de renta alta, incluyen diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y obesidad (Ejerblad, Fored, Lindblad, Fryzek, McLaughlin, & Nyren, 2006).

Los factores de riesgo en países pobres se asocian con glomerulonefritis o nefritis intersticiales, relacionadas generalmente con agentes infecciosos o parásitos (Sonderland, 2010).

Paul Kimmel en uno de sus estudios más recientes, donde evalúa la estructura familiar de 74 pacientes afroamericanos de procedencia urbana, con tratamiento hemodialítico, señala que una mejor coordinación familiar permite predecir también una mejor adaptación a la diálisis. De igual manera refiere que en 500 familias de pacientes afroamericanos de Washington y Filadelfia, en las que se evaluó el funcionamiento familiar y la adaptación a la enfermedad, los datos revelaron después de 3 años de seguimiento que solo la edad del paciente y la estructura familiar estuvieron asociadas con la supervivencia. Niños que vivían en el seno de familias complejas, tenían un riesgo incrementado de mortalidad, particularmente las niñas (Kimmel & Noman., 2003).

En Cuba se ha evaluado el nivel de estrés que padecían los cuidadores primarios de pacientes con enfermedad renal terminal(Otero, 2000).

“Existe otra investigación donde se dirime la relación existente entre apoyo social recibido y funcionamiento familiar en pacientes tratados con hemodiálisis, donde esta vinculación resultó altamente significativa. En ese contexto se determinó que mientras más disfuncional era la familia, más bajo era el apoyo percibido por los pacientes”(Valdés, 2003).

Meso.

Ecuador tiene un buen servicio de salud para enfrentar esta enfermedad. La entidad privada brinda el servicio en convenio con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y el Ministerio de Salud, para no desproteger a los pacientes de bajos recursos. La decisión del actual presidente es buena, pero se teme que no sea sustentable en el tiempo, pues es una enfermedad muy costosa. Esta enfermedad acaba con los seguros

sociales, privados y públicos, realidad que se observa en otros países, por lo que la mejor solución es prevenirla (Vaca, Aceldo, & Escobar, 2011).

En Ecuador, tres personas mueren diariamente esperando la donación de un órgano, 1.700 anualmente presentan algún tipo de IRCT y al menos 500 de ellas son candidatas potenciales a un trasplante.

En la ciudad de Ibarra el hospital San Vicente de Paúl es el único hospital de la región norte del país que tiene un equipo de nefrología, es decir un nefrólogo tratante y 20 enfermeras capacitadas en diálisis peritoneal y en hemodiálisis, motivo por el cual esta institución se ha convertido en el centro de salud de referencia en enfermedades consideradas catastróficas, por lo que se han atendido a treinta pacientes con insuficiencia renal crónica, 25 con hemodiálisis y 5 que necesitan diálisis peritoneal, los pacientes con hemodiálisis los han atendidos en los centros privado de Ibarra y el costo ha sido asumido de forma íntegra por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (Vaca, Aceldo, & Escobar, 2011).

Entre uno y dos millones de personas en todo el país son portadoras de algún tipo de enfermedad renal diagnosticada o no descubierta. El Oro no es la excepción: decenas de personas están aquejadas de dolencias renales, y un buen número vive gracias a las técnicas de sustitución de la función renal (TSFR) como las diálisis. La detección precoz de cualquier problema renal es muy simple y rentable. El 80% de las patologías se pueden solucionar con atención primaria adecuada (Diario Opinión, 2009).

Según el Diario “El Comercio” del 14 de agosto de 2011; se estima que 6000 personas con IRCT reciben tratamiento por esta enfermedad. La mayor parte está amparada por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y el Programa de Protección Social (PPS) del Ministerio de Salud. Solo en Pichincha, Santo Domingo y Esmeraldas se atiende a 750 afiliados del IESS con IRCT en prestadoras de salud privadas.

Los pacientes que reciben terapia dialítica se puede decir que se imponen a modificaciones al estilo de vida del paciente y familiar, el tiempo que debe dedicarse a ella se reduce a actividades del paciente y originan conflictos, aflicciones, frustración, sensación de culpabilidad y depresión de la familia. Tanto el paciente, conyugue y familia sienten iras y otros sentimientos negativos.

Por ello es tan importante la relación conyugal y familiar, se debe educar a todos para que el paciente exprese su enojo y preocupaciones con respeto a la enfermedad, el tratamiento, problemas económicos, etc. Si la ira no es expresada

es muy posible que se origine la depresión, desesperación e intento de suicidios. Muchas veces hacer frente la realidad del paciente y la enfermedad ocasiona la destrucción conyugal y familiar.

Micro.

En la provincia de Napo se carecía del servicio de diálisis y los pacientes viajaban a las ciudades tales como: Quito, Ambato y Riobamba para realizarse su tratamiento.

Con la finalidad de evitar el sacrificio y peregrinaje al que se encuentran sometidas las personas afectadas de la amazonia se construye y se inaugura la Clínica de Diálisis Contigo “Tena”, la misma que funciona desde el 12 de febrero de 2007, con la participación de Lenin Moreno, ex vicepresidente de la República del Ecuador.

La primera diálisis se realizó al Sr. Noé Bernal, quien se mostró contento. Actualmente existen 68 pacientes. Durante los seis años de vida, el centro de diálisis Contigo “Tena” ha brindado cambios significativos que han permitido ofrecer una atención integral de calidad y con calidez cumpliendo los estándares que exigen las normas ISO¹.

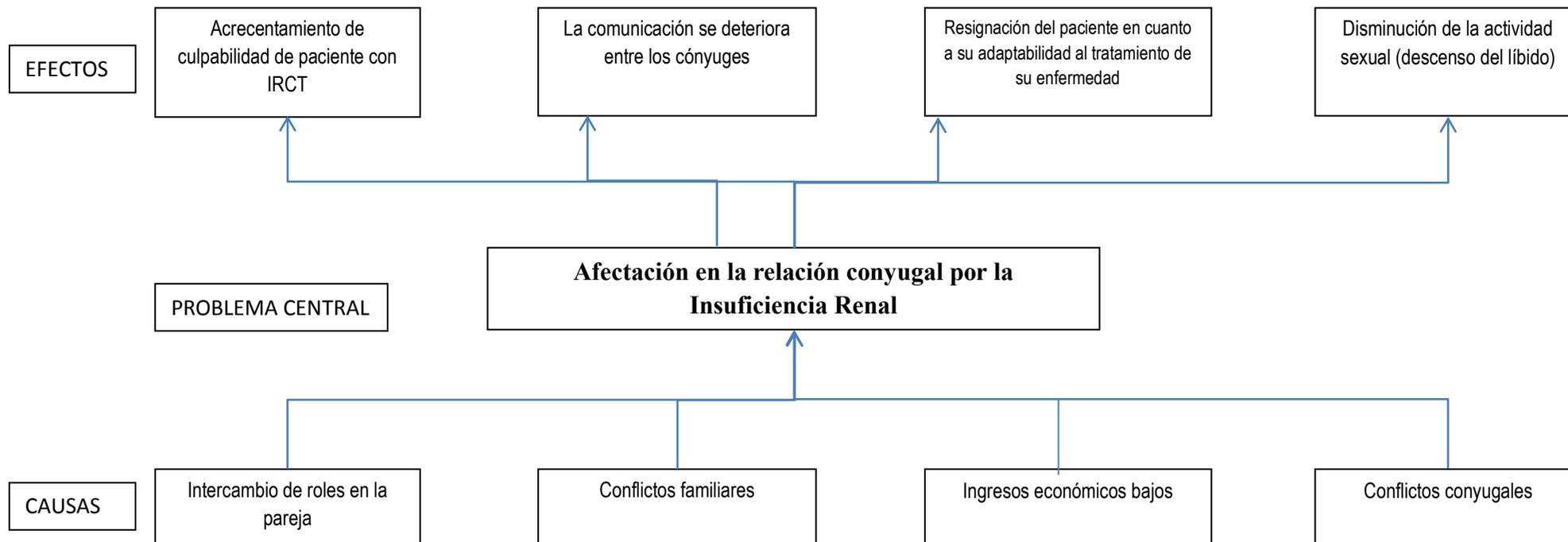
Una de las más grandes ventajas de esta institución es que mantienen contacto con la comunidad mediante capacitaciones a las personas de tercera edad, asociaciones de diabéticos existentes en Tena, Sucumbíos, Orellana, Pastaza, cubriendo así las necesidades médicas en cuanto a tratamientos renal de los pacientes de la amazonia centro y norte; debido a que existen también un convenio con el Ministerio de Salud Pública a través de protección social y con el IEES, ISFA, ISSPOL.

La Unidad Renal de Tena cuenta con talento humano altamente competitivo en Nefrología, enfermería, nutricionista, psicología y trabajo social; capaz de enfrentar los retos que se presentan diariamente. Actualmente el centro de Diálisis cuenta con 8 máquinas de hemodiálisis, la cuales funcionan al cien por ciento.

La hemodiálisis permite eliminar las sustancias tóxicas y el exceso de líquidos del torrente circulatorio mediante una máquina de circulación extracorpórea y un dializador. Este tratamiento de sustitución ha tenido notables avances tecnológicos, por lo que, durante las últimas dos décadas, su costo ha disminuido de manera muy importante hasta ubicarse en un nivel competitivo con respecto a la diálisis peritoneal. Nuestras autoridades médicas están obligadas a considerar la IRCT como uno de los temas de prioridad dentro de las actuales y futuras proyecciones de atención de salud.

Existen dificultades en el paciente de carácter Físico, Biológico, Psicológico, Socio/cultural. El paciente enfrenta problemas laborales, económicos, de desplazamiento, espirituales, familiares y conyugales, es allí la necesidad del Trabajo Social, que tiene como objetivo fomentar la toma de decisiones autónomas de individuos, grupos y comunidades respecto al cuidado y mejora de la salud, con la promoción y movilización de los recursos humanos necesarios.

El personal de salud requiere de la participación de la familia y el de su pareja; lo ideal de la formación sobre el tratamiento de IRCT, es que los conocimientos del familiar y su cónyuge se complementen con los del paciente. El primer cambio que presenta el paciente ocurre cuando él acepta que su vida depende de la diálisis, y que en ocasiones tendrá que recibir la ayuda de otros para efectuar las funciones que su cuerpo ya no puede hacer. Las afectaciones emocionales que se presentan en los pacientes cuando se les dice que serán integrados al programa son: sentimientos de miedo, culpa, enojo, depresión, tristeza o incomprensión, que alteran la relación con su familia u otras personas y estos pueden seguir manifestándose durante su tratamiento.



GráficoNo.1: Árbol de Problemas
Elaborado por: Guerrero, P (2014)
Fuente: Investigación bibliográfica

Análisis crítico

Analizar críticamente el tema, es introducirse un poco más en la esencia misma del problema, desde su origen hasta sus consecuencias, a partir de ello es imprescindible preguntarse:

¿A qué se debe que los pacientes con IRCT presentan afectación en su relación conyugal?

Posiblemente esta situación se dé porque una de las posibles causas es el inesperado intercambio de los roles de la pareja, esto provocaría que el enfermo afectado con esta enfermedad psicológicamente se vaya cada día complicando más debido al acrecentamiento de su culpabilidad, en vista de que internamente no acepta la realidad de la situación.

Otras posibles causas puede deberse a los conflictos. Estos factores posiblemente también afectan la relación conyugal en vista de que la comunicación puede verse deteriorada con sus familiares directos y con los familiares del cónyuge no afectado; además al mirarse en condiciones médicas no favorables, inconscientemente el afectado no responde como lo haría en otras condiciones, y no ajeno a esto están las relaciones sexuales con la pareja.

Al estar el enfermo en incapacidad laboral se merman los ingresos en el hogar lo que acrecienta el problema y provocaría una resignación del paciente. Se debe tener en consideración que independientemente de la edad que tenga o el nivel de actividad social y laboral que desempeñe, se considera de mucha utilidad la gravedad del episodio depresivo por el que un individuo puede atravesar, durante el padecimiento de una patología, debido al impacto físico y emocional que la enfermedad como tal tiene sobre la persona.

Finalmente los conflictos conyugales terminan por empeorar el problema, agudizando la enfermedad en el paciente. La enfermedad crónica degenerativa, tiene un impacto importante en la percepción física del enfermo, debido a la

injurio de la enfermedad sobre su estado físico; mismo que deteriora conforme pasa el tiempo y poco a poco se acortan las esperanzas de vida, tanto en el paciente como en su familia. Varias ocasiones los pacientes consideran que es preferible morir que luchar cuando no es imposible al menos prolongar un poco la vida. Todo esto provoca en el paciente un rechazo hacia sí mismo, y su deterioro psicológico por esta situación merma la actividad sexual con su cónyuge.

Prognosis

El analizar esta temática desde su contexto actual también nos conlleva a estudiarlo desde una vista del futuro, puesto que al no solucionar las posibles afectaciones conyugales en sus diferentes grados en los pacientes que padecen de insuficiencia renal crónica terminal que muchas veces suelen encubrirse y ser de difícil percepción, podría ser causa de aumento de la morbimortalidad que conlleva este problema.

Definitivamente la IRCT, transforma completamente la vida del paciente, su cónyuge y sus hijos, por ello es necesario la intervención de los profesionales de Trabajo Social, porque enfermedades graves como el IRCT altera las funciones personales a todos los niveles: conyugal, parenteral, familiar, laboral, económico, psicosocial. Esta situación produce en la esposa, hijos y parientes más cercanos una ruptura y una crisis en la vida cotidiana con cambios en todo el núcleo familiar.

De no mediar una pronta intervención, los cambios mencionados ocasionarían un acrecentamiento de culpabilidad en el paciente con IRCT que no le permitirían seguir un buen proceso de adaptabilidad, deteniéndose, en la etapa en la negativa que puede ocasionar el abandono de su tratamiento. Esta negativa, los cambios y crisis emocionales deterioran la comunicación entre los cónyuges, incrementándose más con la baja del ánimo propia de su enfermedad dando como resultado un cansancio físico y emocional, de las parejas.

Concluyentemente al paciente no le queda más que resignarse y adaptarse a su enfermedad y tratamiento.

Formulación del problema

- ¿Cómo incide la insuficiencia Renal Crónica Terminal en las Relaciones Conyugales de los pacientes de la Unidad Renal Contigo Da Vida Tena?

Interrogantes

- ¿Cómo afecta la insuficiencia Renal Crónica Terminal en los pacientes de la Unidad Renal Contigo Da Vida Tena?
- ¿Cuáles son los cambios en las relaciones conyugales que han experimentado los pacientes de la Unidad Renal Contigo da Vida Tena?
- ¿Cuál es la alternativa de solución al problema planteado?

Delimitación del objeto de investigación

De contenido:

- **Campo:** Familiar
- **Área:** Psicosocial
- **Aspecto:** Relaciones conyugales

Espacial:

- **Provincia:** Napo.
- **Cantón:** Tena
- **Ciudad:** Tena
- **Área:** Urbana
- **Lugar:** Unidad RenalDa Vida Tena

Temporal

- Abril – Septiembre 2014

Sujeto de estudio:

- Mujeres y hombres pacientes de la Unidad Renal Contigo Da Vida Tena

Justificación

La Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad que afecta tanto a hombres como mujeres de diferentes edades, que requiere de un tratamiento médico sustitutivo de la función perdida: por medio de un trasplante o por medio de la diálisis. Esta enfermedad ha tenido un incremento considerable en los últimos años, tanto en el Tena como a nivel nacional.

La parte más dolorosa tanto para el paciente como para su familia, es en el momento en que se les informa que este es un tratamiento de por vida, lo que provoca alteraciones a nivel bio-psico-social.

La Insuficiencia Renal puede provocar enormes sufrimientos y limitaciones en la vida del paciente, como consecuencia del tratamiento Hemodialítico. El paciente ha tenido que renunciar a mucho de lo que le daba identidad, amor propio y seguridad. Lo que implica mayores desajustes, sufrimientos emocionales personales y familiares muy altos; pérdida del sentido de la vida y la identidad. Provocando además de trastornos emocionales, problemas en su sexualidad ya que puede provocar disfunciones sexuales como consecuencia de la fatiga, ansiedad y depresión.

Se ha podido observar que muchos pacientes se aferran a la espera de un milagro y puedan recuperar su función renal, lo que genera con el tiempo más frustración, pues ven que no se evidencia mejoría alguna y deben continuar realizándose hemodiálisis tres veces a la semana, generalmente con una duración de cuatro horas. Esta situación sumada a la dieta y restricción en la ingesta de líquidos, provoca alteraciones a nivel emocional, lo que afecta no solo al paciente sino a su sistema familiar.

En el caso de los pacientes con insuficiencia renal crónica, los estudios de familia son escasos, de manera que se cuenta con muy pocas referencias bibliográficas sobre su repercusión en el estado de salud de dichos enfermos y viceversa; situación que viene dada por la falta de visión científica y el empeño de realizar un trabajo serio, que trascienda su utilidad práctica y aporte las herramientas teóricas para la atención e intervención de los afectados.

El inmenso crecimiento que ha tenido esta enfermedad en los últimos años incluso calificada ya como epidemia ha motivado a que se realice este trabajo de investigación, puesto que al analizar trabajos anteriores los investigadores han estudiado esta enfermedad relacionada con variables como: relaciones familiares, depresión, ansiedad. En este trabajo pretendemos ampliar este estudio al relacionarla con las relaciones conyugales.

Por lo expuesto, este es un tema que permitirá ampliar los conocimientos sobre el sistema familiar y específicamente del sistema conyugal, ampliando la percepción e identificación de las principales dificultades que puedan presentarse.

Este conocimiento beneficiará a la comunidad, ya que al identificar estas dificultades, se puede diseñar un plan encaminado a la prevención y ayudar a las familias y al paciente, favoreciendo una mejor adhesión y aceptación de este tratamiento. En el ámbito profesional, ampliará la experiencia y permitirá identificar de forma más sencilla y temprana los conflictos que se presenten en la pareja.

La investigación es factible de llevarla a cabo porque se cuenta con la población necesaria como son los pacientes renales de la Unidad Renal Contigo da Vida de la ciudad de Tena, provincia de Napo cuya misión es brindar a los clientes el mejor servicio de nefrología través de un tratamiento integral, con la mejor tecnología y personal capacitado; mejorando la calidad de vida de los pacientes. El Apoyo Social es tan importante en estos casos; pues los y las

trabajadores sociales son fuentes de apoyo que permiten un afrontamiento más eficaz de las situaciones estresantes del paciente y su cónyuge.

Al tratarse de un estudio preliminar este servirá de base para futuros trabajos de investigación que se realicen en el campo.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la incidencia de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal en las Relaciones Conyugales de los pacientes de la Unidad Renal Contigo Da Vida Tena.

Objetivos Específicos

- Establecer los efectos de la insuficiencia renal crónica terminal en los pacientes de la Unidad Renal Contigo da Vida Tena.
- Identificar los cambios en las relaciones conyugales que han experimentado los pacientes de la Unidad Renal Contigo da Vida Tena.
- Proponer una alternativa de solución al problema de investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes Investigativos

Como investigaciones análogas al problema de investigación estudiado, se refieren las siguientes realizadas en la Universidad Técnica de Ambato:

Vargas Cáceres, Karina Gabriela (2012) “Relación entre los niveles de estrés y la adherencia al tratamiento dietético en pacientes con insuficiencia renal crónica en el servicio de medicina interna del H.P.D.A. en el periodo enero – marzo 2012”. Uta. Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera de Medicina.

Los objetivos planteados en este trabajo fueron: Diagnosticar cuales son los distintos grados de estrés que influyen en la adherencia al tratamiento dietético en pacientes con insuficiencia renal crónica, analizar el principal grado de estrés que influye en la adherencia del tratamiento dietario del paciente renal y proponer un plan de intervención psicológica para mejorar el nivel de estrés en pacientes con enfermedad renal crónica para lograr una fácil adherencia al tratamiento dietético.

Una vez que se ha analizado e interpretado los resultados de la información de la encuesta para verificar la hipótesis, es necesario establecer si los objetivos de esta investigación han sido alcanzados a través de este trabajo científico, con las siguientes conclusiones:

Existe una estrecha relación entre los niveles patológicos de estrés ya sean elevado o demasiado bajos, y la mala adherencia al tratamiento dietético en pacientes con insuficiencia renal crónica, los grados de estrés asociados a la adherencia al tratamiento dietético en pacientes con enfermedad renal crónica se

relacionan con el tiempo de evolución de la enfermedad, siendo que al momento del diagnóstico el paciente renal experimenta un elevado grado de estrés, y mientras evoluciona su enfermedad su nivel de estrés disminuye patológicamente, llamándose estrés a largo plazo, que se caracteriza por apatía, desánimo, poco interés por su enfermedad, el principal grado de estrés encontrado en los pacientes con enfermedad renal crónica es patológicamente bajo, siendo uno de los cuales el más común en pacientes con enfermedades crónicas y es necesario operacionalizar un plan de intervención psicológica, práctica que ayude a mejorar los niveles de estrés en pacientes con enfermedad crónica para mejorar la adherencia al tratamiento dietético de dichos pacientes.

Pupiales Guamán, Angélica María (2012) en “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” UTA. Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera de Medicina.

Como motivo de su trabajo ha planteado objetivos como la determinación de los principales factores psicosociales que afectan la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, 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 y 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.

De la operacionalización de los objetivos y variables se ha llegado a determinar 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 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. 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.

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.

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.

Reyes Pérez, María Augusta (2012), en otra investigación referente al tema de la insuficiencia renal plantea: Principales trastornos sexuales disfuncionales que se presentan en los pacientes masculinos con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en Baxter Ambato durante el período octubre/2011 - febrero/2012. UTA. Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera de Medicina.

Los objetivos específicos de este trabajo fueron el identificar qué tipo de trastornos sexuales disfuncionales son frecuentes en los pacientes masculinos con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, analizar cuál de los trastornos sexuales disfuncionales es el más frecuente en los pacientes masculinos con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis y elaborar una guía de diagnóstico precoz y de posible tratamiento de los trastornos sexuales disfuncionales en los pacientes masculinos con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis.

De acuerdo con los resultados, los trastornos sexuales disfuncionales son frecuentes en los pacientes con insuficiencia renal crónica, los principales trastornos sexuales disfuncionales que se presentan en la población de pacientes masculinos con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en la unidad renal de Baxter son los trastornos de la erección, trastornos de la eyaculación, de la fase del deseo, orgasmo y de la eyaculación. la presencia de relaciones conyugales deficientes apoyan a la teoría de que la salud sexual del paciente va más allá que solamente a la práctica de relaciones sexuales, sino que también afecta a las relaciones interpersonales.

Los trastornos de la erección tipo disfunción eréctil son lo más frecuentes, seguidos por los trastornos del orgasmo, anorgasmia, trastornos del deseo, disminución de la libido y disminución de la frecuencia de la práctica de relaciones sexuales. Lo más preocupante de los resultados aparte de la presencia de patologías de tipo sexual, es que los pacientes no son conscientes de la presencia de estas patologías por lo que no han consultado con un profesional de

la salud que pueda ayudar a llevarlos de mejor manera o a reducir el impacto que estas patologías puede tener sobre estas personas.

Finalmente, a la hora de hacer una comparación con el nivel de creatinina sérica que se les realiza de control a estas personas, no se encontró ninguna relación entre la presencia de trastornos sexuales disfuncionales y un alto nivel de creatinina sérica.

Aguirre Amy Valeria (2013) en “Los roles de vida de pareja y la afectación sentimental en uno de sus cónyuges portador de insuficiencia renal crónica terminal del “centro de diálisis contigo Cendialcon Cia. Ltda. De la ciudad de Latacunga, en el periodo académico noviembre 2011- junio 2012 Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales. Carrera de trabajo social

La autora menciona que será necesario conocer la perspectiva de los cónyuges en relación a su vida de pareja y las afectaciones que desencadenan, determinar las principales causas de afectación sentimental e intercambio en los roles de vida de pareja y elaborar alternativas de solución que permita la creación de una cultura educativa de fácil comprensión que motive a los/las pacientes a mejorar su vida de pareja y autoestima.

Una vez ejecutados estos objetivos, la autora llega a descubrir que los pacientes con irc se encuentran propensos a la depresión y ansiedad, quienes a pesar de recibir apoyo de sus familiares, mantener una buena comunicación con su pareja se muestran afectados porque se multiplican sus labores en el caso de las mujeres no solo de sustento económico sino de quehaceres en el hogar, afectando su proceso de aceptación y compromiso ante el tratamiento.

Los pacientes masculinos a su vez se muestran afectados por el cambio de actividades al depender de su pareja al realizar ella las actividades que representan

esfuerzo físico, denotan buena comunicación que facilitaría la modificación de su estilo de vida.

Existe preocupación por parte del informante y su cónyuge en relación a los cuidados que requiere ya que su vida conyugal se ve afectada al no corresponder satisfactoriamente a su pareja en la intimidad a pesar de mantener una comunicación satisfactoria. Se incrementa la ausencia del paciente en relaciones familiares al no ser partícipe de actos sociales por acudir a tratamiento hemodialítico trisemanal, desencadenando eventos depresivos y de ansiedad.

El machismo constituye un fenómeno que abarca a todo el mundo en especial a Latinoamérica, y dentro de nuestra realidad social constituye un factor determinante en la cultura sin relegar a personas portadoras de una enfermedad catastrófica, afectando aún más ante su situación crítica de salud, en el caso de los hombres genera una dependencia directa emocional al no aceptar apoyo y ayuda de su pareja o familia al concebir la imagen de jefe de familia, en el caso de las mujeres se convierte en una carga familiar al ser quien se encargue de los cuidados no solo personales también de los miembros de la familia.

La enfermedad conlleva un desmejoramiento en la calidad de vida del portador de IRC, y los múltiples requerimientos para continuar su tratamiento hacen que en su familia se afecte los ingresos económicos que genera preocupación en especial en aquellas personas que laboraron toda su vida y a pesar de la mayoría tener 50 años de edad promedio, buscan mejorar la estabilidad económica. Porque hace 6 años atrás tuvieron que vender todos sus bienes para continuar con vida.

Es admirable a la vez el distanciamiento de parejas que desencadena la enfermedad al ser fuente principal la pérdida del a libido, la pérdida de erección, el aliento urémico, existen parejas que convivieron por varios años no se sienten afectados porque en diálogos indican que el amor es el que mantiene su relación o

simplemente a la edad lo único que los une es el vivir diario. Lo que no sucede con parejas jóvenes quienes exigen más cumplimiento en la intimidad.

“La incidencia y prevalencia de Insuficiencia Renal Crónica Terminal va en ascenso vertiginoso por lo que es necesario que la comunidad médica diagnostique tempranamente a los pacientes y los remita a tiempo al Nefrólogo, por los altos costos que representa tanto para el Estado y para las familias tener un paciente en diálisis como terapia y forma de vida.

Para (Fast, Vestegaard, & Lokkegaard, 1997) la IRCT es una enfermedad que afecta a muchas personas a nivel mundial.

El número de estos enfermos renales ha aumentado en las últimas décadas y las previsiones muestran que cada vez serán más las personas afectadas que tendrán que someterse a las restricciones impuestas por unos tratamientos con efectos secundarios o consecuencias indeseables a corto, medio y largo plazo. Tomado de (Magaz, 2003). Cada una de esas personas responde de diferente manera ante esta situación. Sus percepciones son muy diferentes a las de los especialistas sanitarios o de sus familiares, quienes, estiman que el impacto de la enfermedad es menor que el descrito por el paciente (Bedell, Kilpatrick, Robinson, Gilbert, & Miller, 1978). Tomado de (Magaz, 2003).

Pero no solo a la enfermedad se la ha mirado desde las consecuencias que esta acarrea, sino también se ha empezado a considerar los costos económicos de su tratamiento, cuyos resultados se observan en términos de calidad de vida y sus consecuencias psicológicas (Evans & Bryan, 1980; Levy, 1988; Garófano, Sánchez, Moya, & Gil, 1990; Aranzabal, Magaz, Lavari, & Villar, 1994; Klahr, 1996; Gudez, 1995). Tomado de (Magaz, 2003).

Algunos enfermos renales a medida que acumulan experiencias relacionadas con la enfermedad, van adquiriendo habilidades que favorecen la adaptación a los cambios en el estado de salud o en los tratamientos.

Otros, por el contrario, no llegan a una fase de adaptación, sino que desarrollan y mantienen problemas psicológicos en algunos casos tan crónicos como la propia insuficiencia renal (Devins, 1991). Tomado de (Magaz, 2003).

Diversos estudios se han orientado hacia la identificación de aquellas estrategias que promueven los recursos del paciente en tales condiciones y pueden llegar favorecer su calidad de vida.

Dado que los estilos de afrontamiento son considerados variables cognitivas susceptibles de evaluación y modificación, los resultados de estas investigaciones pueden tener importantes implicaciones para el diseño e implementación de intervenciones interdisciplinarias, con el objetivo común de mejorar la calidad de vida de las personas con este tipo trastornos(Contreras, Esguerra, Espinoza, & Gómez, 2007). Todo esto toma vida si se tiene en cuenta que las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en el mundo, como los trastornos cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes, entre otras, lo que pone de manifiesto la necesidad de propender por la calidad de vida de estos pacientes (Alvarez, 2004).

En la dimensión psicológica algunas de las problemáticas más comunes que afectan la calidad de vida relacionada con la salud en el paciente con insuficiencia renal son la depresión, la ansiedad y la incertidumbre acerca del futuro(Christensen & Ehlers, 2002; Oto, Muñoz, Barrio, Pérez, & Matad, 2003; Valderrabano, Jofre, & López-Gómez, 2001); lo que se ha asociado con una mayor tasa de mortalidad en estos pacientes. Tomado de (Magaz, 2003).

La calidad de vida relacionada con la salud es entendida como la evaluación que realiza cada individuo respecto a la salud y el grado de funcionamiento para realizar las actividades cotidianas, lo cual incluye entre otras, la función física, psicológica, social y la percepción general de la salud, la movilidad y el bienestar emocional (Alvarez-Ude, 2001; Badia & Lizan, 2003); por ello, estudiar la calidad de vida relacionada con la salud constituye actualmente un concepto fundamental para la atención integral del paciente con enfermedad crónica (Gómez-Vela & Sabeth, 2002). Tomado de (Contreras, Esguerra, Espinoza, & Gómez, 2007).

Esta enfermedad crónica como se decía anteriormente tiene su desenlace en el trastorno afectivo. Estos trastornos están divididos en: depresivos, bipolares, y los basados en la etiología (Gutierrez, 2011).

Además esta investigadora encontró que los resultados obtenidos evidencian, que la prevalencia de depresión está presente en una proporción elevada en nuestros pacientes, y que una proporción nada despreciable es grave, y lo más importante, que estas situaciones, pasan en general desapercibidas para el personal que les atiende. Pudiendo mejorar haciendo hincapié en la relación de empatía médico paciente o facilitador de salud, sin dejar pasar por alto el más mínimo detalle que el paciente brinde en las intervenciones durante las sesiones de tratamiento con diálisis (Gutierrez, 2011).

(VARGAS, 2002), menciona que el “vínculo entre el enfermo y su familia, le sirve como soporte y plataforma para desarrollar su vida en el mundo donde se

desenvuelve y da sentido a cada una de sus relaciones, el ser humano tiene tres grandes tendencias”:

1. Tendencia a ejercer un control social de los demás: las relaciones de poder.
2. Tendencia a conseguir la unión, la intimidad y el placer de las relaciones que se manifiestan en tres necesidades fundamentales:

- 2.1. Necesidad de establecer vínculos afectivos percibidos como incondicionales y duraderos: el apego.

- 2.2. Necesidad de disponer de una red de relaciones sociales: amigos, conocidos y pertenencia a una comunidad.

- 2.3. Necesidad de contacto físico placentero: actividad sexual asociada a deseo, atracción y enamoramiento.

(YUURS, 2002), habla de “las premisas básicas del modelo biopsicosocial, donde los diversos subsistemas del ser humano (biológico, individual, familiar, comunitario) mantienen una relación de influencia recíproca, de tal forma que afectan a la salud como a la enfermedad. La experiencia clínica, apoya la hipótesis que sostiene que las familias influyen en la salud de sus miembros y a su vez se ven influenciadas por ellas”.

“Como consecuencia de la enfermedad se presenta la pérdida del funcionamiento corporal normal se presentan alteraciones fisiológicas” (ALARCÓN, 2004)

(NAVARRO, 2002), plantea que “es necesario abordar el problema del impacto de la enfermedad crónica en las familias desde varias perspectivas para conocer su impacto.

El impacto en la familia va a depender de varios parámetros de la enfermedad: comienzo, curso, resultado y grado de incapacitación en el que queda

el paciente. La naturaleza de las tareas a cumplir en cada fase de la enfermedad está relacionada con el impacto de la misma. Cuando la enfermedad es de comienzo lento la tasa de adaptación se distribuye a lo largo de un tiempo prolongado.

En relación con su curso: las enfermedades pueden ser progresivas, de curso constante y con recaídas. Una enfermedad de curso progresivo como la diabetes primaria requiere un proceso de adaptación continuo que puede llevar a la familia y a quien está a cargo del enfermo (cuidador primario familiar) a extenuarse en la medida en que tienen que ir cubriendo nuevas funciones, que el enfermo ya no puede realizar por sí mismo.

En las enfermedades de curso constante se parte de un problema agudo (infarto, amputación, etc.), del que el paciente se puede recuperar en mayor o menor grado, quedando un déficit o limitación que tiene que asumir la familia o el cuidador primario familiar. El impacto es limitado en la medida en que la enfermedad se estabiliza y el paciente reasume alguna de sus funciones perdidas.

Fundamentación filosófica

La presente investigación se fundamenta en el paradigma crítico-propositivo, porque tiene un enfoque social – crítico porque tiene como finalidad la comprensión del impacto que causa la Insuficiencia Renal Crónica en la psiquis lo cual nos va ayudar a identificar las dificultades que este problema produce en el estado psicosocial del enfermo renal, su relación con el entorno social y con la relación con su cónyuge.

Además un fundamento filosófico a los derechos humanos que engloba el trabajo social; porque la salud es un derecho y una garantía que requiere un individuo para poder desarrollarse en la vida social como persona.

La investigación se basará en una acción del trabajo social y en la búsqueda de soluciones y alternativas para el mejoramiento del estilo de vida del paciente y su relación conyugal.

La recolección de la información de fuentes primarias, reales y confiables durante todo el proceso investigativo ayudara a fortalecer la investigación en la carrera de trabajo social frente a la Insuficiencia renal crónica.

El diseño del proyecto será participativo, abierto, flexible y nunca acabado, debido a que esto servirá para seguir incrementando o cambiando ciertos aspectos del proyecto mientras se va descubriendo, verificando o anulando.

Posteriormente la investigación tendrá un predominio del análisis cualitativo, por lo que se utilizarán diferentes técnicas psicológicas para el manejo y la obtención de información como son: la entrevista psicológica, la historia clínica y los reactivos psicológicos o test.

Fundamentación psicológica

El problema de la insuficiencia renal orienta hacia el tratamiento de la calidad de vida del paciente que sufre de tal trastorno en su salud, de tal manera que al considerar ésta particular visión, puede aseverarse que si se trata de una variable vinculada con el trabajo social., tal como lo mencionan:

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno"

Fundamentación legal

En el Tratado de funcionamiento de la Unión Europea, en el Título XIV, referente a la Salud Pública, Artículo 168.1. Menciona lo siguiente. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana.

La acción de la Unión, que complementará las políticas nacionales, se encaminará a mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud física y psíquica. Dicha acción abarcará la lucha contra las enfermedades más graves y ampliamente difundidas, apoyando la investigación de su etiología, de su transmisión y de su prevención, así como la información y la educación sanitarias, y la vigilancia de las amenazas transfronterizas graves para la salud, la alerta en caso de tales amenazas y la lucha contra ellas.

De acuerdo con la Constitución de la República del Ecuador (2008), en la Sección séptima, sobre las personas con enfermedades catastróficas, Art. 32.-

Cita que: 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.

De igual forma en el Capítulo Tercero sobre Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, en el Art. 35.-Las personas adultas mayores, niñas, niñas 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.

Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

La Sección séptima sobre Personas con enfermedades catastróficas, en el Art. 50.- El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente

En la Ley de prevención, protección y atención integral, en el Art. 1.- El Estado ecuatoriano garantiza a todas las personas la protección, prevención, diagnóstico, tratamiento de la Diabetes y el control de las complicaciones de esta enfermedad que afecta a un alto porcentaje de la población y su respectivo entorno familiar.

La prevención constituirá política de Estado y será implementada por el Ministerio de Salud Pública. Serán beneficiarios de esta Ley, los ciudadanos ecuatorianos y los extranjeros que justifiquen al menos cinco años de permanencia legal en el Ecuador.

En el Art. 2.- Créase el Instituto Nacional de Diabetología - INAD, Institución Pública adscrita al Ministerio de Salud Pública, con sede en la ciudad de Quito, que podrá tener sedes regionales en las ciudades de Guayaquil, Cuenca y Portoviejo o en otras ciudades del país de acuerdo con la incidencia de la enfermedad; tendrá personería jurídica, y su administración financiera, técnica y operacional será descentralizada.

La Ley orgánica de salud, en el Título Preliminar, Capítulo I, Del derecho a la salud y su protección, en el Art. 3. Menciona que:

La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de

interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

El mismo documento legal, en el Capítulo III, correspondiente a las enfermedades no transmisibles, en el Art. 69.-La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico — degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.

Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos.

Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables

Por otra parte, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), en el Programa de Protección Social: Red de Protección, junto con el Ministerio de Salud Pública, en lo referente a los Hospitales Públicos, se cita:

El acuerdo interministerial N° 002 – 2008 del Concejo de Política Sectorial de Desarrollo Social del componente de salud en emergencias individuales conforman la Red de Protección Social para Apoyo Emergente en Situaciones Catastróficas Individuales a Personas y Hogares Ecuatorianos, cubrirá a todos y todas las ecuatorianas y extranjeros residentes en territorio ecuatoriano que lo requieran; determinando la atención y resolución de patologías consideradas como catastróficas (entre ellas la IRC y trasplante de órganos) y la atención a sus discapacidades.

Decreto Ejecutivo N° 1138, con fecha 19 de abril de 2012, dispuso que las personas que padecen enfermedades catastróficas, raras o huérfanas, definidas como graves y crónicamente debilitantes que amenazan la vida, serán beneficiarias del bono Joaquín Gallegos Lara.

En el Ecuador, **14.479 personas son beneficiarias del Programa Joaquín Gallegos Lara** que consiste en la entrega de una ayuda económica de 240 dólares a un familiar cuidador o persona que se haga responsable del cuidado de una persona que padece de discapacidad física o intelectual severas, dicha ayuda es pagado a través del Banco Nacional de Fomento.

El Capítulo III, que refiere las enfermedades no transmisibles, en el Art. 69.- afirma: La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico — degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.

Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos.

Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables

El mismo Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), en el Programa de Protección Social: Red de Protección, junto con Ministerio de Salud Pública. Hospitales Públicos, cita el Acuerdo interministerial N° 002 – 2008 del Concejo de Política Sectorial de Desarrollo Social del componente de salud en emergencias individuales conforman la Red de Protección Social para Apoyo

Emergente en Situaciones Catastróficas Individuales a Personas y Hogares Ecuatorianos, cubrirá a todos y todas las ecuatorianas y extranjeros residentes en territorio ecuatoriano que lo requieran; determinando la atención y resolución de patologías consideradas como catastróficas (entre ellas la IRC y trasplante de órganos) y la atención a sus discapacidades.

Decreto Ejecutivo N° 1138, con fecha 19 de abril de 2012, dispuso que las personas que padecen enfermedades catastróficas, raras o huérfanas, definidas como graves y crónicamente debilitantes que amenazan la vida, serán beneficiarias del bono Joaquín Gallegos Lara.

En el Ecuador, **14.479 personas son beneficiarias del Programa Joaquín Gallegos Lara** que consiste en la entrega de una ayuda económica de 240 dólares a un familiar cuidador o persona que se haga responsable del cuidado de una persona que padece de discapacidad física o intelectual severas, dicha ayuda es pagado a través del Banco Nacional de Fomento.

Categorías Fundamentales

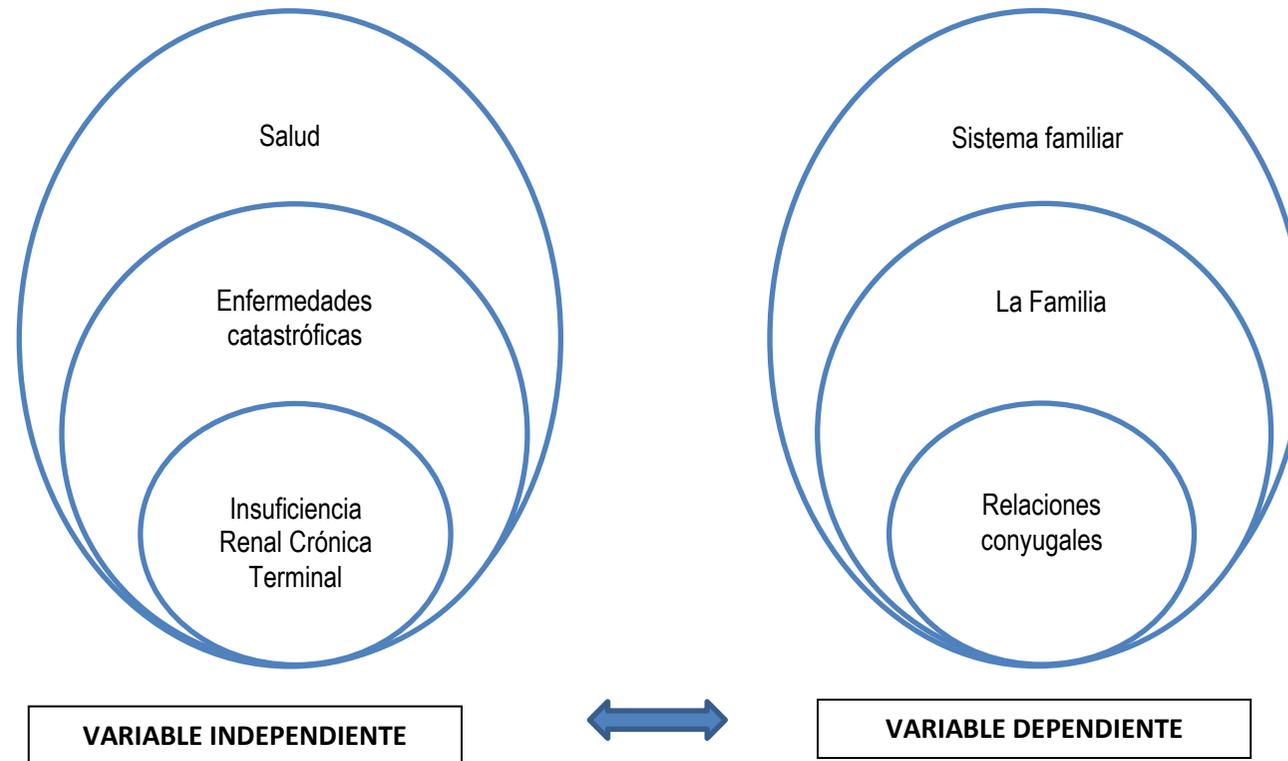


Gráfico No. 2: Categorías fundamentales
Elaborado por: Guerrero, P (2014)
Fuente: Influencia Renal y Relación Conyugal

Subordinación Conceptual

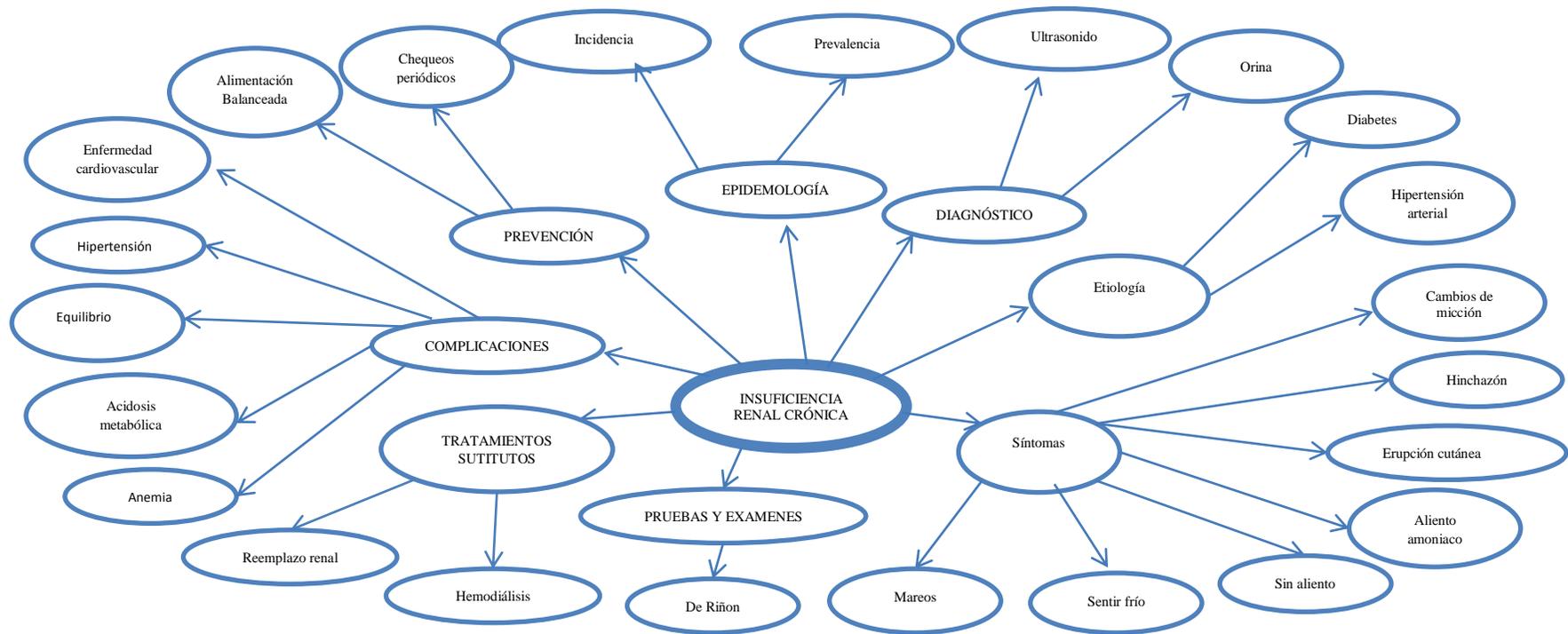


Grafico No. 3. Categorías fundamentales (Variable Independiente)

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Fuente: Categorías fundamentales

Subordinación Conceptual

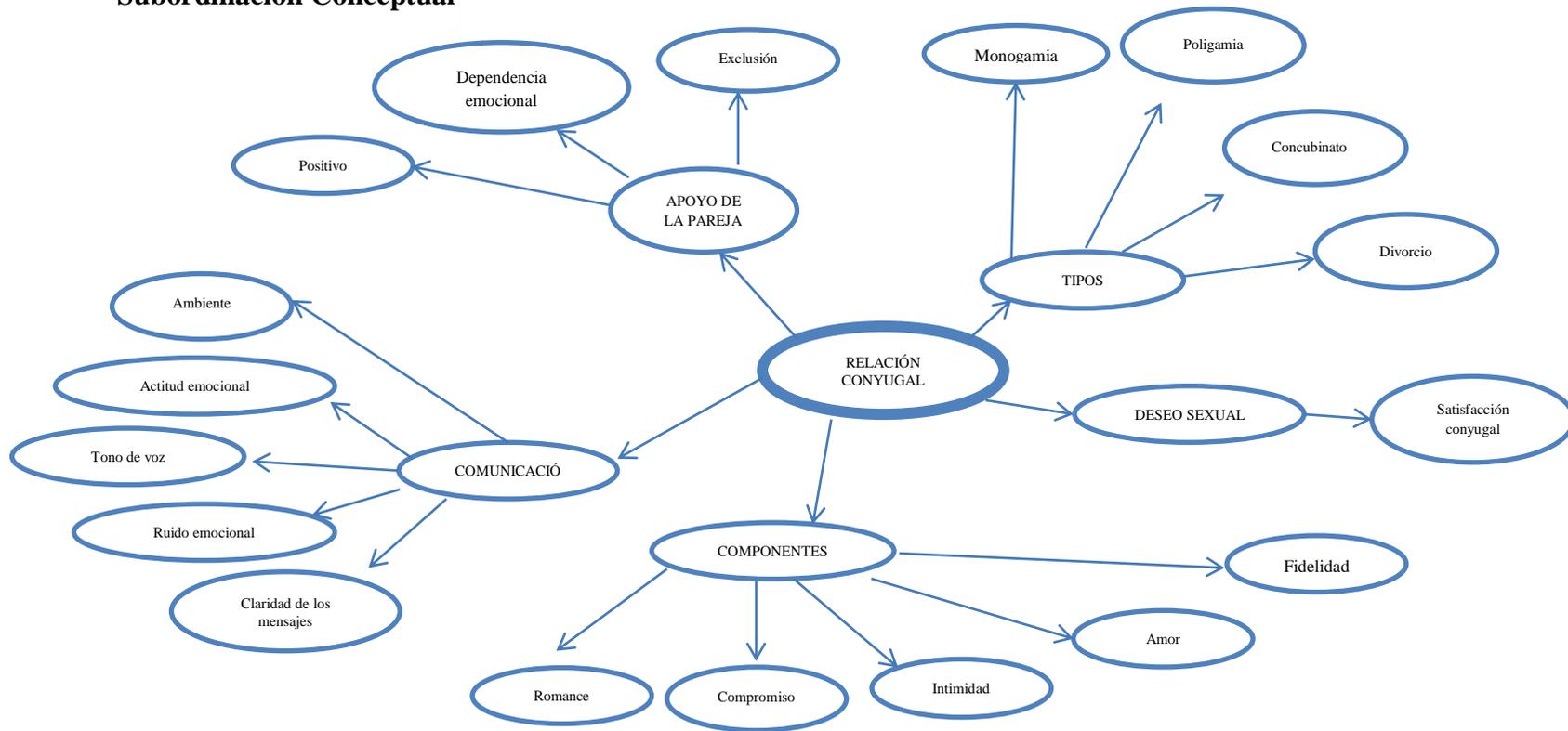


Grafico No. 4. Categorías fundamentales (Variable Dependiente)

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Fuente: Categorías fundamenta

SALUD

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1.948), menciona que el término salud tendría las siguientes acepciones:

"La salud se mide por el impacto que una persona puede recibir sin comprometer su sistema de vida. Así, el sistema de vida se convierte en criterio de salud.". "Una persona sana es aquella que puede vivir sus sueños no confesados plenamente."...

MoshéFeldenkrais

La salud (del latín salus, -ūtis) es un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser visto a nivel subjetivo (un ser humano asume como aceptable el estado general en el que se encuentra) o a nivel objetivo (se constata la ausencia de enfermedades o de factores dañinos en el sujeto en cuestión). El término salud se contrapone al de enfermedad, y es objeto de especial atención por parte de la medicina.

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, según la definición presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su constitución aprobada en 1948. Este concepto se amplía a: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades."

En la salud, como en la enfermedad, existen diversos grados de afectación y no debería ser tratada como una variable dicotómica. Así, se reformularía de la siguiente manera: "La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades".

También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como a nivel macro (social). En 1992 un investigador amplió la definición de la OMS, al agregar: "y en armonía con el medio ambiente"

ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

En el artículo publicado por Proaño Carla (2011), se menciona que:

Las enfermedades pueden definirse de diversas maneras, desde el punto de vista clínico, corresponden a cualquier patología que, además de una dificultad técnica en su resolución, implica un alto riesgo en la recuperación y alguna probabilidad de muerte.

En lo económico, una enfermedad catastrófica involucra un desembolso monetario significativo, que excede a lo normal. Estas tienen en general un fuerte impacto, provocando un estado de insolvencia financiera temporal o definitiva.

Las enfermedades catastróficas según consta en la nueva Ley Orgánica de Salud, se configuran en aquellos conflictos en la salud de las personas, que amenazan la vida, provocándoles una discapacidad a largo plazo y cuyos costos de atención médica, comprometen la independencia financiera; es decir que el valor de su tratamiento mensual, es mayor al de una canasta familiar básica según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC).

Las modificaciones que se realizaron en la Ley Orgánica de Salud según Carlos Estévez, representante del grupo de familiares y pacientes que padecen enfermedades raras, contemplan cuatro pilares.

El primero, la educación a los profesionales de la salud para que puedan detectar a tiempo las enfermedades para establecer el tratamiento adecuado. Segundo, que existan en el país todos los medicamentos y tratamientos para los ciudadanos que adolecen estas enfermedades. Tercero, el desarrollo de investigaciones que permitan potenciar al Ecuador como un referente en investigación de enfermedades raras y cuarto, la apertura para establecer convenios internacionales para el intercambio de investigaciones y así dar soluciones a las enfermedades raras.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

En el año 2002 la NationalKidneyFoundation de Estados Unidos en las guías K/DOQI definió a la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) como la presencia de daño renal con una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anormalidades estructurales o funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular (TFG) a menos de 60ml/min/1.73m² (K/DOQI,2002). La IRC es un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente lleva a un estado terminal, en el que el paciente requiere terapia de reemplazo renal (TRR), es decir diálisis o trasplante para poder vivir. (Venado Estrada, 2009, pp: 14-15).

Ajay K. Israni, B. L. (2007). Informa que la TFG es el mejor método para calcular la función renal. Esta consiste en medir la depuración renal de una sustancia, es decir el volumen de plasma del que puede ser eliminada una sustancia completamente por unidad de tiempo (Ajay K. Israni, 2007).

Las guías (KidneyDiseaseImproving Global Outcomes (KDIGO) , 2005) recomiendan la estimación de la TFG mediante la fórmula de MDRD (ModifiedDiet in Renal Disease) o la de Cockroft-Gault.

Cockroft-Gault = $((140-\text{edad}) \times \text{peso}) / 72 \times \text{Cr sérica} \times 0.85$ si es mujer

MDRD = $(186 \times \text{Cr sérica}^{-1.154} \times \text{edad}^{-0.203}) \times 0.742$ si es mujer $\times 1.212$ si es de raza negra

Epidemiología

a) **Incidencia:** Pasqualini, T. y Ferraris, J. (2003, p.731-736.), afirman al respecto que se ha estimado que al menos 8 millones de estadounidenses tienen una velocidad de filtración glomerular (VFG) disminuida en grado leve a moderado (fases 3 y 4 con una VFG 30-59 y 15-29 mL/min/1,73 m² respectivamente).

En Estados Unidos, se ha encontrado que la prevalencia de la enfermedad renal crónica abarca aproximadamente a un 13% de la población general, y que aumenta con la edad.

*b) **Prevalencia:*** La prevalencia de una baja velocidad de filtración glomerular suele ser más baja entre mexicanos viviendo en los Estados Unidos que la población blanca.

En Chile, la prevalencia de la ERC en fases 3 y 4 es 5,7% y 0,2%, respectivamente.¹ En España el número de pacientes en diálisis a finales del año 2002 era de 6.620 con un incremento anual del 4%. (Coresh, J. y otros 2008.pp. 14-5). Algunos estudios preliminares en las áreas suburbanas de grandes ciudades españolas sitúan la prevalencia global en 99 pacientes con IRC por cada enfermo en diálisis (Medline Plus: agosto de 2007).

El retardo de crecimiento y el desarrollo puberal muy tardío siguen siendo uno de los serios problemas de los niños con insuficiencia renal crónica.

Diagnóstico

En muchos pacientes con ERC, ya son conocidas enfermedades renales previas u otras enfermedades subyacentes. Un número pequeño presenta con ERC de causa desconocida.

En estos pacientes, ocasionalmente una causa es identificada retrospectivamente. Es importante distinguir la ERC de la insuficiencia renal aguda (IRA) porque la IRA puede ser reversible. Debe hacerse una evaluación física minuciosa. También son útiles los estudios de imagen como la tomografía computada, la pielografía intravenosa (estudio para evaluar las características de los riñones y el sistema de drenaje) y la angiografía (inyección de un líquido que permite evaluar las arterias que nutren al riñón). Debido a que hay pocos síntomas en los inicios de la enfermedad,

diagnóstico depende de las pruebas de laboratorio. Para ello es necesario reconocer ciertas anomalías o “marcadores” renales como la presencia de proteínas en la orina y disminución de la función renal por más de tres meses.

Se utilizan varias pruebas diagnósticas para determinar el funcionamiento de los riñones. Algunas de estas pruebas son:

- Creatinina. Es un producto de desecho que produce el organismo cuando convierte alimentos en energía y como resultado de la actividad muscular normal. Los riñones filtran la creatinina de la sangre y la desechan a través de la orina, en la enfermedad renal crónica se observan niveles altos de creatinina.
- Tasa de filtración glomerular. Mide la tasa en la que los riñones filtran la sangre y se considera una excelente medida de la función renal.
- Pruebas de orina. Puede detectarse la presencia de células rojas o blancas en la orina, lo que es un signo de la función renal.
- Micro albúmina. Esta prueba se utiliza para detectar en la orina pequeñas cantidades de una proteína llamada albúmina.

a) **Ultrasonido abdominal:** Comúnmente es realizado el ultrasonido abdominal, en el cual se mide el tamaño de los riñones. Los riñones en la ERC usualmente son más pequeños que los riñones normales (< 9 cm), con excepciones notables por ejemplo en la nefrología diabética y en la enfermedad del riñón poliquístico. (Ribeiro, Rita de Cássia Helú Mendonça et al.: 2008, pp. 207-211)

En general es una enfermedad silenciosa, la mayoría de las personas no presentan síntomas al comienzo, pero cuando la función renal ha avanzado puede haber:

- Dolor de cabeza frecuente
- Fatiga

- Comezón en todo el cuerpo

Si el deterioro renal persiste, además pueden presentarse otros síntomas debido a que el cuerpo es incapaz de auto limpiarse de los productos de desecho y el exceso de agua, (esta alteración es conocida como uremia):

- Orina frecuente
- Hinchazón en piernas, tobillos, pies, cara o manos
- Sensación de sabor metálico en la boca
- Náusea y vómito
- Pérdida del apetito
- Acortamiento de la respiración
 - Sensación de frío
 - Alteraciones en la concentración
 - Mareo
 - Dolor. de piernas o calambres musculares

b) Orina: La proteína persistente en la orina es un signo de daño renal. Una proteína en orina más alta significa que hay mayores posibilidades de que la insuficiencia renal pueda empeorar y que sufra una enfermedad cardíaca.

Etiología

Las causas de IRC se pueden agrupar en enfermedades vasculares, enfermedades glomerulares, túbulo intersticiales y uropatías obstructivas. Actualmente en nuestro país la etiología más frecuente es la diabetes mellitus, siendo responsable del 50% de los casos de enfermedad renal (USRDS), seguida

por la hipertensión arterial y las glomerulonefritis. La enfermedad renal poliquística es la principal enfermedad congénita que causa IRC.

La TFG puede disminuir por tres causas principales: pérdida del número de nefronas por daño al tejido renal, disminución de la TFG de cada nefrona, sin descenso del número total y un proceso combinado de pérdida del número y disminución de la función. La pérdida estructural y funcional del tejido renal tiene como consecuencia una hipertrofia compensatoria de las nefronas sobrevivientes que intentan mantener la TFG. (Venado Estrada, y otros: 2009, pp: 14-15).

La pérdida estructural y funcional del tejido renal son lo que intentan mantener la TFG.

Este proceso de hiperfiltración adaptativa es mediado por moléculas vaso activas, proinflamatorias y factores de crecimiento que a largo plazo inducen deterioro renal progresivo.

En las etapas iniciales de la IRC esta compensación mantiene una TFG aumentada permitiendo una adecuada depuración de sustancias; no es hasta que hay una pérdida de al menos 50% de la función renal que se ven incrementos de urea y creatinina en plasma.

Cuando la función renal se encuentra con una TFG menor del 5 a 10% el paciente no puede subsistir sin TRR.

Este proceso de hiperfiltración adaptativa es mediado por moléculas vaso activas, proinflamatorias y factores de crecimiento que a largo plazo inducen deterioro renal progresivo.

En las etapas iniciales de la IRC esta compensación mantiene una TFG aumentada; no es hasta que hay una pérdida de al menos 50% de la función renal que se ven incrementos de urea y creatinina en plasma. Cuando la función renal se encuentra con una TFG menor del 5 a 10% el paciente no puede subsistir sin TRR.

Las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de morbimortalidad en los pacientes con IRC, ocasionando 30 veces más riesgo de morir que el de la población general. Este riesgo puede ser atribuible a una correlación entre la uremia y la aterosclerosis acelerada. En pacientes con IRC es frecuente encontrar factores de riesgo cardiovasculares tradicionales, como la hipertensión arterial, dislipidemias, edad avanzada, DM y tabaquismo; así como manifestaciones asociadas a la uremia como homocisteinemia, anemia, hipervolemia, inflamación, hipercoagulabilidad y estrés oxidativo, que por sí mismas aumentan el riesgo cardiovascular.

Los pacientes de ERC sufren de aterosclerosis acelerada y tienen incidencia más alta de enfermedades cardiovasculares, con un pronóstico más pobre, inicialmente no tiene síntomas específicos y solamente puede ser detectada como un aumento en la creatinina del plasma sanguíneo.

A medida que la función del riñón disminuye:

- La presión arterial está incrementada debido a la sobrecarga de líquidos y a la producción de hormonas vaso activas que conducen a la hipertensión y a una insuficiencia cardíaca congestiva
- La urea se acumula, conduciendo a la azoemia y en última instancia a la uremia (los síntomas van desde el letargo a la pericarditis y a la encefalopatía)
- El potasio se acumula en la sangre (lo que se conoce como hiperpotasemia), con síntomas que van desde malestar general a arritmias cardíacas fatales
- Se disminuye la síntesis de eritropoyetina (conduciendo a la anemia y causando fatiga)
- Sobrecarga de volumen de líquido, los síntomas van desde edema suave al edema agudo de pulmón peligroso para la vida
- La hiperfosfatemia, debido a la retención de fosfato que conlleva a la hipocalcemia (asociado además con la deficiencia de vitamina D3) y al

hiperparatiroidismo secundario, que conduce a la osteoporosis renal, osteítis fibrosa y a la calcificación vascular

- La acidosis metabólica, debido a la generación disminuida de bicarbonato por el riñón, conduce a respiración incómoda y después al empeoramiento de la salud de los huesos

En las etapas iniciales de la ERC, cuando las manifestaciones clínicas y resultados de laboratorio son mínimas o inexistentes, el diagnóstico puede ser sugerido por la asociación de manifestaciones inespecíficas por parte del paciente, tales como fatiga, anorexia, pérdida de peso, picazón, náuseas o hemólisis, la hipertensión, poliuria, nicturia, hematuria o edema. Los principales síntomas son: nicturia, poliuria u oliguria, edema, hipertensión arterial, debilidad, fatiga, anorexia, náuseas, vómito, insomnio, calambres, picazón, palidez cutánea, xerosis, miopatía proximal, dismenorrea y/o amenorrea, atrofia testicular, impotencia, déficit cognitivos o de atención, confusión, somnolencia, obnubilación y coma. (RIBEIRO, Rita de Cássia: 2008, pp. 207-211).

a) **Diabetes:** La insuficiencia renal crónica es una de tantas complicaciones a largo plazo que puede presentarse en pacientes con diabetes mellitus 1 y 2 mal controlados, que no llevan una dieta, ejercicio ni cuidados propios que requiere la enfermedad. En México se estima una incidencia de pacientes con insuficiencia renal crónica de 377 casos por millón de habitantes; sin embargo, esta cifra pudiera ser incierta por los cientos de casos de pacientes que ni siquiera saben que tienen diabetes mellitus ni mucho menos una posible falla en el riñón. ((Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. Distrito Federal, México 2011)

b) **Hipertensión arterial:** La hipertensión arterial es tanto una causa como una complicación de la IRC. Como complicación, la hipertensión arterial puede manifestarse incluso con ligeras reducciones de la TFG. Los efectos adversos asociados a la hipertensión no controlada incluyen progresión acelerada de la IRC,

desarrollo precoz y progresión más rápida de la enfermedad cardiovascular y mayor riesgo de accidente cerebrovascular.

El tratamiento antihipertensivo comprende cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico hasta mantener una presión arterial objetivo <130/80 mm Hg. Los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) y los bloqueadores del receptor de la angiotensina son los fármacos de primera elección. Además de disminuir la presión arterial, se ha demostrado que estos agentes reducen la proteinuria y ralentizan la progresión de la IRC.

Síntomas

Muchas de las personas que sufren insuficiencia renal crónica no lo saben porque los primeros síntomas suelen ser imperceptibles. Se puede tardar varios años en pasar de insuficiencia renal crónica (IRC) a enfermedad renal. Algunas personas que sufren IRC llegan al final de su vida sin haber desarrollado la enfermedad renal.

Sin embargo, para todos los que se encuentran en cualquier fase de la insuficiencia renal, el conocimiento es poder. Saber cuáles son los síntomas de insuficiencia renal puede permitirle recibir el tratamiento necesario para sentirse mejor. Si Vd. cuenta, o conoce a alguien, con uno o más de los siguientes síntomas de insuficiencia renal, o siente preocupación por problemas renales, visite a su médico para que le realice pruebas de orina y sangre. Recuerde, muchos de los síntomas pueden deberse a causas no relacionadas con la insuficiencia renal. La única manera de saber la causa de los síntomas es visitando a su médico. (lifeoptions.Org, en el artículo: “10 síntomas de enfermedad renal”)

- a) **Cambios de micción:** Los riñones producen orina y cuando fallan la orina cambia.

¿Cómo?

- A lo mejor tiene que levantarse durante la noche a orinar.

- La orina puede ser espumosa o con burbujas. Tiene que orinar con más frecuencia, o con mayor cantidad de lo normal, con orina pálida.
- Orina con menos frecuencia, en cantidades menores de lo normal con orina oscura.
- Su orina contiene sangre.
- Se siente apesurado o tiene dificultad para orinar.

Lo que los pacientes dicen:

"Cuando vas al servicio no puedes orinar completamente. Sientes estrechez en la parte inferior, con mucha presión."

"Empecé a darme cuenta de mi orina. Empecé a ir frecuentemente al servicio y cuando llegaba, no ocurría nada. Piensas, tengo que ir al servicio y cuando estás ahí: dos, tres gotas."

"Salía sangre en mi orina. Era tan oscura que parecía zumo de uva. Y cuando llegué al hospital pensaban que estaba mintiendo sobre el color de mi orina."

b) Hinchazón. Los riñones con insuficiencia no pueden deshacerse del fluido extra, que va acumulándose en el cuerpo ocasionando hinchazón de piernas, tobillos, pies, cara y manos.

Lo que los pacientes dicen:

"Recuerdo que mis tobillos estaban muy hinchados. Estaban tan grandes que no podía ni ponerme los zapatos."

"A mi hermana comenzó a caérsele el pelo, perdía peso pero su cara estaba hinchada hasta que averiguó lo que ocurría con ella."

"Cuando iba a trabajar un día por la mañana mi tobillo izquierdo estaba hinchado, realmente hinchado, y me encontraba agotado de tan solo ir andando a la parada de autobús.

Entonces comprendí que tenía que ir a visitar a mi médico."

c) **Erupción cutánea/picor.** Los riñones eliminan los desechos de la sangre. Cuando los riñones fallan, los desechos van acumulándose en la sangre y pueden ocasionar fuerte picor.

Lo que los pacientes dicen:

"No se trata de un picor en la piel o similar, llega hasta el mismo hueso. Tengo que utilizar un cepillo para aliviarme. Hasta tenía sangre en la espalda de tanto rascarme."

"Mi piel se había abierto del picor y de tanto rascarme."

d) **Sabor metálico en la boca/aliento a amoníaco:** La acumulación de desechos en la sangre (denominada *uremia*) puede cambiar el sabor de los alimentos y ocasionar mal aliento. También puede notar que deja de gustarle la carne o que está perdiendo peso porque no le apetece comer.

Lo que los pacientes dicen:

"Sabor asqueroso en la boca. Como si estuviera bebiendo hierro."

"Ya no tiene el apetito que solía tener."

"Antes de comenzar la diálisis llegué a perder cinco Kgs."

e) **Falta de aliento:** La dificultad en recuperar el aliento puede estar relacionado con los riñones de dos maneras. Primero, el fluido extra del cuerpo puede acumularse en los pulmones. Y segundo, la *anemia* (falta de glóbulos rojos transportadores de oxígeno) puede dejar su cuerpo necesitado de oxígeno y con falta de aliento.

Lo que los pacientes dicen:

"Me resulta alarmante experimentar falta de aliento, me da miedo. Creo que me voy a caer o similar y lo que suelo hacer es sentarme un rato."

"No podía dormir por la noche. No podía recuperar el aliento, como si me estuviera ahogando o similar. Y la hinchazón, no podía respirar, no podía ir andando a ningún sitio. Me sentía mal."

"Subes unos cuantos peldaños y te quedas sin aliento, o trabajas y te cansas y tienes que parar."

f) **Sentir frío:** La anemia puede hacer que continuamente sientas frío, incluso en una habitación caliente.

Lo que los pacientes dicen:

"Me he dado cuenta de que a veces tengo tanto frío que siento escalofríos."

"A veces tengo mucho, mucho frío. Puede que haga calor y yo sigo teniendo frío."

g) **Mareos y problemas de concentración.** Padecer anemia relacionada con insuficiencia renal significa que su mente no recibe suficiente oxígeno. Lo que puede conllevar fallos de memoria, problemas de concentración y mareos.

Lo que los pacientes dicen:

"Lo sé y le comenté a mi mujer lo de la memoria, no puedo ni recordar lo que hice la semana pasada o quizás lo que hice hace dos días. No podía concentrarme, me gusta mucho hacer crucigramas y leer."

"Siempre estaba cansado y mareado."

"Llegó un momento en el que estaba en el trabajo y, de repente, comenzaba a sentirme mareado. Así que pensé que se debía a la tensión arterial o a la diabetes, que iba mal. Eso era lo que pasaba por mi mente."

Pruebas y exámenes

a) **Específicos de riñón:** Creatinina

Otra pista de diagnóstico que ayuda a diferenciar la ERC de la IRA es un aumento gradual de la creatinina del suero (sobre varios meses o años) en comparación con un aumento repentino en la creatinina del suero (de varios días a semanas). Si estos niveles no están disponibles (porque el paciente ha estado bien y no ha tenido ningún análisis de sangre), ocasionalmente es necesario tratar a un paciente brevemente como si tuviera IRA hasta que se establezca si el empeoramiento renal es irreversible.

En los pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con diálisis estándar se van acumulando numerosas toxinas urémicas (ver el enlace). Estas toxinas muestran varias actividades citotóxicas en el suero, tienen diversos pesos moleculares y algunas de ellas están enlazadas a otras proteínas, primariamente a la albúmina.

Tales sustancias tóxicas, ligadas a proteínas, están recibiendo la atención de los científicos interesados en mejorar los procedimientos estándar hoy usados para la diálisis crónica. (RIBEIRO, Rita de Cássia Helú Mendonça et al: 2009, p: 210)

Tratamientos Sustitutos

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) tiene dos alternativas de tratamiento: la diálisis o el trasplante.

Ninguna de estas alternativas consigue sustituir las funciones endocrinas y metabólicas del riñón, pero sí las de regulación del equilibrio hidroelectrolítico del organismo, lo cual es suficiente para que una persona con IRC pueda vivir. Por el contrario, mediante el trasplante renal se consigue restablecer en el organismo todas las funciones del riñón, de modo que, para aquellas personas con unas condiciones físicas adecuadas para someterse a un trasplante, la diálisis es un tratamiento de espera hasta que hay un órgano disponible

a) **Hemodiálisis:** La hemodiálisis consiste en utilizar un circuito extracorpóreo para eliminar sustancias tóxicas y exceso de líquido. Los tres componentes principales de la diálisis son: el dializador, el sistema de transporte y la composición del líquido de diálisis. La sangre se pone en contacto con el líquido de diálisis a través de una membrana semipermeable.

El movimiento de sustancias y agua ocurre por procesos de difusión, convección y ultrafiltración. La difusión es el principal mecanismo por el cual se eliminan moléculas y depende de la diferencia entre la concentración plasmática y del líquido de diálisis, el área de superficie de la membrana semipermeable y el coeficiente de difusión de la membrana. El tamaño y la carga de la molécula influyen directamente en su paso por la membrana semipermeable. (Venado Estrada, y otros: 2009, pp: 14-15).

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

La hemodiálisis requiere establecer de manera temprana un acceso vascular que permita la entrada y salida de sangre. Existen diferentes tipos de acceso:

la fístula arteriovenosa (FAV), el injerto y el catéter central. La FAV es una anastomosis que se realiza entre una arteria y una vena. Las más utilizadas son las fístulas radiocefálica, braquiocefálica y braquiobasílica.

Cuando no es posible realizar una FAV se utiliza un injerto para establecer una conexión entre una arteria y una vena. Los injertos tienen la ventaja de poder ser utilizados semanas después de su colocación y son relativamente fáciles de canular (Windus DW, 1992).

Cuando se requiere de hemodiálisis con urgencia, cuando ocurrió fracaso del primer acceso o cuando hubo remisión tardía del paciente al nefrólogo se utiliza el catéter venoso central, que no es el más adecuado por su alto índice de complicaciones, siendo la bacteremia la más importante. (Windus DW, J. M.: 1992, pp: 448-452)

En la IRC la hemodiálisis debe ser iniciada el momento en el que todavía hay función renal residual suficiente como para que no haya una uremia manifiesta. Actualmente las técnicas de hemodiálisis siguiendo un régimen de 5 horas 3 veces por semana, solamente alcanzan una depuración equivalente a 20 ml/min en un individuo de 70 kg.

La prescripción de la modalidad de hemodiálisis debe realizarse en función de las características del paciente. Gotch y Sargent (Gotch FA, 1985) propusieron utilizar el parámetro Kt/V , donde K es depuración de urea, duración de la sesión de diálisis, y V volumen de distribución de la urea, observando que un $Kt/V > 0.8$ se asociaba a una mejor evolución clínica. (Gotch FA, S. J. 1985: pp28, 526-34).

b) Reemplazo renal: El trasplante renal consiste en colocar el riñón de otra persona en el cuerpo de un paciente mediante cirugía. El injerto es colocado en el interior de la parte baja del abdomen y generalmente se conectan la arteria y vena renal del injerto a la arteria iliaca externa y la vena iliaca del paciente. La sangre del paciente fluye a través del riñón trasplantado y el riñón donado comienza a producir orina y a realizar sus funciones. El trasplante renal es la única modalidad de TRR que realmente previene el desarrollo de uremia. No todos los pacientes con IRC son candidatos a trasplante renal por lo que su evaluación adecuada minimiza la morbilidad y mortalidad, al igual que mejora la calidad de vida. (Venado Estrada y otros: 2009, pp: 22).

Hay varias circunstancias que se consideran contraindicaciones para el trasplante renal, en general se acepta que los pacientes cuya esperanza de vida es menor a 2 años no son candidatos a trasplante renal.

Otras contraindicaciones son:

- 1) enfermedades sistémicas incorregibles con corta esperanza de vida,
- 2) falla renal reversible,
- 3) historia reciente de cáncer o malignidad intratable,
- 4) enfermedad psiquiátrica grave y abuso de sustancias,
- 5) falta de apego al tratamiento,
- 6) infección crónica o activa,
- 7) oxalosis Primaria y
- 8) potencial de rehabilitación limitado (Bunnapradist S). La enfermedad cardiovascular no controlada también es un impedimento. (Venado Estrada y otros: 2009, pp: 22).

La edad no es una contraindicación absoluta para un trasplante (García M, 2006), sin embargo, se debe considerar la condición general de los pacientes así como sus enfermedades para estimar su probable sobrevida.

El trasplante renal de donador vivo relacionado es la mejor opción de terapia de reemplazo renal en pacientes con IRCT. La sobrevida media del injerto de donador cadavérico a uno y 5 años es del 88% y 63%, respectivamente. Mientras que los injertos de donador vivo relacionado tienen una sobrevida de 94% y 76%, respectivamente. (García M, O. F.: 2006.pp 60-61).

Complicaciones

Entre las complicaciones potenciales de la diálisis cabe citar las siguientes (Gutierrez, 2011):

1. Infección del acceso vascular, trombosis o aneurismas.

2. Cardiovasculares: La hipotensión es la complicación más frecuente de la hemodiálisis, por pérdidas de líquido en el circuito extracorpóreo: otras son, HTA,

Insuficiencia cardíaca de gasto elevado por fístulas arteria venosas anormalmente dilatadas, isquemia miocárdica, y arritmias cardíacas de causa multifactorial.

3. Neurológicas: El denominado síndrome de desequilibrio, se debe a edema cerebral por una rápida corrección de alteraciones hidroelectrolíticas, y se caracteriza por la presencia durante o poco después de la sesión de hemodiálisis de una o varias de las siguientes manifestaciones: cefalea, náuseas, vómitos, HTA, calambres, síndrome confusional, convulsiones y/o coma.

Otras complicaciones neurológicas son el hematoma subdural (que puede ser bilateral), y la demencia dialítica, de origen multifactorial aunque atribuida fundamentalmente a niveles altos de aluminio en el SNC.

4. Complicaciones infecciosas: infecciones por los virus hepatotropos B y C.

5. Nutricionales: Pérdida de vitaminas hidrosolubles, aminoácidos y oligoelementos.

6. Hematológicas: anemia por hemorragia, hemólisis o por retorno incompleto de la sangre desde el dializador.

7. Otras: Acidosis o alcalosis metabólica, alcalosis respiratoria, hipopotasemia.

Del equipo:

1. Embolia aérea o entrada de aire al paciente por ruptura o desconexión de las líneas.

2. Ruptura del filtro.

3. Error en la selección del concentrado indicado individualmente al paciente

a) **Anemia:** Aproximadamente una cuarta parte de los pacientes con NC en las primeras fases presentan anemia renal; la tasa de prevalencia aumenta hasta aproximadamente el 75% en la fase terminal, cuando se hace necesaria la diálisis. Otros autores consideran que esta cifra puede llegar hasta el 95% en los pacientes dializados. Se espera que la carga de la anemia renal aumente significativamente durante los siguientes años mientras siga aumentando la incidencia de enfermedades como la diabetes, una de las principales causas de IRC.

La anemia consiste en la disminución de glóbulos rojos y hemoglobina en la sangre, que tiene como consecuencia una menor capacidad de ésta para transportar oxígeno. La principal causa de anemia en pacientes con NC es la incapacidad de los riñones afectados para secretar la cantidad suficiente de eritropoyetina, una hormona que regula la producción de glóbulos rojos.

Otros factores que pueden contribuir a la anemia son la deficiencia de hierro, la menor vida de los glóbulos rojos en presencia de uremia, hemorragias gastrointestinales, hiperparatiroidismo grave, malnutrición proteica e inflamación.

Los estudios realizados sugieren que el tratamiento de la anemia (cuando la concentración de hemoglobina sea $< 13,5$ g/dl en hombres y $< 11,5$ g/dl en mujeres) puede ralentizar la progresión de la IRC.

b) **Acidosis metabólica:** Los trastornos del Equilibrio ácido-base son una complicación importante en pacientes con IRC en Estadio avanzado, esto es debido a que el riñón es un principal regulador en el equilibrio ácido-básico del organismo, excretando Hidrogeniones (H^+) y reteniendo Bicarbonato (HCO_3^-) para mantener el equilibrio en situaciones como la alcalosis respiratoria o la acidosis respiratoria.

Al no existir una adecuada excreción de H^+ y una producción disminuida de HCO_3^- se produce una alteración paulatina del equilibrio ácido-básico, ocasionando Acidosis metabólica crónica.

En la actualidad la Acidosis Metabólica crónica es usada como un criterio de elegibilidad para diálisis en pacientes con IRC Estadio 5. (Pasqualini, T. Y Ferraris, J. ; 2003, vol.63, no.6, p.731-736.)

*c) **Equilibrio electrolítico:*** Los trastornos del metabolismo del calcio y del fósforo pueden manifestarse ya con la IRC en la etapa 3 y dar como resultado hiperparatiroidismo secundario y trastornos óseos (osteodistrofia renal). Los riñones desempeñan un importante papel en el mantenimiento de la salud ósea al activar la vitamina D, que aumenta la absorción del calcio por parte de los intestinos y que excreta el fosfato sobrante en la orina.

Los pacientes con IRC carecen de vitamina D activa y tienen retención de fosfato, lo que produce una deficiencia de calcio (hipocalcemia) y un exceso de fósforo (hiperfosfatemia) en la circulación. La deficiencia de calcio estimula la liberación de la hormona paratiroidea (PTH), que obtiene calcio de los huesos. Con el tiempo, las glándulas paratiroideas se hiperactivan y cada vez segregan mayores cantidades de PTH.

Este trastorno, conocido como hiperparatiroidismo secundario, causa importantes daños óseos, que provocan dolor de huesos, deformidades y un mayor riesgo de sufrir fracturas.

El hiperparatiroidismo secundario anula la eritropoyesis y contribuye a la anemia en los pacientes con NC. Por otra parte, promueve la calcificación vascular, que a su vez aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular.

Las estrategias para prevenir y tratar el hiperparatiroidismo secundario y los trastornos óseos abarcan la suplementación de vitamina D, la restricción del fósforo en la dieta, el uso de fijadores del fosfato (que reducen la absorción de fósforo de la sangre) y el uso de medicamentos que inhiben la secreción de PTH,

como la vitamina D activa. (Pasqualini, T. Y Ferraris, J.; 2003, vol.63, no.6, p.731-736.)

*d) **Malnutrición:*** Los pacientes con IRC corren el riesgo de sufrir malnutrición, asociada a una mayor morbilidad. Diversos factores de la enfermedad renal aumentan el riesgo de malnutrición, incluyendo las restricciones de la dieta, los trastornos del metabolismo proteico y energético, los desequilibrios hormonales, la proteinuria, la pérdida de apetito y la sensación alterada del gusto relacionada con el empeoramiento de la función renal. (Pasqualini, T. Y Ferraris, J.; 2003, vol.63, no.6, p.731-736.)

*e) **Neuropatía:*** La neuropatía se asocia habitualmente a la IRC. Los síntomas relacionados con la disfunción nerviosa aumentan su frecuencia y gravedad cuando la enfermedad renal progresa hacia la fase terminal.

Los síntomas del sistema nervioso central asociados a una reducción de la función renal incluyen fatiga, dificultad para concentrarse, problemas de memoria y trastornos del sueño. Cuando están afectados los nervios periféricos, los pacientes pueden manifestar sensaciones anómalas como prurito y escozor y calambres o debilidad muscular

Los síntomas de neuropatía autónoma incluyen trastornos del ritmo cardíaco y variaciones de la presión arterial. El desarrollo y la progresión de síntomas neurológicos pueden indicar la necesidad de iniciar un tratamiento de sustitución renal. Algunos síntomas pueden mejorar con la diálisis. (PASQUALINI, T. y FERRARIS, J: 2003, p.731-736.)

*f) **Enfermedad cardiovascular:*** La enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbilidad en los pacientes con IRC en cualquiera de sus fases. Las personas con NC son más propensas a morir de ECV que a desarrollar una insuficiencia renal.

Las principales manifestaciones de enfermedad cardiovascular incluyen la cardiopatía coronaria, la enfermedad cerebrovascular, la vasculopatía periférica y la insuficiencia cardíaca congestiva. El mayor riesgo de enfermedad cardiovascular en los pacientes con IRC da como resultado una elevada prevalencia de los factores de riesgo tradicionales y no tradicionales (relacionados con la enfermedad renal). (PASQUALINI, T. y FERRARIS, J: 2003, p.731-736.)

Prevención

Prevención es la acción y efecto de prevenir (preparar con anticipación lo necesario para un fin, anticiparse a una dificultad, prever un daño, avisar a alguien de algo). La prevención, por la tanto, es la disposición que se hace de forma anticipada para minimizar un riesgo. El objetivo de prevenir es lograr que un perjuicio eventual no se concrete. Por eso existe la frase popular que señala que “más vale prevenir que curar” o “mejor prevenir que curar”. (Pasqualini, T. y Ferraris, J: 2003, p.731-736.)

A continuación indicamos algunas medidas de prevención:

- Si usted es diabético: cumplir con su dieta , medicación y control mensual
- Control de la presión arterial y cumplir con el tratamiento indicado
- En caso de tener infección urinaria, cumplir estrictamente el tratamiento indicado y controlarse periódicamente con exámenes de orina para prevenir una re-infección
- Evitar auto medicarse
- Examen de orina por lo menos una vez al año
- De sentir una molestia urinaria acudir al médico

a) Alimentación balanceada: Donal Smith, (2001), afirma que con el inicio de la diálisis el paciente recupera el apetito. Además, puede comer carnes y

pescados en cantidad normal. Ya no hay limitación en el aporte de proteínas, aunque se puede mantener la limitación de los alimentos ricos en sodio y potasio.

- Carnes: Se le recomienda aumentar la ingesta a 1 porción de pollo, carne o pescado en el almuerzo y otra porción en la merienda.
- Grasas: Son más indicadas las de origen vegetal: oliva, maíz, girasol y soja. Deben evitarse las grasas animales: tocino, carnes grasas, vísceras y embutidos.
- Productos lácteos: Recomendamos tomar leche o derivados 1 a 2 veces al día. Conviene alternar una taza mediana de leche otros lácteos equivalentes, como 1 taja de queso o 1 vaso mediano de un yogurt.
- Pan, cereales, pastas: Se recomienda consumir en cada toma del día: desayuno, colación, almuerzo y merienda.
- Los azúcares refinados: Se recomienda disminuir el consumo de azúcares y dulces en el caso de las personas con glucosa elevada en la sangre.
- Los tubérculos, hortalizas, verduras y frutas Son ricos en vitaminas y minerales. Puede completar los platos principales de un modo relativamente libre.
- Productos integrales: Pan, galletas, etc. Se deben tomar con precaución por su alto contenido en fósforo.
- Agua: Debe seguir las recomendaciones de su médico. Normalmente se suele reducir al mínimo tanto el agua de bebida como el agua para cocinar. Depende de la condición del paciente.

b) Chequeos periódicos: Para limpiar la sangre, la HD utiliza una máquina de diálisis y un filtro especial (dializador). La sangre del paciente ingresa a la máquina desde el punto de acceso en el paciente (fístula, injerto vascular o una línea central temporal), se filtra y luego vuelve al paciente. La sangre y los líquidos de diálisis no se mezclan, la sangre fluye a través de una membrana semi-permeable que solo permite el paso de algunas moléculas. Este procedimiento tarda entre 3 y 6 horas y, por lo general, se realiza tres veces por semana.

SISTEMA FAMILIAR

La familia es un sistema abierto, compuesto de elementos humanos que forman una unidad funcional, regida por normas propias, con una historia propia e irrepetible y en constante evolución.

El crecimiento de una familia se produce por la relación de sus miembros entre sí y con otros sistemas ajenos a ella, en una cadena sin fin de informaciones y retroalimentaciones.

Infante Juan C (2000) en “La familia sistémica”, menciona que la familia desde sus principios ha funcionado como un sistema integrado, en el cual, cada uno de sus integrantes cumple con sus roles, funciones y responsabilidades, por tal motivo esta lección tiene como fin presentar los conceptos básicos de los sistemas familiares y matrimoniales claves para la consejería a familiar

Friedman: 2000, afirma que los principios básicos de la teoría de sistema en la terapia familiar son los siguientes:

- a. Todo sistema familiar es una unidad con unas reglas propias, donde sus integrantes se organizan y a su vez son independientes.
- b. La estructura sistémica de la familia está formada por subsistemas, generando la existencia de jerarquías con obligaciones y responsabilidades.
- c. La familia se ve como un sistema de retroalimentación.
- d. Los sistemas familiares mantiene la estabilidad a través del mecanismo de homeostasis.

Características de la familia como sistema

Steven Preister (1985) cree que “La familia es una complejidad organizada en un “holon”, compuesto por sistemas en mutua interacción, el sistema familiar es más que la suma de las partes individuales, por lo tanto, la familia como sistema

está vitalmente afectada por cada unidad del sistema, de manera que lo que ocurre a un miembro, de inmediato tiene sus repercusiones en todos los demás y viceversa”.

FAMILIA

Byz, Jenny en “Una familia, un sistema” menciona que se trata de

Un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (Padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. A este proceso se le denomina ciclo vital de vida familiar. Tiene además una finalidad: generar nuevos individuos a la sociedad

De acuerdo con innatia.com: “La familia es un grupo social que varía según la sociedad en la cual se encuentra pero va a ser un reproductor fundamental de los valores de una sociedad determinada”.

La familia es un núcleo compuesto por personas unidas por parentesco o relaciones de afecto. Cada sociedad va a tener un tipo de organización familiar pero algo muy importante es que en la familia las personas que conforman ese grupo van a tener relaciones de parentesco y afectivas.

Además en este grupo familiar se transmiten los valores de la sociedad en la que se vive y por lo tanto es reproductora del sistema social hegemónico de una época y sociedad determinada.

En la sociedad occidental la familia ha venido cambiando en función de los cambios sociales y hoy en día tiene diversas formas, a diferencia de la versión de familia clásica que se desarrolló a lo largo del siglo XIX y XX. Los cambios en el

mundo del trabajo y la mercantilización de la vida cotidiana así como los cambios legales y sociales en torno a la diversidad sexual ha modificado y diversificado el concepto de familia en cuanto a sus formas.

En suma, sí se puede definir a la familia como un grupo social que está unido por relaciones de parentesco, tanto por vía sanguínea como por relaciones afectivas. Estos grupos familiares van a reproducir formas, valores sociales y culturales que están instalados en una sociedad.

RELACIÓN CONYUGAL

La Organización Mundial de la salud: 2001, afirma que: “La relación conyugal implica desarrollar y mantener relaciones íntimas de naturaleza legal con otra persona, como en el matrimonio, incluyendo estar casados o ser pareja de hecho”.

El matrimonio bien relacionado es la base y el sustento de la familia. De su buen funcionamiento depende no sólo el mejoramiento personal de los cónyuges, sino también la seguridad y el equilibrio que se debe dar a los hijos. La mejor manera de educar a los hijos es por medio de una buena relación conyugal. Para esto es preciso:

1. Buscar la causa de las tensiones que impiden el mejoramiento personal y el cónyuge. Si se vive en una situación conflictiva, hay que tener la iniciativa para superarla; saber dar y saber recibir, comprender y exigir.
2. La base de la relación conyugal es el respeto en su sentido más profundo. Éste consiste en considerar al cónyuge como una persona con capacidad para ser mejor y con posibilidades de superarse. Negarle al otro esta posibilidad es la peor falta de respeto, es una humillación. (Instituto Tecnológico de Monterrey. 2010)

Las relaciones conyugales han de ser vividas atendiendo al modo de ser de cada uno. Para ello conviene:

- a) Analizar las actitudes que deben rectificarse a partir del conocimiento recíproco.
- b) Ver en qué es necesario ponerse de acuerdo.
- c) Reflexionar acerca del tiempo que llevan unidos.
- d) Aprender a manejar los conflictos para sacarles partido.
- e) Esforzarse por lograr la comunicación positiva.
- f) Detectar los obstáculos en las relaciones conyugales.
- g) Buscar la unidad y cierta autonomía en el matrimonio.

3. Si la relación conyugal no crece, entonces disminuirá la unión de los esposos. Ese desarrollo se consigue por medio del esfuerzo de ambos. Resolver determinado problema o encontrar la clave para lograr un cambio de actitud depende del esfuerzo que haga cada uno. La solución está en sus manos

Tipos

En Megatareas.com: “Tipos de relaciones maritales”, se ha determinado que existen al menos cuatro tipos de relaciones conyugales, a saber:

a) Monogamia: La monogamia es un modelo de relaciones afectivo-sexuales basado en un ideal de exclusividad sexual para toda la vida entre dos personas unidas por un vínculo sancionado por el matrimonio, por la ley o por el derecho consuetudinario. Al practicante o creyente en este modelo de relación se le llama monógamo.

A diferencia de la monogamia, existen otros modelos de relaciones que posibilitan vincular afectiva y sexualmente a más de dos personas a la vez, como la poligamia (sea poliándrica o poligínica), poliamor, entre otras.

b) Poligamia: La poligamia es un tipo de matrimonio en que se permite a una persona estar casada con varios individuos al mismo tiempo.¹ Proviene del griego polys y (gamos). Comprende tanto la poliginia como la poliandria. A pesar de que

el derecho occidental no reconoce la poligamia sino como un conjunto de matrimonios monógamos que poseen un cónyuge en común, la existencia de los matrimonios polígamos es aceptada de modo común en otras ciencias sociales, especialmente aquéllas que como la antropología del parentesco han documentado casos muy extremos de la práctica poligamia.

Desde la mirada antropológica, no todas las familias poligámicas incorporan matrimonios polígamos, por lo que, en estricto sentido, el número de sociedades auténticamente poligámicas es bastante reducido. Entre algunos ejemplos de sociedades poligámicas se encuentran las naciones islámicas, donde el derecho establece que el matrimonio polígamo sólo puede existir a condición de la aceptación de las con-esposas de un varón.

No se considera que haya poligamia, cuando en la relación no hay un vínculo establecido, sino relaciones sexuales casuales, orgías anónimas, pernoctas, amoríos, prostitución, intercambio de pareja, etc.

c) Concubinato: Concubinato es la relación marital de un hombre con una mujer sin estar unidos bajo el vínculo matrimonial. El término concubina generalmente indica relaciones matrimoniales en curso donde la mujer es de menor posición social que el hombre o que la esposa o esposas oficiales. Existen dirigentes en la historia de Asia y de Europa que tenían tanto concubinas como esposas.

d) Divorcio: El divorcio (del latín *divortium*) es la disolución del matrimonio, mientras que en un sentido amplio, se refiere al proceso que tiene como intención dar término a una unión conyugal.

El divorcio (del latín *divortium*) es la disolución del matrimonio, mientras que, en un sentido amplio, se refiere al proceso que tiene como intención dar término a una unión conyugal. En términos legales modernos, el divorcio fue asentado por primera vez en el Código Civil francés de 1804.

El divorcio se diferencia de la separación de hecho en que, dependiendo del ordenamiento jurídico de cada país, puede tener o no algunos efectos jurídicos; por ejemplo para los casos de Chile esta situación fáctica puede ser causal para solicitar la declaración de divorcio. Respecto a la separación legal en tanto, ésta sí es reconocida legalmente en diversos ordenamientos jurídicos, teniendo en consecuencia un mayor número de efectos jurídicos que la separación de hecho, aunque a diferencia del divorcio, no pone término al matrimonio.

Por otro lado, no se debe confundir con la anulación del matrimonio, que no es más que el declarar que el matrimonio nunca existió, y que no solo se encuentra normado en el ordenamiento jurídico de algunos países, sino que, además, se encuentra regulado en el derecho canónico con larga data.

Deseo sexual

Como carencia, apetito o deseo, la necesidad sexual es relativamente fácil de satisfacer, siempre que se tenga a mano algún estímulo u objeto disponible, al igual que el hambre o la sed se pueden satisfacer y, por tanto apagar fácilmente, comiendo o bebiendo, aunque ambas necesidades vuelvan a aparecer de forma recurrente o cíclica en el transcurso del tiempo. Se trata de necesidades básicas que se regulan por mecanismos internos de activación y desactivación y que, como tales, no producen respuestas adictivas o dependientes, a no ser que su motivación responda a la ansiedad y no al hambre.

ALBERONI, F. (1986). Menciona los mecanismos que guían la sexualidad “están escritos en el sistema genético, situados en el sistema nervioso, celosamente protegidos, perfectamente determinados” (Alberoni, 2006).

TOBEÑA, A. (2006). El núcleo fisiológico cerebral que regula la activación sexual, el hipotálamo, comparte su función con la regulación precisamente de las otras necesidades o motivaciones básicas, hambre, sed, etc. a que nos hemos referido. Es el santuario del deseo sexual, dotado de receptores específicos para las hormonas sexuales, bajo la acción de neurotransmisores convencionales como

la dopamina o la noradrenalina y con la ayuda de neurohormonas como la oxitocina, la vasopresina, los opioides y los esteroides gonadales, “aunque sus manifestaciones más estentóreas y suculentas se experimenten, por fortuna, en zonas corporales más accesibles” (Tobeña, 2006).

a) Satisfacción conyugal: De acuerdo con Norton y Shaver (2006, p: 41) La palabra satisfacción tiene como base una necesidad personal y mutua que ha de ser satisfecha o cubierta, adquiere una gran relevancia al ser un posible indicador de estabilidad y felicidad de una relación en pareja.

Es por esto que la relación en pareja puede definirse de una variedad de formas y es una variable que es muy dependiente del contexto cultural en el que se desarrollan las parejas.

Estudios realizados por Pick y Andrade (1996), creadores de la escala de satisfacción marital, la satisfacción en pareja es la actitud que tiene una persona sobre su matrimonio, la cuál puede ser desde positiva hasta negativa.

Componentes

a) Fidelidad: De acuerdo a la definición emitida por el Diccionario universal de mitología (2005):

La fidelidad es una noción que en su nivel más abstracto implica una conexión verdadera con una fuente. Su significado original está vinculado a la lealtad (de una persona para con un señor o un rey) y la atención al deber. La palabra "fidelidad" deriva de la palabra fidelitas (latín), y su significado es servir a un dios.

La Fidelidad en términos sentimentales suele estar referida al compromiso que dos personas tienen entre sí. Esto implica un contrato o compromiso entre

ambas personas, esto es, el vivir el uno para el otro, independientemente de las circunstancias de la vida.

Romper este vínculo equivale a ser "infidel". En diversas culturas este compromiso está ligado al noviazgo o matrimonio, siendo más profundo este último, valorando por encima el querer a la persona amada que a los sentimientos del propio ser. La Fidelidad, en este sentido es una virtud excelsa a unos ojos y un prejuicio para otros. En los tiempos antiguos era motivo de escándalo mancillar el vínculo matrimonial (fidelitas). Considerado una afrenta a la persona amada, desde entonces a través de los tiempos no ha variado de forma que aún hoy en día sigue siendo un daño moral.

b) Amor de pareja: Entonces, ¿qué es lo que lleva a los seres humanos a enamorarse? Posiblemente el hecho de que el amor cumple diversas funciones simultáneamente, mucho más allá de las estrictamente previstas por la naturaleza. Algunas se hallan claramente inscritas en ella, como la continuidad de la especie; otras se sitúan a caballo entre las expectativas naturales y las sociales, como la consecución de prestigio, belleza, fama, poder, dominio y seguridad, valores que a su vez representan un reclamo o atractivo para posibles parejas; otras se ven afectadas por condiciones ambiental eso circunstanciales más o menos pasajeras o estables; otras, finalmente, se remiten a características personales, expectativas y fantasías que sólo pueden entenderse en una perspectiva simbólica e idiosincrásica, como dice Punset (2007) “De algún modo te enamoras de una invención de tu cerebro”.

Entre estas diversas funciones están, por ejemplo, las modalidades que algunos psicólogos sociales (Hendrick&Hendrick, 1986; Lee, 1973), han descrito sobre la manera de concebir la relación amorosa:

- Eros, basada en la atracción física, la intensidad emocional y la relación apasionada;
- Ludus, orientada a la diversión, la promiscuidad y diversificación de las experiencias;

- Storge, fundamentada en la amistad y la lealtad;
 - Pragma, planteada en base a la conveniencia referida a todos los aspectos de la vida;
 - Mania, obsesionada por la dependencia hacia el amante;
 - Agape, centrada en la felicidad y el bienestar de la persona amada.
- (HENDRICK, C. & HENDRICK, S. (1986). pp, 392-402)

c) **Intimidad:** Sentimiento de cercanía que obtiene una pareja que se atreve a asumir el riesgo mutuo de mostrar sus sentimientos y pensamientos más íntimos.

La *intimidad* tiene que ver con el apoyo afectivo, el conversar, la capacidad de contar cosas personales y profundas a la pareja, la confianza, la seguridad que se siente con el otro, temas y preferencias en comunes, el dar apoyo a la pareja, al estar dispuesto a compartir aspectos económicos y emocionales etc.

“Este componente tiende a aumentar con tiempo de duración de la relación debido a la reciprocidad de autorevelaciones y del número de episodios, metas, amistades, emociones, lugares, etc.

d) **Compromiso:** Este componente de la relación romántica hace referencia al interés y responsabilidad que se siente por una pareja y por la decisión de mantener dichos intereses con el transcurso del tiempo pese a las posibles dificultades que puedan surgir, debido a que se cree en lo especial de la relación (Yela, 1997). Este elemento tenderá a crecer a medida que transcurre el tiempo de duración de la relación debido al aumento de la interdependencia personal y material entre ambos miembros, decisión de amar a alguien (al principio) y a mantener (después) una relación que se está desarrollando.

e) **Romance:** Se refiere a las conductas establecidas por cada sociedad como las adecuadas para generar la atracción y el posterior interés que se mantiene en el tiempo de una pareja en una relación, en otras palabras, el romance es un conjunto de acciones que en una sociedad son conceptualizadas como demostrativas del

interés de pareja que un individuo tiene o mantiene en referencia a otro. Para Yela (1997) son ideas y actitudes vehementes con respecto a la pareja, idealización, creencia de algo mágico de la relación, identificación de la pareja con el ideal romántico, etc. “Este elemento tiene un crecimiento acelerado durante los primeros años de relación debido a la activación fisiológica y/o de la atracción física sentida hacia el otro (generalmente inconsciente)

Comunicación

Pérez Nuño, Alicia (2010) en el artículo “Comunicación”, afirma que: “En el matrimonio, la habilidad para comunicarse adecuadamente es fundamental para que la relación sea estable y feliz. Y lo bueno es que este es un arte que se puede aprender.

La comunicación se compone de varios elementos: se necesita que haya una persona que tiene algo que decir y alguien que escuche el mensaje. A su vez, la calidad de mensaje dependerá de la claridad para comunicarse y de la disposición y habilidad del receptor por escuchar. Entre más específico, corto, directo y libre de interferencias sea el canal que usemos para comunicarnos, el mensaje se podrá escuchar más claramente. Por ejemplo, debemos poder decir: “Estoy molesta(o) porque ayer cuando te pregunté si podíamos planear unas vacaciones, me contestaste muy golpeado y de malagana”.

a) Falta de claridad en el mensaje o el lenguaje: Recuerde ser específico y sobre todo traiga solo un asunto a la vez. Piense qué es lo que quiere decir y cómo lo va a decir. Cuál es el mejor lenguaje y vocabulario que puede usar con la persona con quien se quiere comunicar. Recuerde que el fin de la comunicación es darse a entender para que el otro pueda responder a nuestra necesidad expresada.

b) Ruido emocional: Este depende de cómo se están sintiendo las personas: Así por ejemplo, si una persona se está sintiendo poco apreciada, ese sentimiento va a afectar cómo transmite o escucha lo que su pareja le quiere decir.

Por eso, si la pareja le responde mal ante una simple pregunta, pregúntele con preocupación, ¿qué te pasa? ¿Te sientes bien? Procure igualmente no tratar de resolver problemas o expresar su parecer cuando se encuentra en un estado alterado. Espere a que la adrenalina desaparezca de su cuerpo y cuando ya se sienta más calmado, inicie de nuevo la comunicación.

c) El tono de voz y acentuación inadecuada de las palabras: Fíjese cómo dice las cosas. No es lo mismo hablar con un tono despectivo o a gritos que empezar con amabilidad. El tono de voz y la acentuación ayudan a crear el ambiente adecuado para que se dé la comunicación. Hay quienes se intimidan con ciertos tonos de voz.

d) La actitud negativa de quien escucha: Para tener éxito en la comunicación, la persona con quien quiere comunicarse tiene que querer comunicarse. Es preferible hacer una cita y esperar hasta que dicha persona esté lista para entablar la conversación.

e) El ambiente que les rodea, la hora del día, los ruidos presentes: ¿Recuerda cuánto pensó dónde y cómo iba a proponer matrimonio? ¿Por qué dejar de hacer algo que posiblemente tuvo éxito? Piense, y escoja el mejor tiempo. La experiencia nos dice que el mejor tiempo para resolver un conflicto no es cuando está enojado. Espere hasta que se haya calmado luego escoja el lugar y la hora.

Apoyo de la pareja

a) Positivo: De acuerdo con Velasco, M. y Luna, M. (2006, p: 192), el apoyo positivo de la pareja “alude a aquellas conductas destinadas a brindar soporte al

otro miembro de la relación cercana, a través de proporcionarle protección, brindarle seguridad, afecto y amor cuando éste se encuentre en momentos difíciles, aumentando con esto la comunicación entre ellos”.

Se puede ver que el apoyo positivo de la pareja está enfocado sobre todo a la ayuda en el ámbito emocional promoviendo la comunicación y por ende la comprensión entre los miembros.

b) Dependencia emocional: NicuesaGuelbenzu, Maite (2013) cree que:

Existen parejas que tienen un alto grado de dependencia emocional o también, existen madres que tienen tal apego hacia sus hijos que se asustan ante la idea de que los niños crezcan, también se puede producir una dependencia emocional respecto del trabajo, e incluso existen adicciones como el tabaco, el alcohol, el juego... Toda adicción es una dependencia que limita tu vida. En cualquier tipo de dependencia, la persona intenta cubrir de esta forma, al volcarse en otra persona o actividad, otros vacíos que tiene dentro de sí misma. Pero en vez de afrontarlos, desvía su foco de atención hacia un bien, en apariencia, más gratificante.

“Toda persona es individual, por tanto, es importante desarrollar la autonomía emocional y afectiva”

Según lo expuesto, la dependencia, tarde o temprano deriva en una situación asfixiante, en donde falta la libertad interior siendo los síntomas de un problema de codependencia emocional, la baja autoestima, cambios bruscos de estado de ánimo, miedo al cambio, idealización excesiva de otra persona, baja tolerancia hacia la frustración y un bajo concepto de sí misma, incapacidad para poner límites en ciertas relaciones.

Las personas dependientes no viven de verdad su propia vida porque se centran de una forma desmedida en los demás. Por tanto, conviene tomar conciencia de que el tiempo pasa y no vuelve.

Existen relaciones de pareja o familiares con un grado tan alto de dependencia que, tarde o temprano, derivan en una situación asfixiante, en donde falta libertad interior.

c) Exclusión: Bowlby, J. (1980), menciona que:

Es posible que en la adultez, la exclusión defensiva gatille respuestas conductuales aparentemente desconectadas de la situación, persona o estado anímico que las causa, genere tendencia a culparse a sí mismo por lo que ocurra, o bien, que el individuo llegue a ocuparse insistentemente en sus propias dificultades o enfermedades. Todas estas estrategias cumplirían la función de desviar la atención de lo que ocurre, siendo menos doloroso que atender al verdadero origen del malestar

Hipótesis

Hipótesis Alternativa H1

La insuficiencia renal crónica terminal **afecta** en las relaciones conyugales de los pacientes de la Unidad Renal Contigo Da Vida Tena.

Hipótesis Alternativa HO

La insuficiencia renal crónica terminal **no afecta** en las relaciones conyugales de los pacientes de la Unidad Renal Contigo Da Vida Tena.

Señalamiento de Variables

Variable Independiente:

- Insuficiencia Renal Crónica Terminal

Variable Dependiente:

- Relaciones Conyugales

CAPITULO III

METODOLOGIA

Enfoque

Es importante indicar que el enfoque epistemológico guía todo el proceso de estudio hasta terminar todo el proceso de investigación (Herrera, Medina, & Naranjo, 2010).

La investigación tendrá un abordaje cualitativo y cuantitativo. Cualitativo porque se quiere conocer como es afectada la relación conyugal de los pacientes con IRCT, y a partir de ahí generar un documento en donde se especifique estas afectaciones. Cuantitativa porque se van a tratar los datos estadísticamente para poder comprobar la hipótesis planteada.

Modalidad Básica de la Investigación

La investigación de campo se basa en informaciones obtenidas directamente de la realidad permitiéndole al investigador cerciorarse de las condiciones (Sabino, 1992).

La investigadora trabajará en La Unidad Renal Contigo da Vida; en el ambiente natural en que conviven las personas con IRCT, de las que obtendrán los datos más relevantes a ser analizados. Estos datos se aplicarán a los pacientes que acuden a la Unidad, por lo tanto los datos se los obtendrá en el campo mismo de la investigación y en una sola aplicación, por lo tanto la investigación será de campo.

Además, esta investigación se respaldará mucho en la información bibliográfica existente, puesto que es la base fundamental que sustenta todo el

trabajo de investigación y es allí en donde se pretende recopilar toda la información importante que sirva de guía y de apoyo al desarrollo de esta investigación.

Nivel o Tipo de Investigación

Como se ha manifestado en todo el desarrollo de este tema importante, y al hacer referencia al propósito en sí de este trabajo, se pretende obtener las percepciones de los pacientes que sufren de IRCT y a partir de ello entender cuáles son las afectaciones conyugales a los que están inmersos todos los enfermos, es por ello que el nivel responde a un orden descriptivo no experimental.

Además es importante indicar que para poder dar contestación a la hipótesis planteada vamos a poner a prueba y a confrontar las dos variables de estudio en donde podremos concluir si existe o no incidencia de la IRCT en las relaciones conyugales.

Población y Muestra

Población

Es el conjunto total de individuos, objetos o medidas que poseen algunas características comunes observables en un lugar y en un momento determinado. El universo para la presente investigación está compuesto por los pacientes que presentan insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, que acuden a la Unidad Renal del Tena.

Al ser una población finita es decir conocemos el total de la población que incluye un número limitado para el estudio, por lo tanto en el proyecto de investigación se trabajara con el total de la población.

Matriz Poblacional

Cuadro No. 1 Población estudiada

Población	Total
Hombres	43
Mujeres	25
Total	68

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Fuente: Pacientes de la Unidad Renal Contigo Da Vida Tena

Población estadística

Cuadro No. 2 Estadística poblacional de la provincia

CANTONES	Hombres	Mujeres	Población
Tena	22	15	37
Archidona	6	2	8
Arosemena Tola	3	2	5
El Chaco	2	1	3
Coca	6	3	9
Sacha	4	2	6
	43	25	68

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Fuente: Pacientes de la Unidad Renal Contigo Da Vida Tena

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Cuadro N. 3 Variable Independiente: Insuficiencia Renal Crónica Terminal

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORIAS	INDICADORES	ITEMS	TECNICAS/INTRUM.
Insuficiencia Renal Crónica terminal, es una enfermedad catastrófica que requiere los tratamientos adecuados para su control mediante pruebas -exámenes y así prevenir síntomas de posibles complicaciones.	Epidemiología	Prevalencia, Incidencia	¿Cuánto tiempo ha estado recibiendo tratamiento de diálisis en esta unidad?	Encuesta aplicada a los pacientes que acuden a la Clínica (ver anexo 1)
	Diagnostico	Ultrasonido, orina	¿Se realiza exámenes de laboratorio para conocer su estado de salud?	
	Etiología	Diabetes, hipertensión arterial	¿Qué tratamiento sustitutivo referente a su función renal se realiza en esta casa de salud?	
	Síntomas	Calambres, Náuseas Inapetencia Malestar general Cefalea, Anasarca	¿Las náuseas y los calambres son muy comunes en su rutina diaria? ¿Tiene Malestares Generales que le impidan hacer sus actividades diarias?	
	Pruebas y exámenes	De riñon Creatinina	¿Con que frecuencia se realiza exámenes de laboratorio para conocer su estado de salud?	
	Tratamiento	Hemodiálisis Reemplazo renal	¿Su Pareja le acompaña cuando tiene que asistir a su tratamiento? ¿Su Familia le ayuda en los cuidados que requiere su tratamiento? ¿Quién está al pendiente de usted y los cuidados que conlleva su tratamiento? ¿Cómo se siente durante su tratamiento?	
	Complicaciones	Anemia, Edema Hipertensión	¿Ha presentado alguna de las siguientes complicaciones?	
	Prevención	Alimentación Balanceada Chequeos periódicos	¿Aplica el dializado a los alimentos que ingiere?	

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Fuente: Investigación Bibliográfica

Cuadro N. 4 Variable Independiente: Relaciones conyugales

CONCEPTUALIZACION	CATEGORIAS	INDICADORES	ITEMS	TECNICAS/ INTRUM.
Las relaciones conyugales ante la presencia de la IRCT presenta tipos de alteraciones en los pacientes que lo padecen y problemas a nivel conyugal debido a componentes tales como la comunicación, apoyo de pareja, deseo sexual	Tipos	Recreación	¿Realiza actividades recreativas con su pareja?	Encuesta aplicada a los pacientes que acuden a la Clínica (ver anexo 1)
		Alejamiento	¿Ha sentido que su pareja se ha alejado a causa de su enfermedad?	
		Afectividad	¿El trato entre usted y su pareja es de manera cariñosa?	
		Cambios en el apetito sexual	¿A raíz de su enfermedad, ha presentado cambios en su apetito sexual?	
	Deseo sexual	Calidad de las relaciones sexuales	A raíz de su enfermedad, las relaciones sexuales son:	
		Cambios en la relación conyugal	¿Ha presentado cambios o distanciamientos en la relación de pareja a raíz de su enfermedad?	
		Cambios de comportamiento en la pareja	¿Cuáles son los cambios que ha experimentado con su pareja a raíz de su enfermedad?	
		Efecto de la ausencia de intimidad	¿Cree usted que el no tener relaciones sexuales afecta a la relación de la pareja?	
	Componentes	Amor en pareja	¿Cree Usted que a raíz de su enfermedad el amor de pareja ha disminuido?	
		Compromiso en pareja	¿Cree Usted que debido a su enfermedad el compromiso de pareja ha disminuido?	
		Familia y entorno	¿Ha presentado cambios de humor desde que inició su enfermedad que causan conflictos de pareja? ¿Su familia le ayuda en los cuidados que requiere su tratamiento? ¿Quién está al pendiente de Usted y los cuidados que conlleva su tratamiento? ¿Se siente excluido por su pareja en la toma de decisiones?	

	Comunicación	Frecuencia	¿Cree usted que el contar con el apoyo de su pareja le ayuda a mejorar su calidad de vida?	
			¿Siente el apoyo de su entorno social para superar su enfermedad?	
		Comprensión	¿Se comunica frecuentemente con palabras tiernas con su pareja?	
			¿Cree usted que la comunicación en pareja ha disminuido?	
		Calidad de la comunicación	¿Se siente comprendido por su pareja?	
		Acompañamiento	¿Las conversaciones de pareja terminan con gritos y mal entendidos?	
			¿Cómo calificaría usted su comunicación en pareja?	
		Ayuda	¿Su pareja le acompaña cuando tiene que asistir a su tratamiento?	
		Comprensión conyugal	¿Su pareja le ayuda a conllevar su enfermedad, se siente apoyado?	
	Apoyo de la pareja	Cansancio conyugal	¿La ausencia en el hogar, debido a su asistencia al tratamiento, puede ocasionar problemas con su pareja?	
		Miedo al abandono	¿Siente que su conyugue pueda sentirse cansado a causa de su enfermedad?	
		Dependencia	¿Ha sentido miedo, a que su pareja se separe o lo abandone a causa de su enfermedad?	
			¿Siente que depende de su pareja para sus actividades diarias?	

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Fuente: Investigación Bibliográfica

Plan de recolección de información

La técnica a utilizar es la entrevista no estructurada que sirve para recolectar datos de acuerdo a preguntas previamente formuladas y que brindan al entrevistado la oportunidad para expresar con absoluta libertad todo cuanto desea. Esta entrevista se enfoca a investigar el estilo de vida de los pacientes, y la relación de pareja.

La observación sirve para poder percibir sobre todo el lenguaje analógico de los pacientes.

Cuadro No. 5 Recolección de la información

Preguntas básicas	Explicación
¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de la investigación
¿De qué personas?	Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en la Unidad Renal Contigo Da Vida
¿Sobre qué aspectos?	Alteraciones en las relaciones conyugales en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal
¿Quién?	Verónica Priscila Guerrero
¿Cuándo?	Período Agosto 2014- Octubre 2014
¿Dónde?	Unidad Renal Contigo da Vida del área de Nefrología de la ciudad de Tena
¿Qué técnicas de recolección?	Encuesta.
¿Con qué?	Cuestionarios
¿En qué situación?	Mientras los pacientes acuden a la unidad a realizarse la hemodiálisis

Tabla No.7: Recolección de la información

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Fuente: Pacientes de la Clínica Contigo Da Vida de la ciudad de Tena

Procesamiento y análisis

Una vez recolectado los datos, se homogenizará en Excel para establecer la línea base y empezar a hacer los primeros análisis; para esto:

- Se procederá a la codificación de datos.

- Se analizará los resultados estadísticos. Destacando tendencias o relaciones fundamentales de acuerdo con los objetivos e hipótesis.
- Se hará las tabulaciones, en donde se relacionen los diferentes datos.
- Se presentará gráficamente las tabulaciones.
- Se procederá a analizar los resultados. Con apoyo del marco teórico, en el aspecto pertinente.
- Con el análisis, la interpretación de resultados y la aplicación estadística, se verificará la hipótesis planteada y se planteará las conclusiones.
- A partir de las conclusiones, se hará una propuesta de solución al problema investigado.

La saturación de todos los datos es importante en esta modalidad de investigación, puesto que se utilizará el método heurístico mismo que permite llegar a conclusiones. El método heurístico es el conjunto de procedimientos, técnicas y actividades para facilitar el descubrimiento de la verdad, conduciendo a la solución de un problema a partir de un proceso lógico.

Las estrategias a utilizar son:

- Comparaciones, generalizaciones y verificación.

La comparación facilita establecer semejanzas, tabular semejanzas y diferencias, responder preguntas de investigación para llegar a obtener respuesta al problema de estudio.

Las generalizaciones facilitan deducir la conclusión, aclarar conceptos y términos.

Y la verificación proporciona el llegar al descubrimiento de la verdad, elaborar resúmenes en general.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Análisis de Resultados

Ciudad de origen (P.1)

Cuadro No. 6 Ciudad de origen

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Tena	37	54,4	54,4
Archidona	8	11,8	66,2
Arosemena tola	5	7,4	73,5
Chaco	3	4,4	77,9
Coca	9	13,2	91,2
Sacha	6	8,8	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

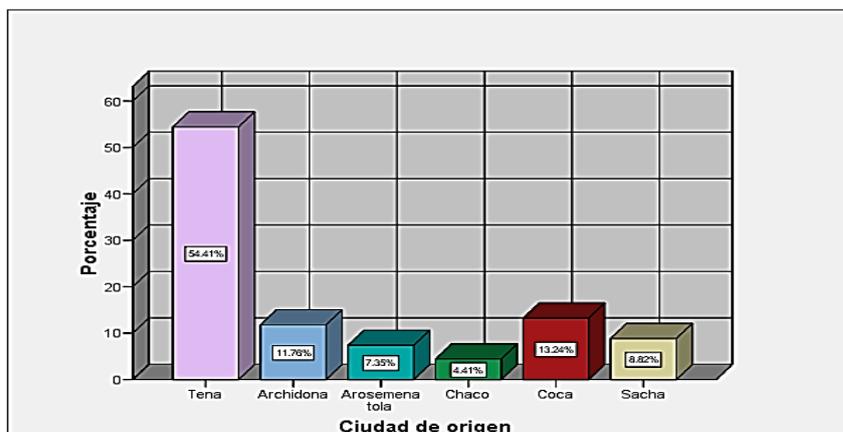


Gráfico No. 5 Ciudad de origen

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, (2014)

Análisis

Se puede ver en el análisis realizado que la mayor parte de los encuestados pertenecen al cantón Tena (54.4%), el 13.2% pertenecen al cantón Coca, el 11.8% a Archidona, seguido por el 8.8% quienes son del cantón Sacha, el 7.4% que son del cantón Arosemena Tola y finalmente el 4.4% del Chaco.

Sexo del encuestado (P.2)

Cuadro No. 7 Sexo del encuestado

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Mujer	25	36,8	36,8
Hombre	43	63,2	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

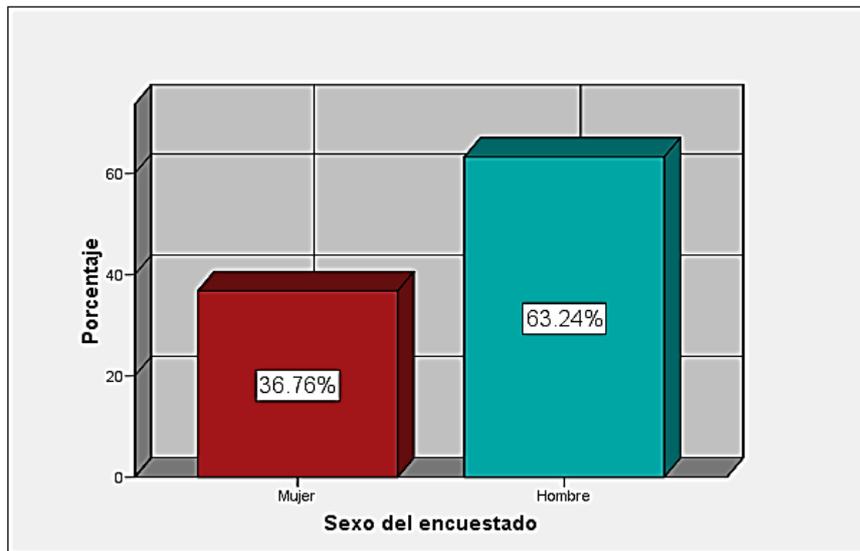


Gráfico No. 6 Sexo del encuestado

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis

Las afecciones renales, de acuerdo a los datos recolectados, puede verse que tienen mayor incidencia en la población masculina, pues el 63.24% de los pacientes pertenecen a éste sexo, el restante 36,76% de los pacientes son del sexo femenino.

Edad del encuestado (P.3)

Cuadro No. 8 Edad del encuestado

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
20-26 años	9	13,2	13,2
27-33 años	8	11,8	25,0
34-40 años	15	22,1	47,1
41-47 años	11	16,2	63,2
48-54 años	12	17,6	80,9
55-61 años	8	11,8	92,6
62-68 años	5	7,4	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal
Elaborado por: Guerrero, P (2014)

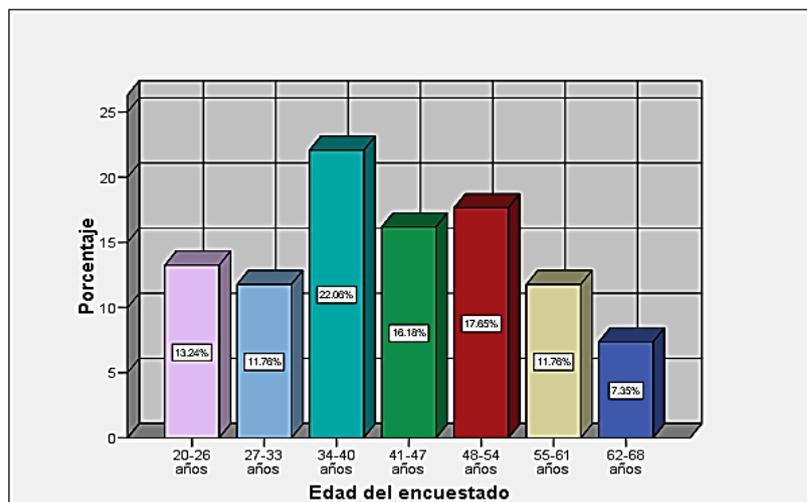


Gráfico No. 7 Edad del encuestado

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal
Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis

De acuerdo a la encuesta realizada se puede ver que la mayoría de los encuestados (22.10%), oscilan entre 34 y 40 años, seguido de las personas de 48-54 años que son el 17.6%, el 16.2% de los pacientes tiene entre 41-47 años, el 13.2% tiene de 20-26 años, el grupo más pequeño está compuesto por los pacientes de la tercera edad, quienes tienen una participación del 7,4%. El intervalo mayoritario de edad, entre las personas que sufren de algún tipo de insuficiencia renal es el de 34 a 54 años, que puede definirse como la edad de más riesgo para adquirir ésta molestia, éste intervalo suma en total más de la mitad de los pacientes (55,9%).

Tratamiento sustitutivo referente a su función Renal (P.4)

Cuadro No. 9 Tratamiento sustitutivo referente a la función renal

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hemodiálisis	68	100,0	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, (2014)

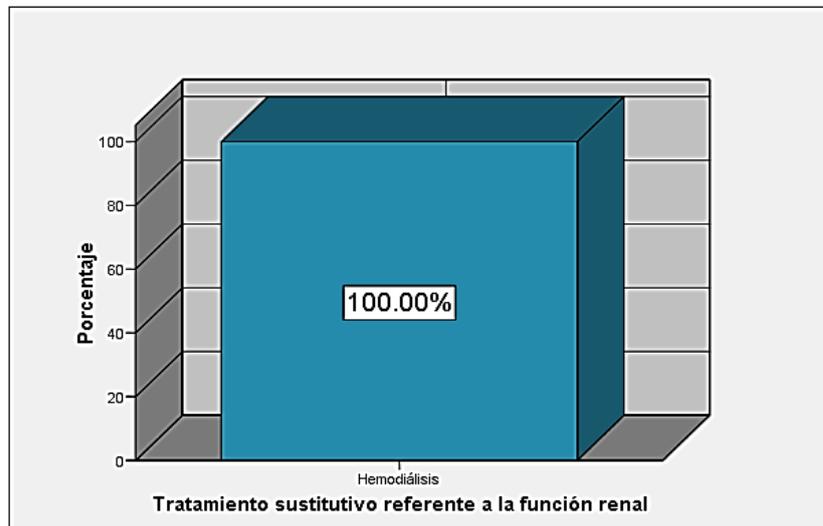


Gráfico No. 8 Tratamiento sustitutivo referente a la función renal

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis

Absolutamente todos los pacientes realizan como tratamiento sustitutivo referente a la función renal, la hemodiálisis, lo que implica que se trata del 100% de los encuestados.

Período de duración del tratamiento (P.5)

Cuadro No. 10 Período de duración del tratamiento

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
< de 1 año	8	11,8	11,8
1-2 años	33	48,5	60,3
3-4 años	21	30,9	91,2
> de 4 años	6	8,8	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

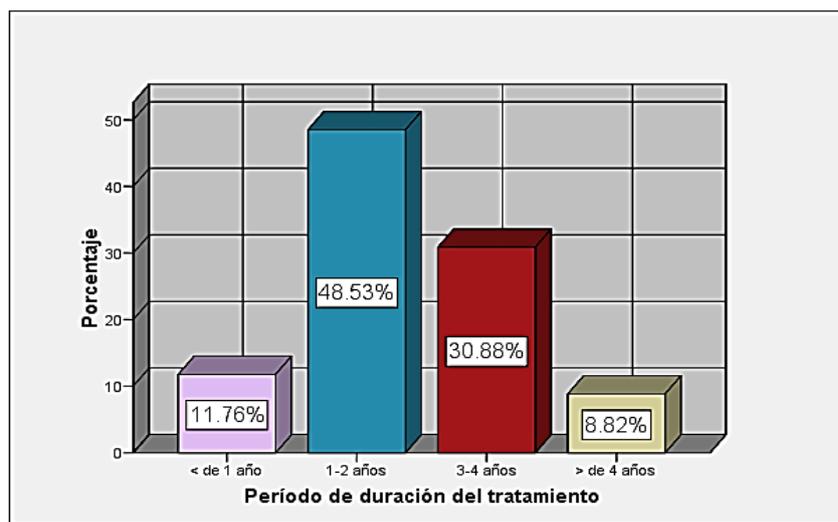


Gráfico No. 9 Período de duración del tratamiento

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis

El tratamiento de hemodiálisis que ejecutan los pacientes con insuficiencia renal, entre el público encuestado tiene intervalos de duración bastante variables, y los mismos dependerán de la gravedad o cronicidad de la insuficiencia, éstos son: De 1-2 años ocupan el 48.53%, seguidos por el 30.88% que han recibido tratamiento de hemodiálisis de 3-4 años. Existen también casos de más reciente aparición, los mismos que mantienen un tratamiento desde hace menos de un año. El último grupo de personas en relación porcentual, son el 8.82%, ellos llevan más de cuatro años tratando su insuficiencia renal.

Ayuda familiar para cuidados del tratamiento (P.6)

Cuadro No. 11 Ayuda familiar para cuidados del tratamiento

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siempre	20	29,4	29,4
Casi siempre	29	42,6	72,1
A veces	11	16,2	88,2
Casi nunca	8	11,8	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

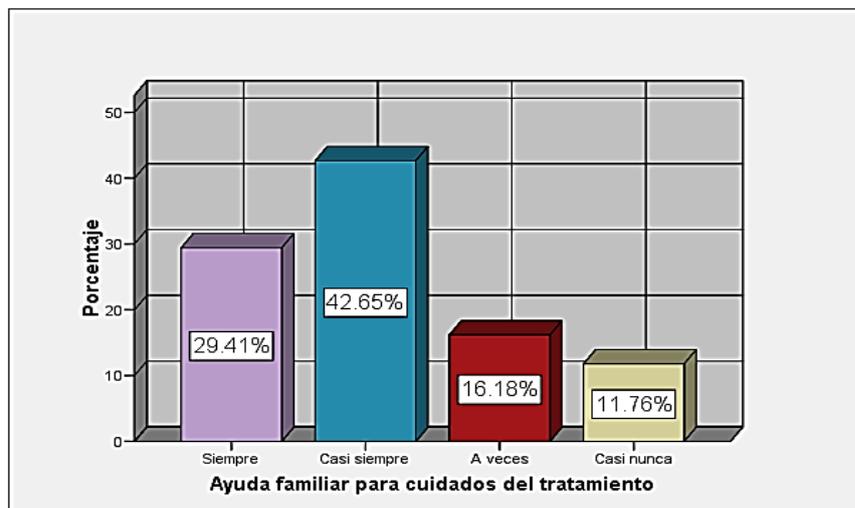


Gráfico No. 10 Ayuda familiar para cuidados del tratamiento

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis

Dada la información recolectada se puede concluir que el 42.6% de los encuestados, manifestó que Casi siempre recibe ayuda familiar para el tratamiento de su insuficiencia renal, seguidos por el 29.41% que han dicho que siempre reciben este tipo de apoyo de parte de la familia, en tercer lugar está el 16,18% que recibe el apoyo de la familia únicamente a veces y finalmente, está el estrato menor del 11,76%, ellos, casi nunca son apoyados por su familia.

Acompañamiento de la pareja(P.7)

Cuadro No. 12 Acompañamiento de la pareja

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siempre	19	27,9	27,9
Casi siempre	14	20,6	48,5
A veces	17	25,0	73,5
Casi nunca	13	19,1	92,6
Nunca	5	7,4	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

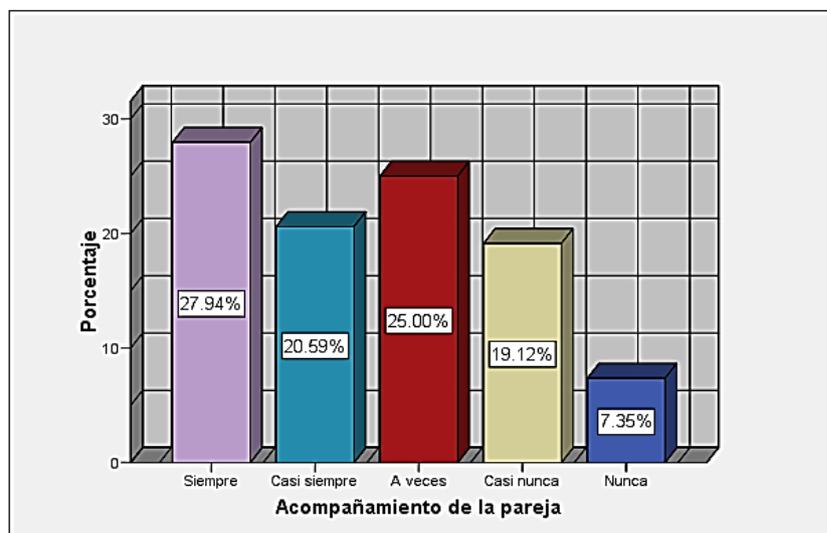


Gráfico No. 11 Acompañamiento de la pareja

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis

En el 27,9% de los casos, las parejas de los pacientes les acompañan para que realicen el tratamiento de hemodiálisis, el 25% manifiesta que su pareja le acompaña a veces a los tratamientos, en el 20,6% esto ocurre casi siempre, según el 19,1% casi nunca y el 7,4% definitivamente no recibe acompañamiento por parte de su pareja.

Personas pendientes del tratamiento (P.8)

Cuadro No. 13 Personas pendientes del tratamiento

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Conyugue	43	63,2	63,2
Hijos	10	14,7	77,9
Padres	7	10,3	88,2
Hermanos	4	5,9	94,1
Otros	4	5,9	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

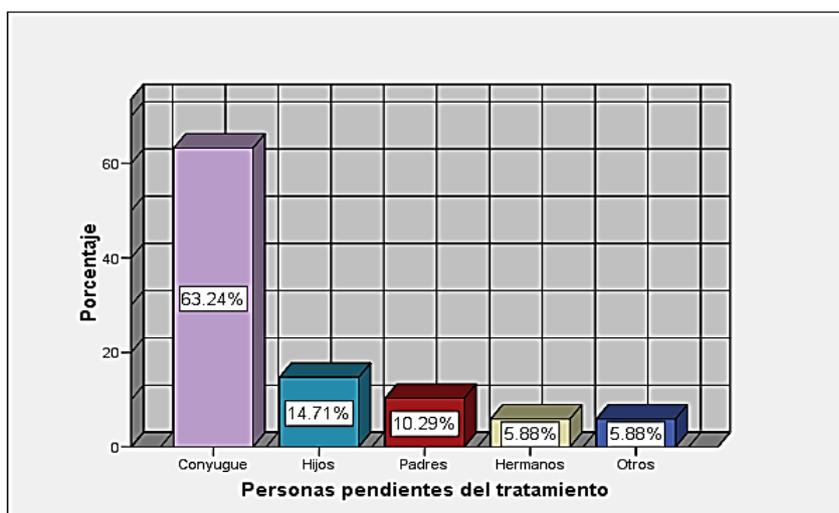


Gráfico No. 12 Personas pendientes del tratamiento

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis

Las personas que están al pendiente del tratamiento de quienes sufren de Insuficiencia Renal Crónica Terminal son los conyugues (63.2%), que constituye significativamente la gran mayoría de pacientes (43 de los 68 encuestados). El resto de opiniones se distribuyen casi equitativamente entre los hijos (14,71%), los padres de los pacientes (10.29%), los hermanos se hacen cargo en porcentaje menor (5.88%), también se nota la participación de otras personas que no son precisamente familiares de los pacientes.

Actitud durante el tratamiento (P.9)

Cuadro No. 14 Actitud durante el tratamiento

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy bien	11	16,2	16,2
Bien	26	38,2	54,4
Regular	26	38,2	92,6
Mal	5	7,4	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

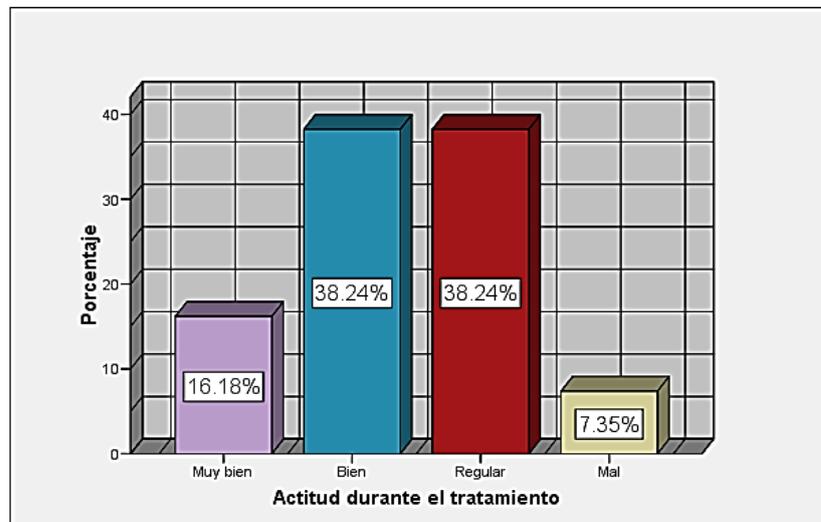


Gráfico No. 13 Actitud durante el tratamiento

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, Priscila (2014)

Análisis

La actitud de los pacientes de insuficiencia renal, durante el tratamiento que reciben es en el 38.24% de los casos se sienten regular, y en la misma proporción se agrupan los pacientes que sienten bienestar durante la administración de la hemodiálisis. Los porcentajes menores corresponden en un 16.18% a los pacientes que se sienten muy bien luego que han recibido la aplicación de la hemodiálisis y finalmente, está el 7.35% de los pacientes, para quienes, la hemodiálisis es un tratamiento que le causa malestar.

Persistencia de malestar general (P. 10)

Cuadro No. 15 Persistencia de malestar general

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siempre	2	2,9	2,9
Casi siempre	10	14,7	17,6
A veces	27	39,7	57,4
Casi nunca	24	35,3	92,6
Nunca	5	7,4	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, Priscila (2014)

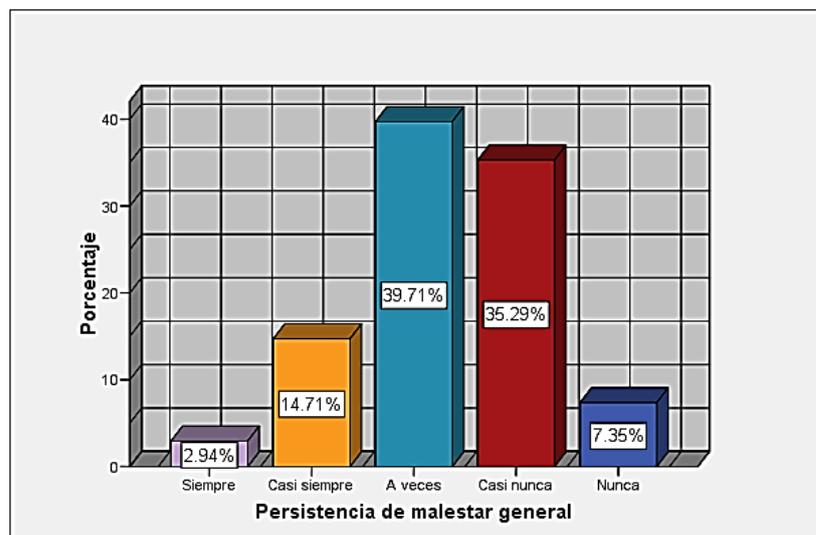


Gráfico No. 14 Persistencia de malestar general

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis

Se nota que las tendencias “A veces” y “Casi nunca” son mayoritarias en la opinión de los pacientes con insuficiencia renal y respecto a la pregunta de persistencia de malestar general, con 39.71 y 35.29% respectivamente.

La tendencia casi siempre tiene un 14.71% de las opiniones, seguida de nunca con un 7.35%. Solo en 2.94% de las personas encuestadas siempre mantiene malestar debido a su insuficiencia fisiológica.

Frecuencia de náuseas y calambres (P. 11)

Cuadro No. 16 Frecuencia de náuseas y calambres

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siempre	1	1,5	1,5
Casi siempre	7	10,3	11,8
A veces	28	41,2	52,9
Casi nunca	25	36,8	89,7
Nunca	7	10,3	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

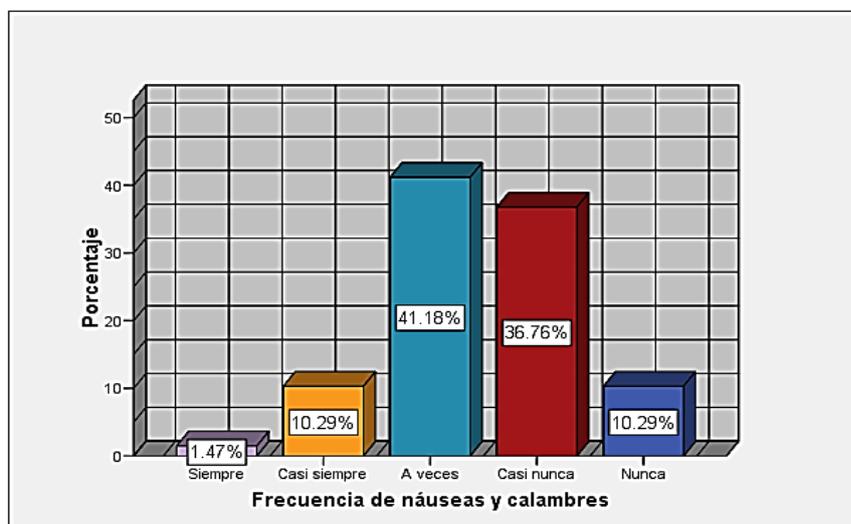


Gráfico No. 15 Frecuencia de náuseas y calambres

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis

La tendencia “a veces” con el 41.18% de las opiniones es la mayoritaria al juzgar el factor: Frecuencia de náuseas y calambres, se puede detectar que en el 10.29% casi nunca ocurren estas manifestaciones de la enfermedad renal.

Las tendencias siempre y casi siempre califican con 1.47% y 10.29% respectivamente y existe un 10.29% de personas que nunca han experimentado náuseas y calambres como síntomas de la enfermedad renal.

Frecuencia de monitoreo por medio de exámenes (P.12)

Cuadro No. 17 Frecuencia de monitoreo por medio de exámenes

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
una vez por mes	62	91,2	91,2
Cada dos meses	6	8,8	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

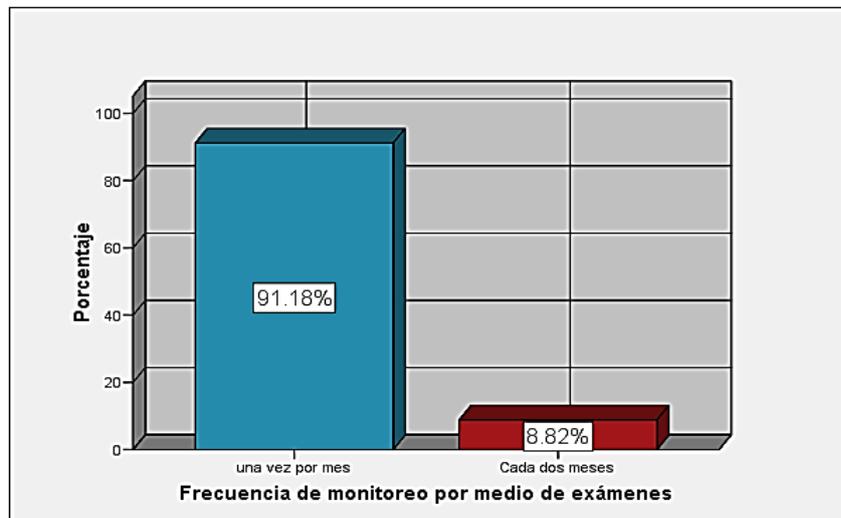


Gráfico No. 16 Frecuencia de monitoreo por medio de exámenes

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, Priscila (2014)

Análisis

La frecuencia de los controles de laboratorio, son eventos críticos que no deben descuidarse durante el tratamiento de la enfermedad de insuficiencia renal, se puede ver que la mayoría de los pacientes con éste mal, se realizan éste tipo de exámenes una vez por mes (91.18%), y el resto de encuestados lo hacen cada dos meses (8.82%).

Presencia de complicaciones (P.13)

Cuadro No. 18 Presencia de complicaciones

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Anemia	2	2,9	2,9
Hipertensión	15	22,1	25,0
Edemas	14	20,6	45,6
Todas	20	29,4	75,0
Ninguna	17	25,0	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

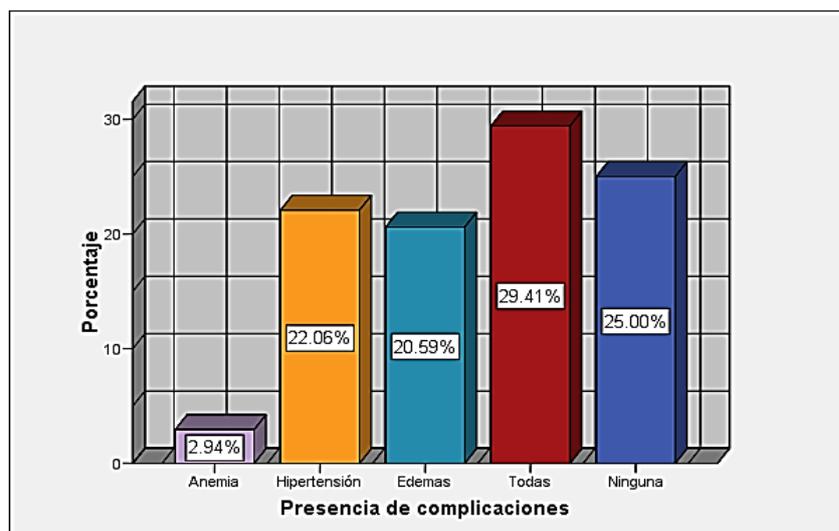


Gráfico No. 17 Presencia de complicaciones

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis

En el 29.4% de los casos existe la presencia de todas las complicaciones relacionadas con la insuficiencia renal, el 25% es decir la cuarta parte de la población no presenta ninguno de los síntomas mencionados, seguido por el 22.06%, quienes manifiestan hipertensión, el 20.59% que ha presentado edemas y finalmente está el 2.94% que ha presentado anemia.

Frecuencia de dialización de alimentos (P.14)

Cuadro No. 19 Frecuencia de dialización de alimentos

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siempre	27	39,7	39,7
Casi siempre	27	39,7	79,4
A veces	12	17,6	97,1
Casi nunca	2	2,9	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

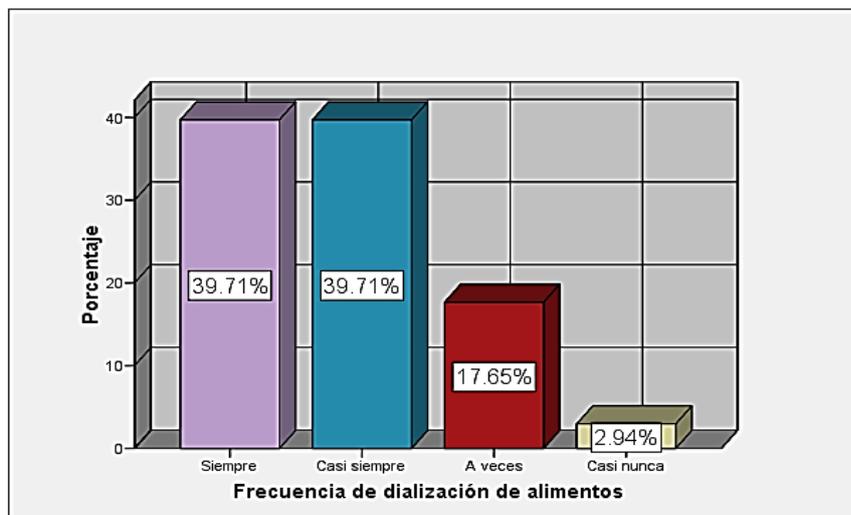


Gráfico No. 18 Frecuencia de dialización de alimentos

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis

La dialización de los alimentos es una práctica realizada siempre por el 39.71% de las personas encuestadas, la misma se aplica como profiláctica para reducir en algo las complicaciones posteriores para los órganos directa e indirectamente afectados por la insuficiencia renal, un porcentaje análogo del 39.71%.

El 17.65% de los encuestados manifestó que la dialización de los alimentos se realiza únicamente a veces, en tanto que para el 2.94% es eventual, pues lo realiza casi nunca.

Apoyo de la pareja. (P.15)

Cuadro No. 20 Apoyo de la pareja

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siempre	23	33,8	33,8
Casi siempre	27	39,7	73,5
A veces	8	11,8	85,3
Casi nunca	9	13,2	98,5
Nunca	1	1,5	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

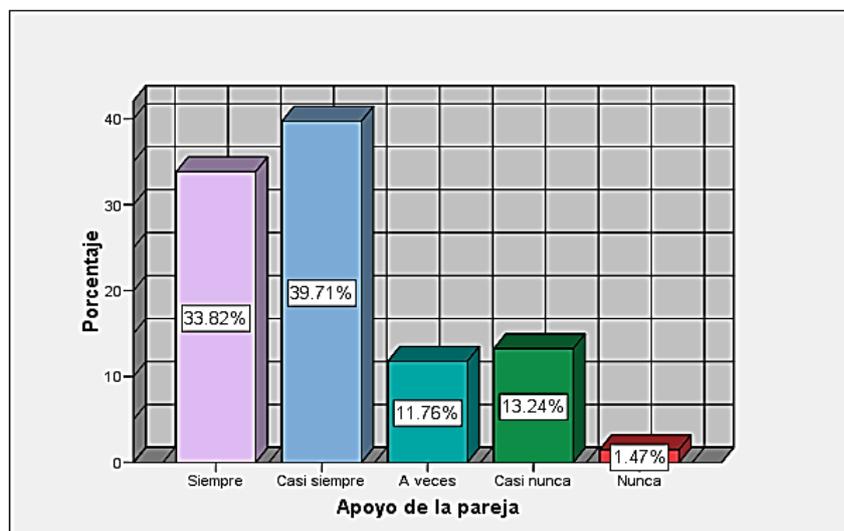


Gráfico No. 19 Apoyo de la pareja

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis

De acuerdo a las opiniones emitidas por los encuestados, se puede ver que el 39.7% de ellos, Casi siempre reciben el apoyo de sus parejas cuando se trata de conllevar su enfermedad, el segundo grupo está conformado por el 33.8% de los pacientes, para quienes el acompañamiento de la pareja es normal y permanente según el 13.2% Casi nunca se siente apoyado por la pareja para realizar sus tratamientos y de acuerdo con el 11.8%, solo a veces siente ese apoyo. Existe un pequeño grupo de personas a las que nunca las apoyó su pareja dentro de su recuperación, (1.47%).

Recreación con la pareja (P. 16)

Cuadro No. 21 Recreación con la pareja

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siempre	17	25,0	25,0
Casi siempre	23	33,8	58,8
A veces	18	26,5	85,3
Casi nunca	9	13,2	98,5
Nunca	1	1,5	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

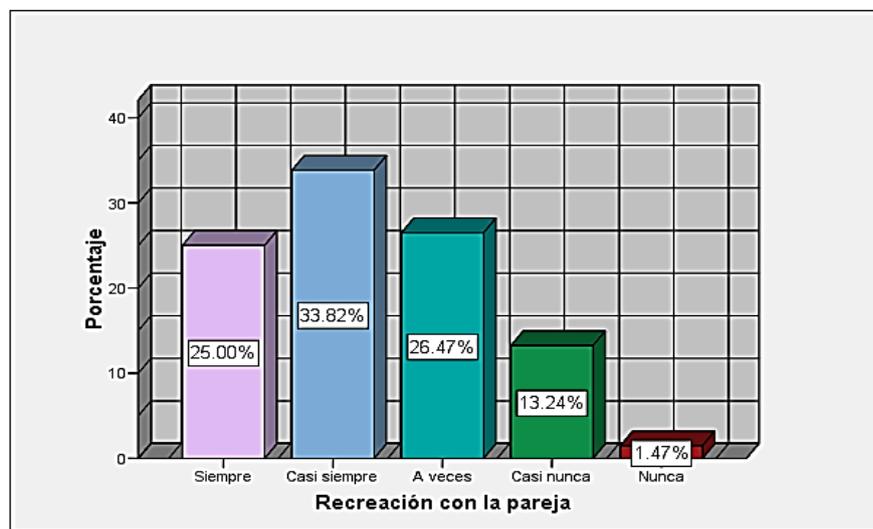


Gráfico No. 20 Recreación con la pareja

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis

Un grupo equivalente al 33.80% de los encuestados, Casi siempre realiza actividades recreativas con su pareja, el 26.4% lo hace a veces, seguido del 25% que siempre tiene éste tipo de actitud con su conyugue. Por el polo opuesto también existen opiniones que afectan a un estrato pequeño de la población encuestada, según éstas, está el 13.24% que aclara que casi nunca se recrea con su pareja, y de acuerdo con el 1.47 %, nunca lo hace.

Problemas conyugales por asistencia al tratamiento (P.17)

Cuadro No. 22 Problemas conyugales por asistencia al tratamiento

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siempre	8	11,8	11,8
Casi siempre	9	13,2	25,0
A veces	24	35,3	60,3
Casi nunca	21	30,9	91,2
Nunca	6	8,8	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

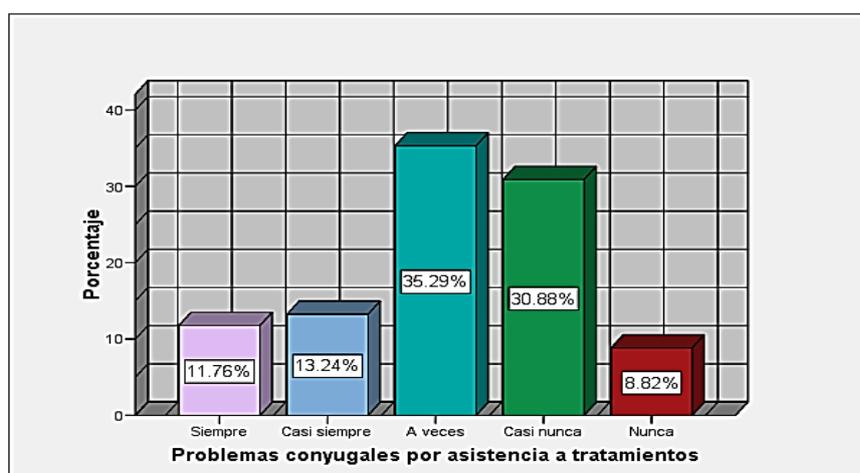


Gráfico No. 21 Problemas conyugales por asistencia a tratamientos

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis

La ausencia del hogar para asistir al tratamiento, puede ser motivo de problemas conyugales, tal como lo manifiesta el 36.29% de los encuestados, a ellos siempre les afecta ésta situación adversa, le sigue el 30.9%, a quienes casi nunca le ha ocurrido este tipo de eventualidad. Sin embargo y a pesar de que existe un 75% de personas que pueden calificarse como ajenas al problema estudiado, la cuarta parte de la población a quienes, si les afecta éste problema, ésta población está compuesta por el 11.8% a quienes siempre les afecta el problema, y el 13.24% a quienes casi siempre les afecta. y al 25% de las persona si les afecta el problema.

Cansancio conyugal a causa de su enfermedad (P.18)

Cuadro No. 23 Cansancio conyugal a causa de su enfermedad

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siempre	8	11,8	11,8
Casi siempre	8	11,8	23,5
A veces	34	50,0	73,5
Casi nunca	12	17,6	91,2
Nunca	6	8,8	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

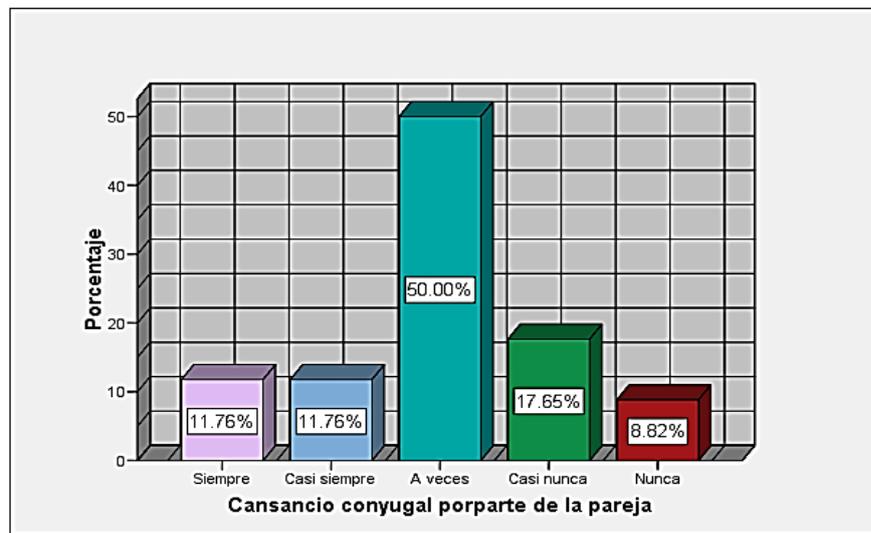


Gráfico No. 22 Cansancio conyugal por parte de la pareja

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis

De acuerdo con la encuesta realizada, la mitad de los conyugues (50%) a veces sienten cansancio conyugal, y el resto de la muestra maneja parámetros diametralmente opuestos, pues para el 11,8 % Siempre existe cansancio y para el otro 11,8% casi siempre. En el lado opuesto, está el 17,7% que casi nunca se siente cansado de la pareja y el 8,8% que nunca manifiesta el problema. Se nota que, a nivel social, la enfermedad de la insuficiencia renal tiene enormes repercusiones y una de ellas es la inestabilidad de la pareja, la misma que según se ha visto en éste estudio afecta a la mitad de la población.

Cuadro No. 24 Distanciamiento de la pareja (P.19)

Cuadro No. 24 Distanciamiento de la pareja

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	20	29,4	29,4
No	48	70,6	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

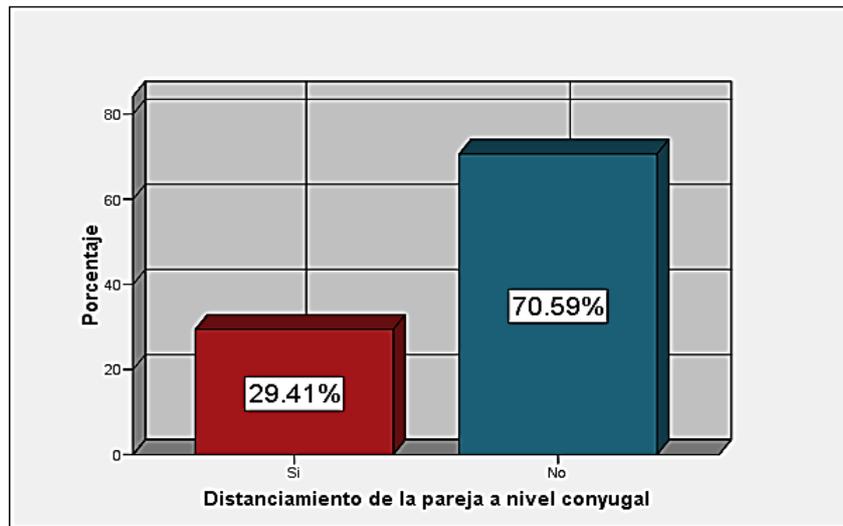


Gráfico No. 23 Distanciamiento de la pareja a nivel conyugal

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis

En concordancia con la pregunta anterior, se puede ver que, para el 70.59% de los encuestados, No manifiesta distanciamiento de la pareja, el caso contrario afecta al 29.41% de los encuestados, a quienes si les provoca distanciamiento. Se puede concluir que, para un estrato significativo de la población equivalente a uno de cada tres encuestados, la insuficiencia renal, como enfermedad catastrófica, si produce distanciamiento entre la pareja, ésta es una pregunta fundamental de acuerdo con las intenciones de la presente investigación.

Cambios experimentados por la pareja a raíz de la enfermedad (P. 20)

Cuadro No. 25 Cambios experimentados por la pareja a raíz de la enfermedad

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
A nivel sexual	9	13,2	13,2
Distanciamiento	9	13,2	26,5
Incomprensión	8	11,8	38,2
Falta de apoyo	5	7,4	45,6
Mal humor	5	7,4	52,9
Dif. Económicas	2	2,9	55,9
Discusiones	5	7,4	63,2
Irrespeto	5	7,4	70,6
NA	20	29,4	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

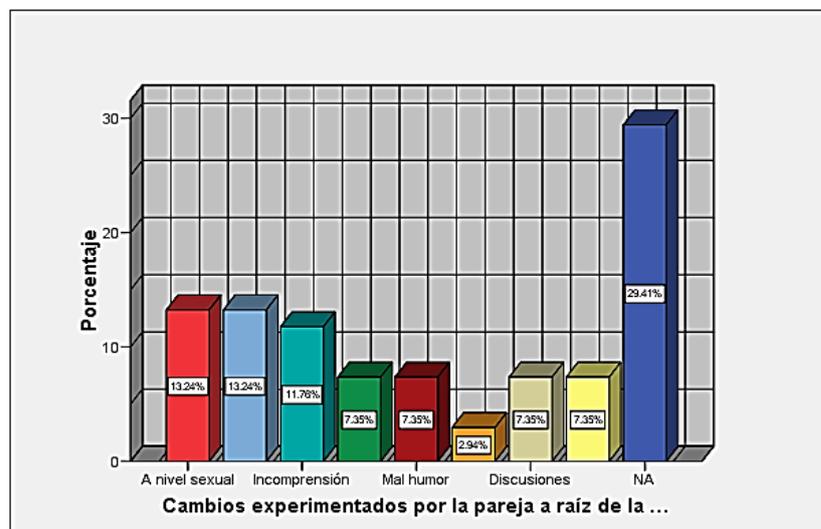


Gráfico No. 24 Cambios experimentados por la pareja a raíz de la enfermedad

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis

Se puede ver que en el 13.2% de los casos, la afectación es a nivel sexual, lo que confirma la hipótesis planteada, al otro 13.2% le afecta el distanciamiento y el 11.8% denuncia incomprensión, o falta de apoyo (7.4%). El mal humor, las discusiones y falta de respeto, ocupan cada uno el 7.4% de las opiniones y finalmente, el 2.9% es ocupado por las diferencias económicas nacidas como fruto de la relación.

Sensación de alejamiento de la pareja (P.21)

Cuadro No. 26 Sensación de alejamiento de la pareja

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siempre	11	16,2	16,2
Casi siempre	10	14,7	30,9
A veces	17	25,0	55,9
Casi nunca	19	27,9	83,8
Nunca	11	16,2	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

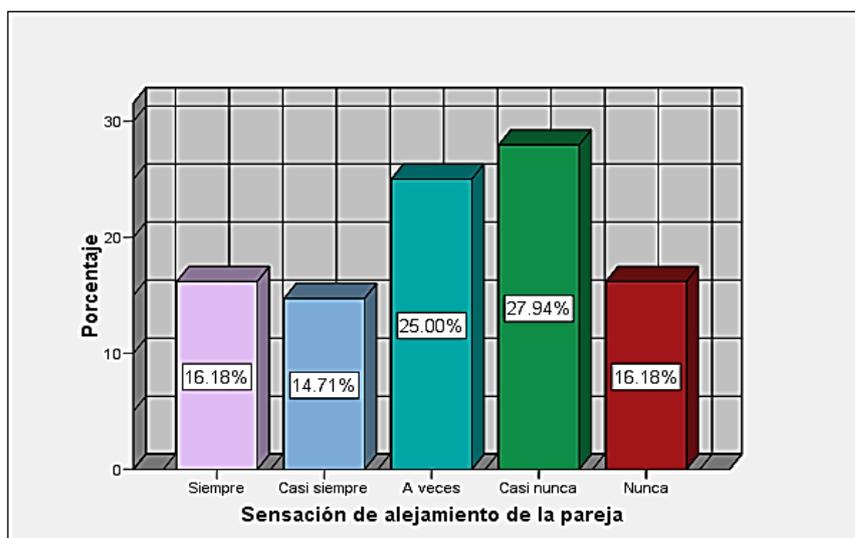


Gráfico No. 25 Sensación de alejamiento de la pareja

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis

El alejamiento por causa de la enfermedad afecta a uno de cada tres pacientes, pues para el 16.2%, siempre ha existido una sensación de alejamiento por parte de la pareja, y para el 14.71% casi siempre, además es considerable la opinión del 25% que a veces ha tenido la sensación de alejamiento por parte de su conyugue.

Por otro lado, se distingue un 27.9% de personas que casi nunca ha tenido éste tipo de problemas y el 16.2% que nunca ha tenido que ver con esta dificultad.

Temor al abandono de la pareja (P.21)

Cuadro No. 27 Temor al abandono de la pareja

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siempre	15	22,1	22,1
Casi siempre	19	27,9	50,0
A veces	23	33,8	83,8
Casi nunca	6	8,8	92,6
Nunca	5	7,4	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

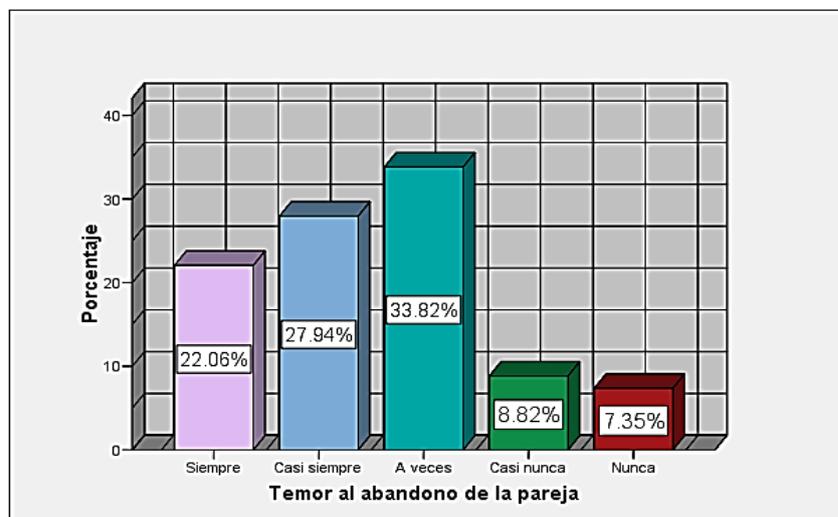


Gráfico No. 26 Temor al abandono de la pareja

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis

La respuesta “a veces” es la de mayor puntaje en referencia a la pregunta de la existencia de temor al abandono de la pareja, la misma ha sido remitida por el 33.82% de los encuestados, las respuestas de Siempre y Casi siempre, también asumen valores importantes, para éstas, el 22.1% y el 27.9% respectivamente son sus puntuaciones.

Con porcentajes menores aparecen las tendencias de casi nunca existe el temor al abandono de la pareja (8.8%) y la opción nunca con el 7.35% de las opiniones.

Afectación de la relación por ausencia de intimidad sexual pareja (P.23)

Cuadro No. 28 Afectación de la relación por ausencia de intimidad sexual

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siempre	9	13,2	13,2
Casi siempre	19	27,9	41,2
A veces	26	38,2	79,4
Casi nunca	14	20,6	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

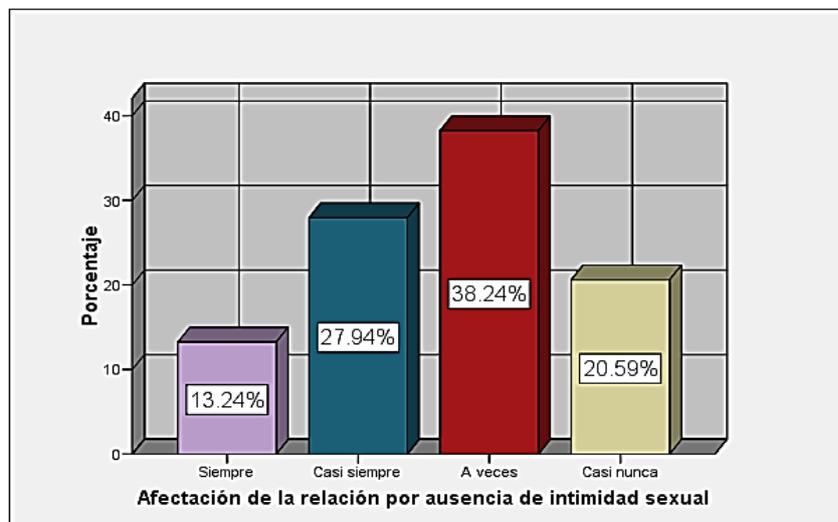


Gráfico No. 27 Afectación de la relación por ausencia de intimidad sexual

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, Priscila (2014)

Análisis

El no tener relaciones sexuales si afecta a las relaciones de pareja, tal como se lo puede ver en el 13.2% de los casos, el 27.94% mencionó que Casi Siempre ocurre ésta novedad, y para el 38.24% ocurre solo a veces. Una opinión que afecta a uno de cada cinco personas es que casi nunca las relaciones sexuales afectadas por la insuficiencia renal afectan a las relaciones entre pareja.

Aparecimiento de cambios en el apetito sexual (P.24)

Cuadro No. 29 Aparecimiento de cambios en el apetito sexual

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siempre	7	10,3	10,3
Casi siempre	11	16,2	26,5
A veces	31	45,6	72,1
Casi nunca	13	19,1	91,2
Nunca	6	8,8	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

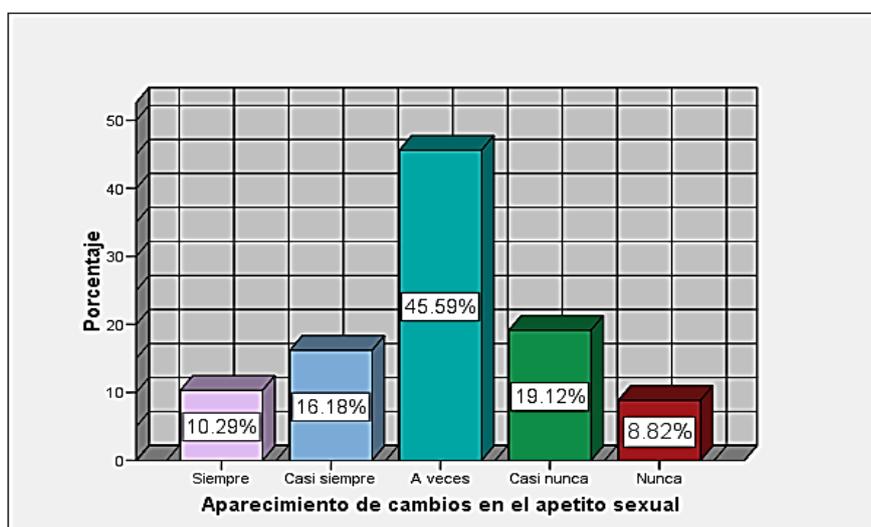


Gráfico No. 28 Aparecimiento de cambios en el apetito sexual

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis

En el gráfico se puede apreciar que a veces (45.6%) existen cambios en el apetito sexual de los pacientes con insuficiencia renal, con seguridad que éstas reacciones tienen que ver con el tipo de olores que se emiten por efecto de la propia enfermedad, por causa de la disfuncionalidad física de los pacientes, monotonía o algún complejo.

Se puede ver que en el 16.2% de los casos estos cambios aparecen casi siempre y en el 10.2% siempre. Por otro lado las opciones: casi nunca y nunca aparecen con una frecuencia de 19.15 y 8.9% de las opiniones.

Frecuencia de las relaciones sexuales (P.25)

Cuadro No. 30 Frecuencia de las relaciones sexuales

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siempre	5	7,4	7,4
Casi siempre	14	20,6	27,9
A veces	32	47,1	75,0
Casi nunca	10	14,7	89,7
Nunca	7	10,3	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

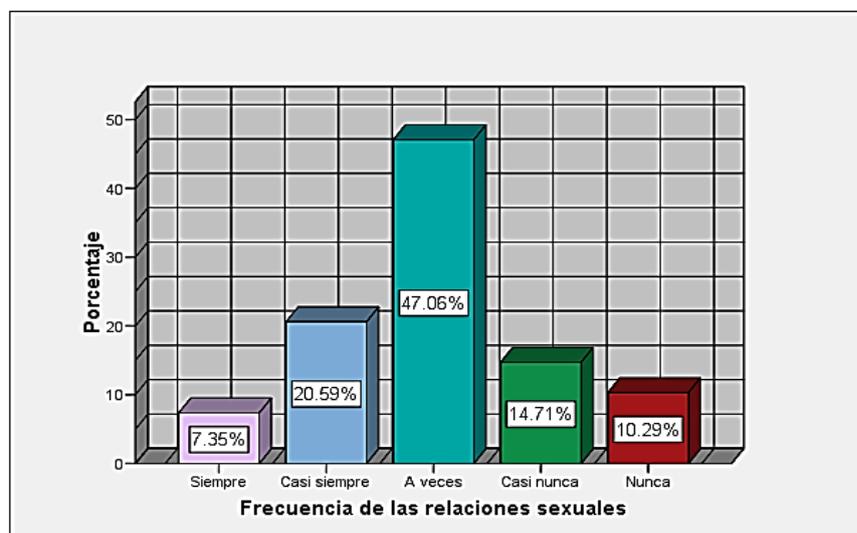


Gráfico No. 29 Frecuencia de las relaciones sexuales

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis e interpretación de resultados

La opción a veces ocupa el 47.1% de las opiniones a favor, esto afecta a 32 de los encuestado, le sigue el 20.6% que manifiestan que casi siempre son frecuentes las relaciones sexuales y el 7.4% tienen relaciones sexuales frecuentemente. Finalmente, el 14.7% casi nunca tiene relaciones sexuales a causa de la enfermedad y el 10.2% definitivamente no tiene relaciones sexuales.

En resumen, se distingue un cuarto de la población cuyas relaciones sexuales han sido deterioradas y de poca frecuencia por causa de la insuficiencia renal, adicionalmente existe un 47%, que es casi la mitad de la población.

Reducción del amor en pareja por causa de la enfermedad (P. 26)

Cuadro No. 31 Reducción del amor en pareja por causa de la enfermedad

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Mucho	15	22,1	22,1
Poco	15	22,1	44,1
Casi nada	23	33,8	77,9
Nada	15	22,1	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

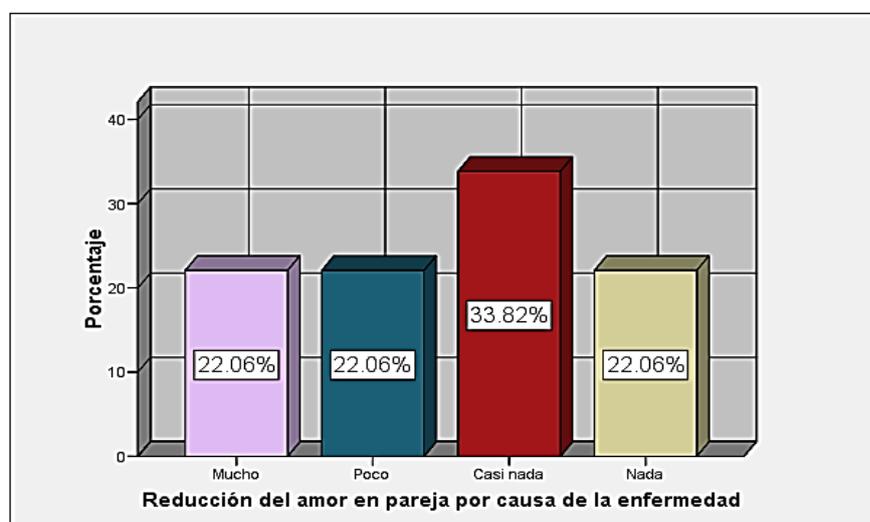


Gráfico No. 30 Reducción del amor en pareja por causa de la enfermedad

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis e interpretación de resultados

Para el 33.8% de los pacientes encuestados en la presente investigación, el amor en pareja no ha disminuido casi nada a raíz de que se presentó la enfermedad, ésta tendencia está seguida del 22.1% de personas que creen que el amor ha disminuido mucho, en otro porcentaje similar ha disminuido poco y en una de cada cuatro personas, el amor no ha disminuido con la enfermedad.

Disminución del compromiso en pareja (P. 27)

Cuadro No. 32 Disminución del compromiso en pareja

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	34	50,0	50,0
No	32	47,1	97,1
NSC	2	2,9	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

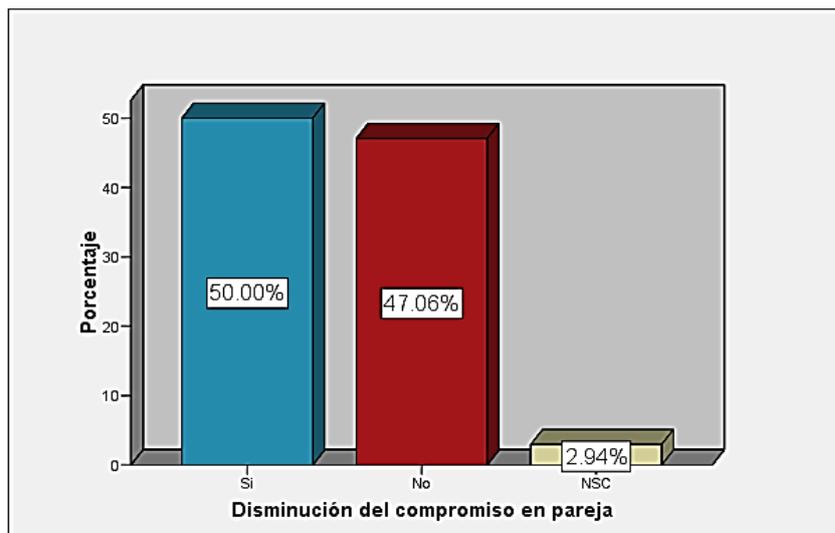


Gráfico No. 31 Disminución del compromiso en pareja

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, Priscila (2014)

Análisis e interpretación de resultados

La mitad de los encuestados creen que si ha disminuido el compromiso en pareja, de tal forma que ya no se sienten con las mismas obligaciones pero si con derechos superiores a los contraídos al conformar el nexo familiar. El 47% de las personas no ha distinguido una disminución significativa del compromiso como pareja, y un 2.9% se abstiene de responder a la pregunta planteada.

Trato cariñoso en pareja (P.28)

Cuadro No. 33 Trato cariñoso en pareja

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siempre	13	19,1	19,1
Casi siempre	19	27,9	47,1
A veces	13	19,1	66,2
Casi nunca	17	25,0	91,2
Nunca	6	8,8	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

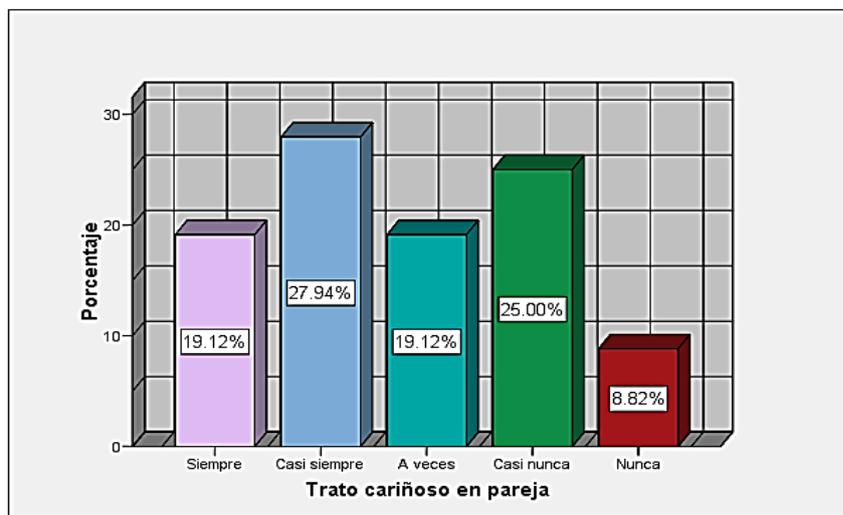


Gráfico No. 32 Trato cariñoso en pareja

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis e interpretación de resultados

Primero se notará como respuesta de alto valor la correspondiente a la cuarta parte de los encuestados, según los cuáles, no existe casi nunca un trato cariñoso por parte de la pareja, nótese que la respuesta es emitida por varones en su mayoría, con lo que se puede asumir que ésta falta de cariño se debe, en parte, a lo frustrante de la enfermedad, así mismo, el 8.8%, afirma que nunca hay un trato cordial ni cariñoso de parte de su conyugue. El resto de respuestas han de considerarse como positivas, pues, para el 27.94% de encuestados, casi siempre hay tratos cariñosos, para el 19.12% siempre es cariñosa la relación y para el otro 19.12%, a veces.

Disminución en la comunicación de pareja (P. 29)

Cuadro No. 34 Disminución de la comunicación en pareja

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Mucho	15	22,1	22,1
Poco	17	25,0	47,1
Casi nada	22	32,4	79,4
Nada	14	20,6	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

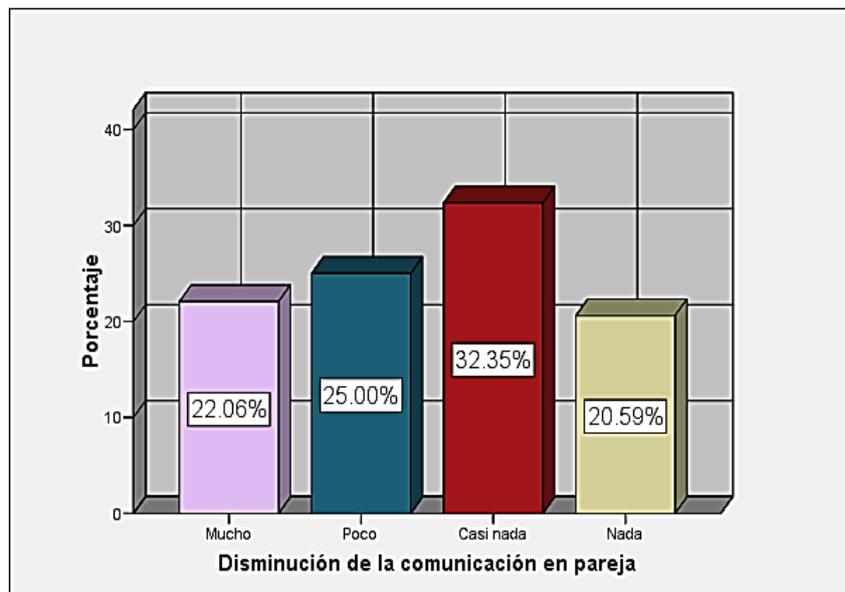


Gráfico No. 33 Disminución de la comunicación en pareja

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis

Se puede decir con cierta convicción que para el 32.4% de los encuestados, la comunicación en pareja no ha disminuido, casi nada. Para el 25% ha disminuido un poco, de acuerdo al 20,6% definitivamente no ha disminuido y según el 20.1% si ha disminuido mucho.

Uso de palabras tiernas en la comunicación en pareja (P. 30)

Cuadro No. 35 Uso de palabras tiernas en la comunicación en pareja

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siempre	15	22,1	22,1
Casi siempre	15	22,1	44,1
A veces	15	22,1	66,2
Casi nunca	17	25,0	91,2
Nunca	6	8,8	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

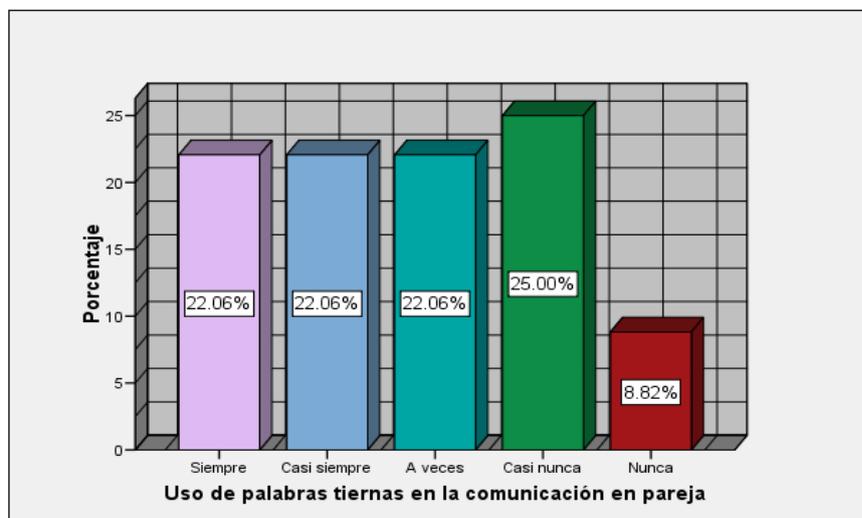


Gráfico No. 34 Uso de palabras tiernas en la comunicación en pareja

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis

A raíz que se ha perdido la comunicación en general, se distingue también una pérdida de la comunicación específica en el nivel emocional que afecta a dos de cada tres encuestados, esto es; el 22.1% aqueja ésta deficiencia comunicacional siempre, otro 22.1% casi siempre y un 22.1% similar a veces. Una cuarta parte de los encuestados, por el contrario, manifiesta que la comunicación entre la pareja no se ha perdido, o al menos no ocurre casi nunca y para un escaso 8.8% no ocurre.

Culminación de las conversaciones en gritos y mal entendidos (P.31)

Cuadro No. 36 Culminación de las conversaciones en gritos

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siempre	13	19,1	19,1
Casi siempre	5	7,4	26,5
A veces	19	27,9	54,4
Casi nunca	19	27,9	82,4
Nunca	12	17,6	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

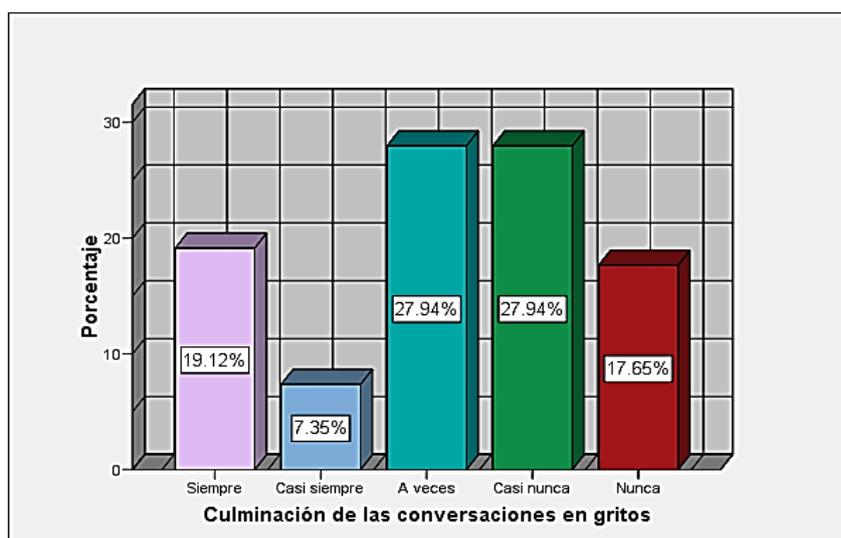


Gráfico No. 35 Culminación de las conversaciones en gritos

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis

Para una cuarta parte de la población, es muy común que las conversaciones entre parejas terminen con gritos y malentendidos, tal como lo demuestran las respuestas presentadas a la interrogante, según las cuales, el 19.2%, afirma que siempre hay este desenlace después de una conversación, y el 7.4% que cree que casi siempre es posible ésta situación. Las tendencias: “a veces” y “casi nunca” comparten similares puntajes en cuanto a la culminación de las conversaciones en gritos (27.94%), y la opción “nunca”, tiene un 17.65% de las opiniones, de esto se deduce que las relaciones en gran parte son agrestes entre las parejas, pues en suma, el 54.4% de los profesionales es afectado por este inconveniente.

Calidad de comunicación en pareja (P. 32)

Cuadro No. 37 Calidad de la comunicación en pareja

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy buena	16	23,5	23,5
Buena	31	45,6	69,1
Regular	8	11,8	80,9
Mala	10	14,7	95,6
Muy mala	3	4,4	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

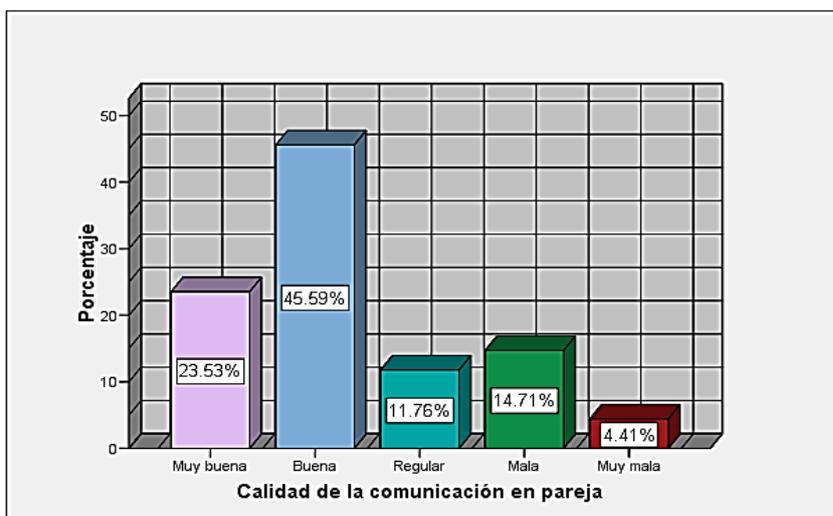


Gráfico No. 36 Calidad de la comunicación en pareja

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis

El complemento a las preguntas planteadas, es la determinación de la calidad de la comunicación en pareja que se plantea, al respecto se puede ver que para el 45.6% la comunicación en pareja es buena, para el 23.5% es muy buena, y para el 11.8% es regular. Por otro lado, el 14.71% menciona que la comunicación en pareja es de mala calidad y el 4.41% afirma que es muy mala.

Sentimiento de comprensión por la pareja (P. 33)

Cuadro No. 38 Sentimiento de comprensión por la pareja

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siempre	16	23,5	23,5
Casi siempre	22	32,4	55,9
A veces	16	23,5	79,4
Casi nunca	12	17,6	97,1
Nunca	2	2,9	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

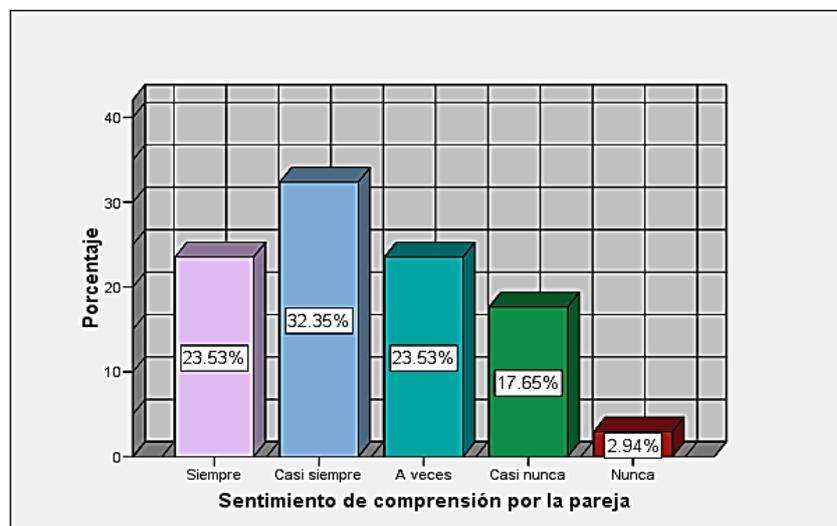


Gráfico No. 37 Sentimiento de comprensión por la pareja

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, Priscila (2014)

Análisis

El 32.35% de los encuestados, casi siempre se siente comprendido por su pareja, éste porcentaje está seguido por el 23,53% que cree que siempre hay una buena comprensión entre la pareja y otro tanto, a veces refiere comprensión por parte de la pareja.

Quienes no han sido comprendidos por sus parejas suman el 17.65% que casi nunca son comprendidos y el 2,9% que creen no ser comprendidos jamás por sus parejas.

Dependencia de la pareja (P. 34)

Cuadro No. 39 Dependencia de la pareja

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siempre	8	11,8	11,8
Casi siempre	20	29,4	41,2
A veces	14	20,6	61,8
Casi nunca	11	16,2	77,9
Nunca	15	22,1	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

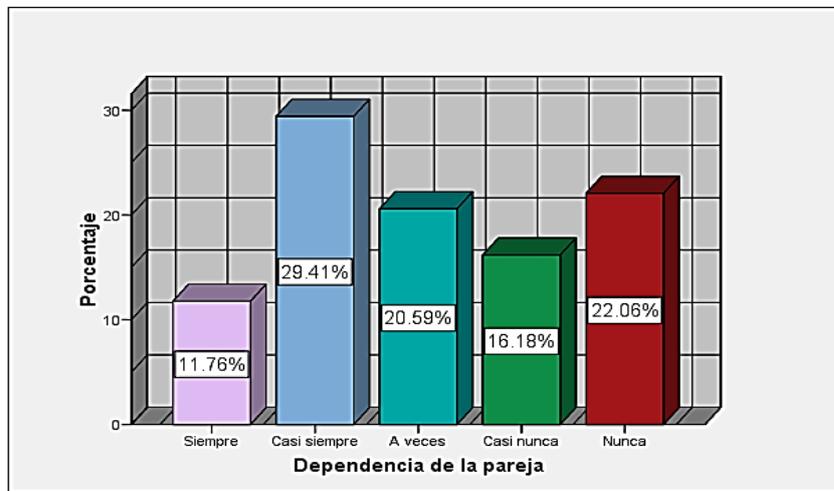


Gráfico No. 38 Dependencia de la pareja

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis

El 29.4% de los encuestados depende casi siempre de su pareja para realizar las actividades diarias, le siguen el 22.1%, quienes nunca dependen de la pareja y el 20.59% que dependen solamente a veces. Entre los puntajes más reducidos, está el 16.18% de personas, que casi nunca dependen de la pareja y el 11.75% que siempre lo hacen.

Experiencias de cambio de humor que fomentan conflictos (P. 35)

Cuadro No. 40 Experiencias de cambio de humor que fomentan conflictos

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siempre	13	19,1	19,1
Casi siempre	10	14,7	33,8
A veces	29	42,6	76,5
Casi nunca	13	19,1	95,6
Nunca	3	4,4	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

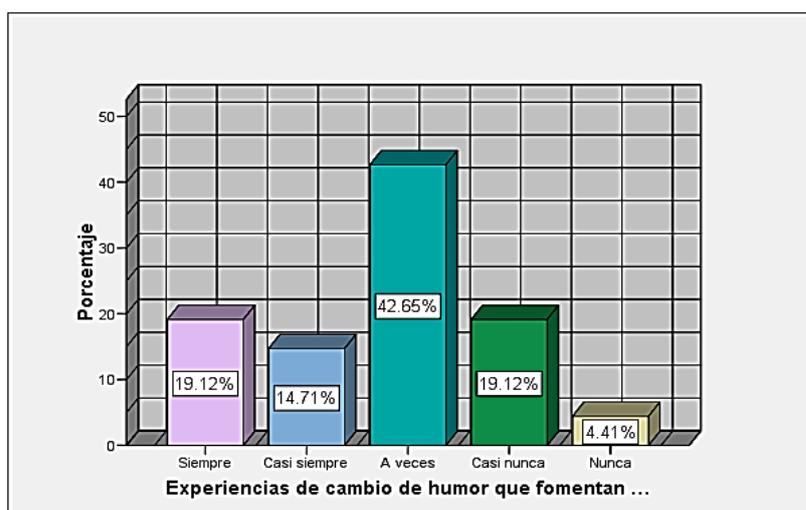


Gráfico No. 39 Experiencias de cambio de humor que fomentan conflictos

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis

Se puede ver que los conflictos en pareja como resultado de la insuficiencia renal, son generadores del cambio de humor, tal evento se puede verificar en el 19.12% de los casos, donde siempre ocurre esta falencia y en el 14.71% que casi siempre se puede ver este resultado. Por otro lado hay personas que unas veces si y otras no, se ven afectadas en su humor por las discusiones en pareja motivadas por la enfermedad que atraviesan, éstos suman el 42.7% de los encuestados, y las personas no afectadas por el problemas son el 19.12% que casi nunca están afectados y el 4.41% que nunca han atravesado el problema.

Sentimiento de exclusión por la pareja en la toma de decisiones (P. 36)

Cuadro No. 41 Sentimiento de exclusión por la pareja en la toma de decisiones

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siempre	10	14,7	14,7
Casi siempre	8	11,8	26,5
A veces	10	14,7	41,2
Casi nunca	29	42,6	83,8
Nunca	11	16,2	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

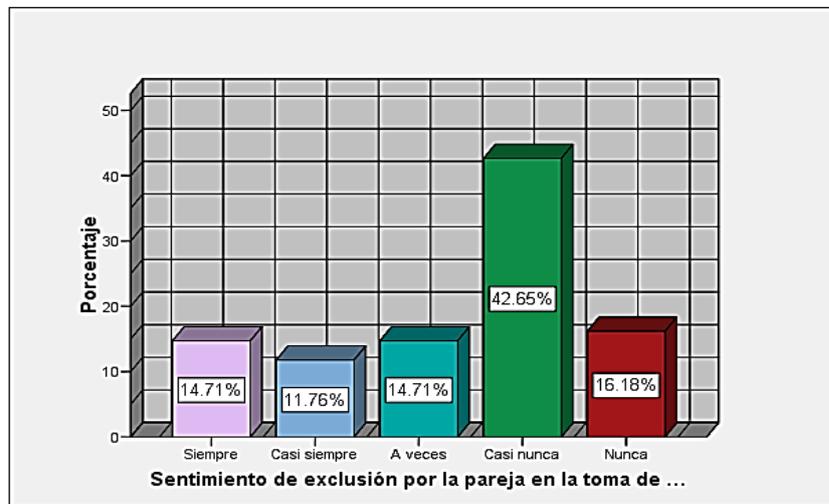


Gráfico No. 40 Sentimiento de exclusión por la pareja en la toma de decisiones

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis

El 42.6% de los pacientes, afirma que se siente si nunca ha sido excluido en la toma de decisiones por parte de la pareja, el 14.7% ha sido excluido a veces y el otro 14.7% siempre, existe también un estrato menor equivalente al 11.8%. Finalmente, existe también un porcentaje significativo de personas que nunca han sentido exclusión por parte de la pareja.

El contar con el apoyo de su pareja le ayuda a mejorar su calidad de vida (P.37)

Cuadro No. 42 Mejoramiento en la calidad de vida por acompañamiento conyugal

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Mucho	61	89,7	89,7
Poco	4	5,9	95,6
Casi nada	3	4,4	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

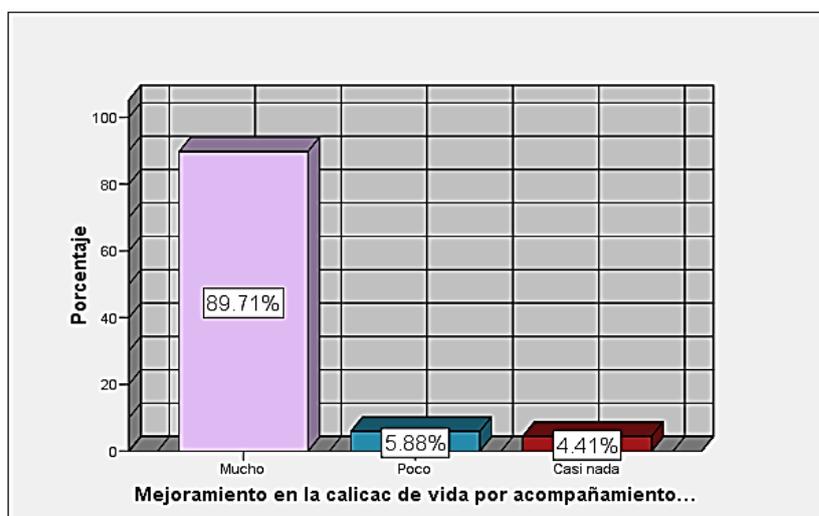


Gráfico No. 41 Mejoramiento en la calidad de vida por acompañamiento conyugal

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis

Nueve de cada diez pacientes con insuficiencia renal afirman que el contar con el apoyo de la pareja le ha ayudado mucho a mejorar su vida, o eventualmente le ayudarían a hacerlo, el 5.88% menciona que le ayudaría un poco y el 4.41% dijo que le ayudaría casi nada.

Se nota la importancia que tiene la participación de la pareja en el desarrollo de la salud del conyuge, por ende y en consecuencia de la respuesta mayoritaria se puede afirmar que la mayor terapia psicológica que ayudaría a la recuperación del paciente es el apoyo de su pareja.

Apoyo de su entorno social para superar su enfermedad (P.38)

Cuadro No. 43 Percepción del apoyo social para superar la enfermedad

Alternativas de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siempre	20	29,4	29,4
Casi siempre	32	47,1	76,5
A veces	6	8,8	85,3
Casi nunca	10	14,7	100,0
Total	68	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

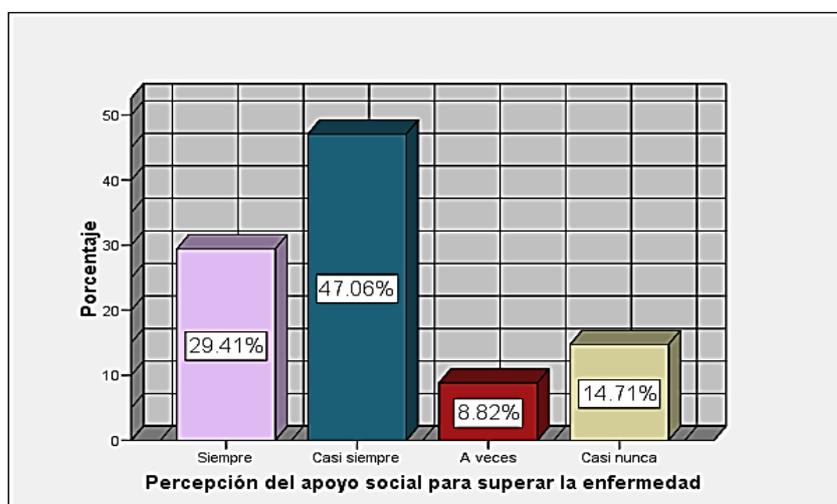


Gráfico No. 42 Percepción del apoyo social para superar la enfermedad

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Análisis

Los pacientes que sufren de insuficiencia renal creen necesario el apoyo social para superar sus dolencias, al respecto, el 47.1% casi siempre siente ese apoyo social, el 29.4% siempre ha sentido el apoyo, según el 14.7% casi nunca hay apoyo de la sociedad para superar las enfermedades catastróficas y de acuerdo con el 8.8% a veces es posible este apoyo.

Interpretación de resultados

Cuadro No. 44: Acompañamiento de la pareja de acuerdo con el sexo del encuestado

P. 7 Acompañamiento de la pareja	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	TOTAL
P. 2 Sexo del encuestado						
Hombre	5	7	6	6	1	25
Mujer	14	7	11	7	4	43
TOTAL	19	14	17	13	5	68

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal
Elaborado por: Guerrero, P (2014)

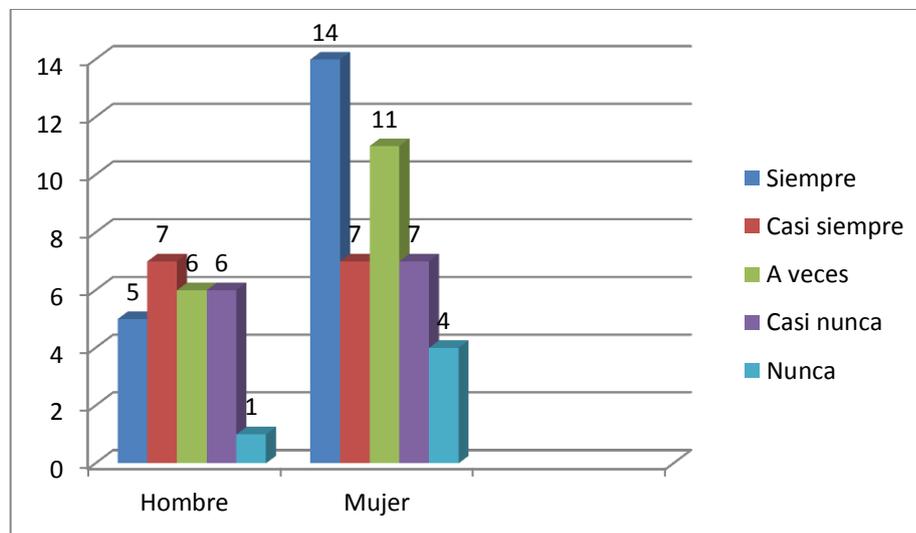


Gráfico No. 43 Acompañamiento de la pareja de acuerdo con el sexo del encuestado
Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal
Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Interpretación

Se puede ver que según el estudio de acompañamiento según el sexo, la mujer es el género que recibe mayor acompañamiento por parte de su pareja, éste acompañamiento es muy frecuente, pues un elevado porcentaje de las mujeres encuestadas, recibe éste tipo de apoyo.

En el caso del sexo masculino, quien recibe menos apoyo durante su enfermedad, vale mencionar que éste tipo de acompañamiento se resume a la mitad de los encuestados.

Cuadro No. 45: Personas pendientes de los cuidados que conlleva su tratamiento al paciente de acuerdo con su edad.

P. 8 Personas pendientes de los cuidados que conlleva su tratamiento	Conyugue	Hijos	Padres	Hermanos	Otros	TOTAL
P. 3 Edad del encuestado						
20-26 años	6	1	1	1	0	9
27-33 años	3	2	1	1	1	8
34-40 años	8	2	3	0	2	15
41-47 años	7	2	0	1	1	11
48-54 años	7	2	2	1	0	12
55-61 años	7	1	0	0	0	8
62-68 años	5	0	0	0	0	5
TOTAL	43	10	7	4	4	68

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal
Elaborado por: Guerrero, P (2014)

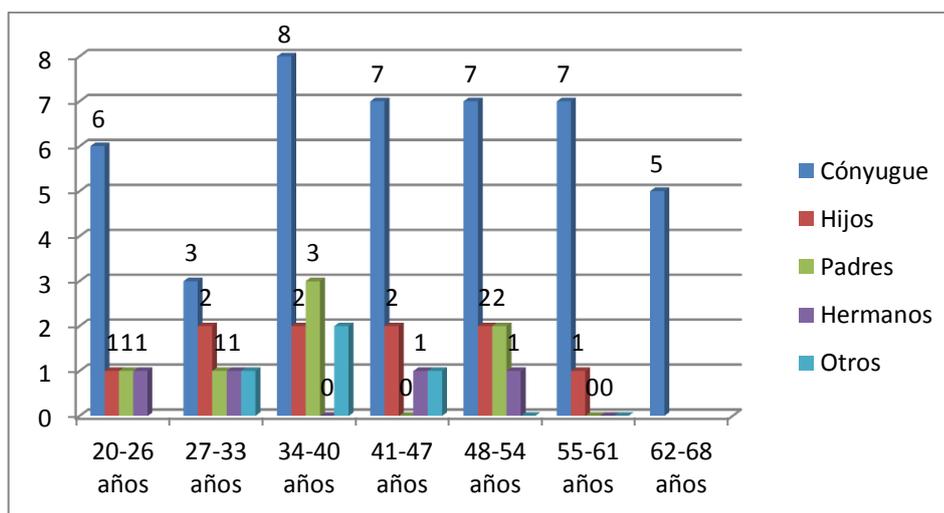


Gráfico No. 44 Personas que cuidan al paciente de acuerdo con su edad

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal
Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Interpretación

Se puede notar que los pacientes, de acuerdo a la edad que tienen reciben el apoyo de sus allegados, tanto así que sus mayores respaldos son las parejas, que en el caso de la tercera edad; son los únicos acompañantes que tienen. Otro respaldo importante de las víctimas de la enfermedad conocida como insuficiencia renal, son sus hijos, se nota que en las personas mayores de 55 años, son el único respaldo que subsiste. Los padres también apoyan a sus hijos, pero extrañamente hasta una edad de 54 años.

Cuadro No. 46:La ayuda de la familia frente a la actitud durante el tratamiento

P. 6 Ayuda de la familia \ P. 9 Actitud Durante el tratamiento	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	TOTAL
Muy Bien	5	6	0	0	0	11
Bien	7	15	3	1	0	26
Regular	8	8	4	6	0	26
Mal	0	0	4	1	0	5
TOTAL	20	29	11	8	0	68

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

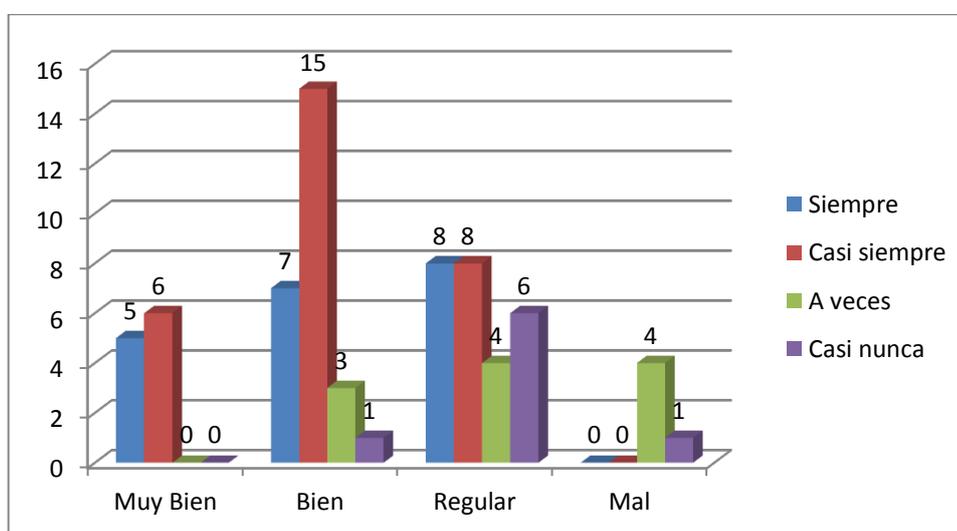


Gráfico No. 45 La ayuda de la familia frente a la actitud durante el tratamiento

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Interpretación

La ayuda de la familia durante el tratamiento que reciben los pacientes con insuficiencia renal, es muy importante para su recuperación y desarrollo de actitudes positivas, en base al apoyo recibido, la mayor parte de los pacientes han adoptado actitudes de un sentir bastante regular, sin embargo el apoyo realizado casi siempre, que tiene un pico más elevado que las otras tendencias logra mejores resultados, pues la actitud frente a las terapias es buena. Quienes se han llegado a sentir muy bien, son los que han recibido apoyo familiar siempre o casi siempre, y antagónicamente, los que han recibido a veces o no han recibido casi nunca el apoyo familiar, toleran de mala manera los tratamientos.

Cuadro No. 47: Cansancio conyugal por la enfermedad frente al sexo del encuestado

P. 18 Cansancio conyugal por la enfermedad	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	TOTAL
P. 2 Sexo del encuestado						
Hombre	3	3	14	4	1	25
Mujer	5	5	20	8	5	43
TOTAL	8	8	34	12	6	68

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

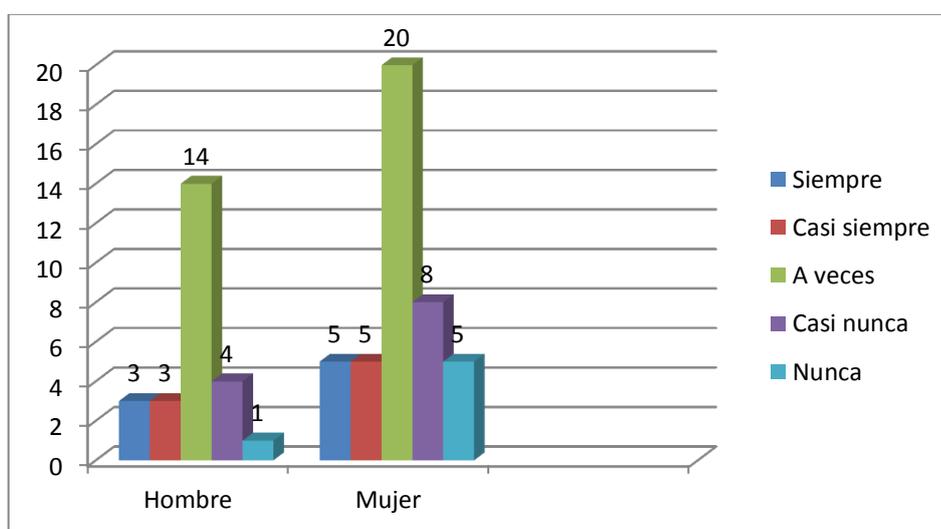


Gráfico No. 46 Cansancio conyugal por la enfermedad frente al sexo del encuestado

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Interpretación

Se puede ver que el cansancio debido a la enfermedad, está asociado con el sexo del encuestado, es así que en el cuadro de contingencia se puede distinguir que existe un mayor nivel de cansancio en el sexo femenino, y el sexo masculino, tiene su mayor pico de frecuencia en el indicador “a veces”.

En el caso de los varones, el nivel de cansancio es bastante regular, por otro lado, las mujeres, que sufren de cansancio, orientan los dos extremos, pues un interesante porcentaje, refieren cansancio, casi nunca o nunca.

Cuadro No. 48:El apoyo de la pareja y la frecuencia de la recreación

P. 15 Apoyo de la pareja P. 16 Recreación con la pareja	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	TOTAL
Siempre	16	0	0	1	0	17
Casi siempre	5	17	1	0	0	23
A veces	2	9	6	1	0	18
Casi nunca	0	1	1	7	0	9
Nunca	0	0	0	0	1	1
TOTAL	23	27	8	9	1	68

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

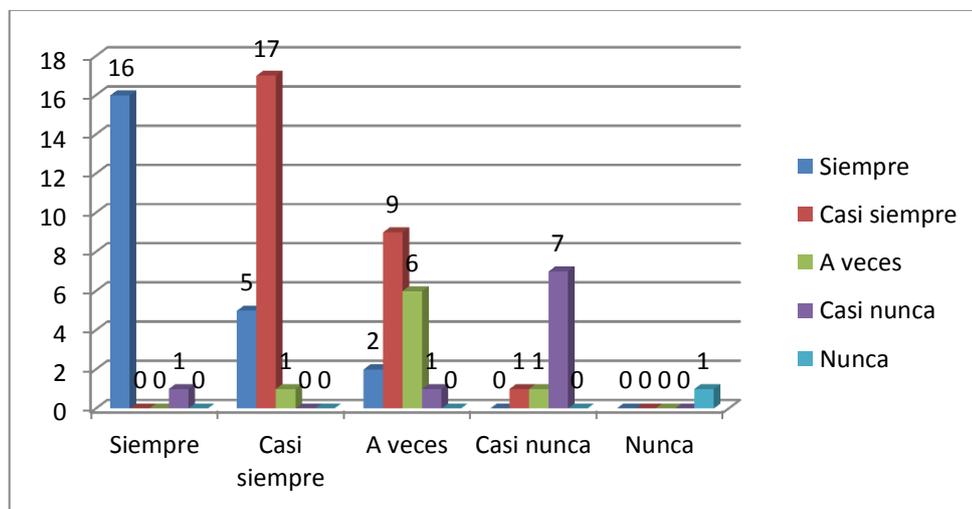


Gráfico No. 47 El apoyo de la pareja y la frecuencia de la recreación

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Interpretación

Se distingue una relación entre el apoyo que brinda la pareja con el volumen y frecuencia de recreación que ocurre entre los conyugues, puede verse que donde siempre hay apoyo de la pareja es en los hogares donde ésta no se ha descuidado, y las actividades de distracción y ocio, aportan a una mejora en el nivel de vida y tolerancia de la enfermedad. Por otro lado, cuando no existe apoyo, se puede deber a la baja calidad de vida y recreación que se comparte, es así que en los indicadores mostrados, evidencian que esto ocurre con poca frecuencia. Vale mencionar que entre ambos indicadores existe una relación directamente proporcional.

Cuadro No. 49: Los problemas por ausencia en hogar debido a su asistencia al tratamiento y su relación con el distanciamiento en pareja

P. 17 Problemas por ausencia en hogar a la asistencia al tratamiento	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	TOTAL
P. 19 Distanciamiento en la pareja						
Si	3	0	4	8	5	20
No	5	9	20	13	1	48
TOTAL	8	9	24	21	6	68

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

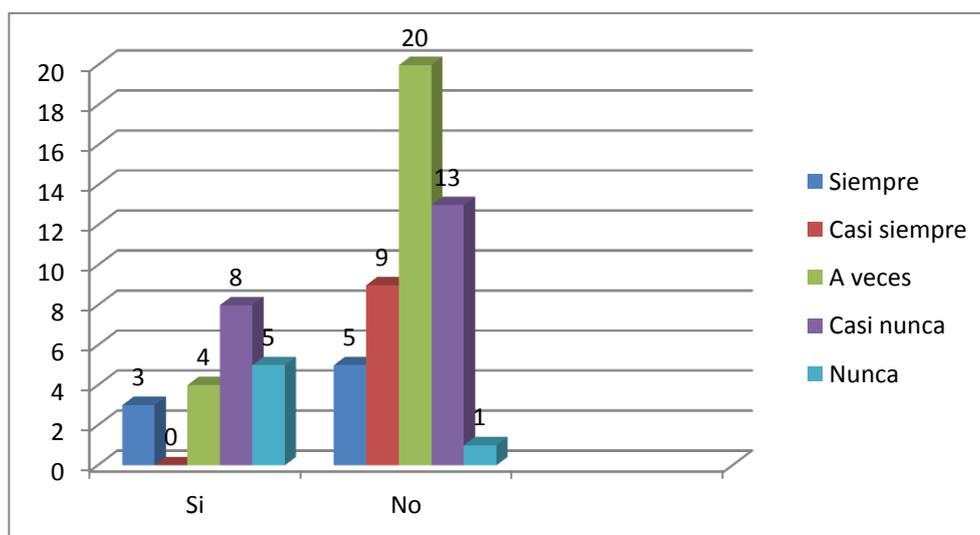


Gráfico No. 48 Los problemas por ausencia del hogar y su relación con el distanciamiento en pareja

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, Priscila (2014)

Interpretación

Las respuestas emitidas en la pregunta precedente permiten ver que a pesar de no existir distanciamiento en la pareja, sin embargo la ausencia prolongada del hogar degenera en problemas.

La circunstancia mencionada, deja ver que por ausencia de uno de los dos padres, se presentan situaciones de desorganización, irrespeto, desinterés, faltas a la moral y otras innumerables situaciones, motivadas por 2 razones principales, la falta de cariño o la falta de liderazgo.

Cuadro No. 50:El apoyo de la pareja frente a los cambios experimentados a raíz de su enfermedad

P. 15 Apoyo de la pareja P. 20 Cambios experimentados a raíz de su enfermedad	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	TOTAL
Niv. Sexual	1	0	2	6	0	9
Distanciamiento	2	4	2	1	0	9
Incomprensión	2	5	1	0	0	8
Falta apoyo	1	4	0	0	0	5
Mal humor	2	2	1	0	0	5
Dif. Económicas	0	1	0	0	1	2
Discusión	1	2	1	1	0	5
Irrespeto	3	2	0	0	0	5
N.A.	11	7	1	1	0	20
TOTAL	23	27	8	9	1	68

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal
Elaborado por: Guerrero, P (2014)

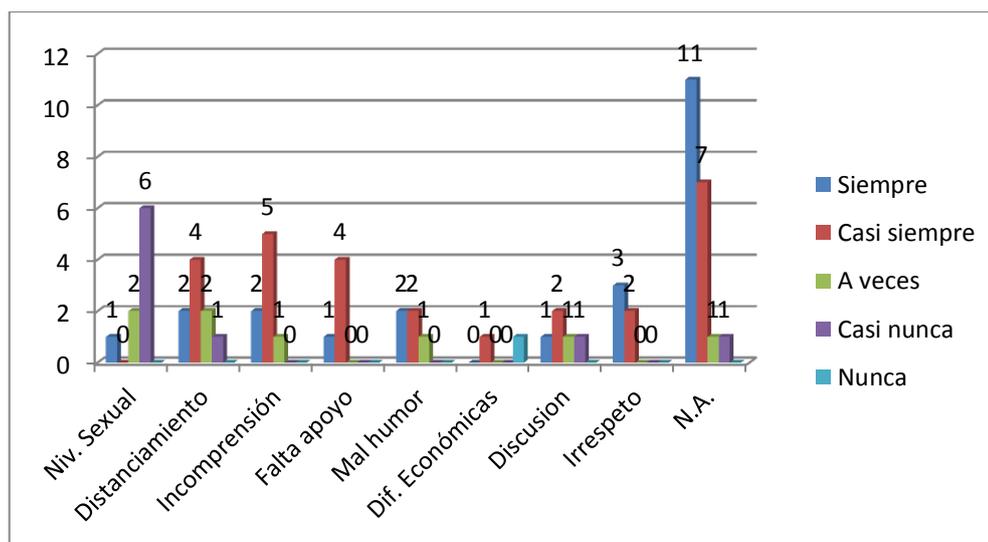


Gráfico No. 49 El apoyo de la pareja frente a los cambios experimentados en el conyugue
Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal
Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Interpretación

La circunstancia más común, entre todos los casos estudiados, es el hecho de que casi siempre hay apoyo de la pareja en el hogar para la superación de la enfermedad; los cambios más frecuentes que experimentan los conyugues son a nivel sexual, mal humor y discusiones, que son problemas que suelen aparecer en la interrelación y el compartir cotidiano.

Cuadro No. 51: Frecuencia de las relaciones sexuales de acuerdo con el sexo del encuestado

P. 25 Frecuencia de las relaciones sexuales	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	TOTAL
P.2 Sexo del encuestado						
Hombre	1	5	12	4	3	25
Mujer	4	9	20	6	4	43
TOTAL	5	14	32	10	7	68

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal
Elaborado por: Guerrero, P (2014)

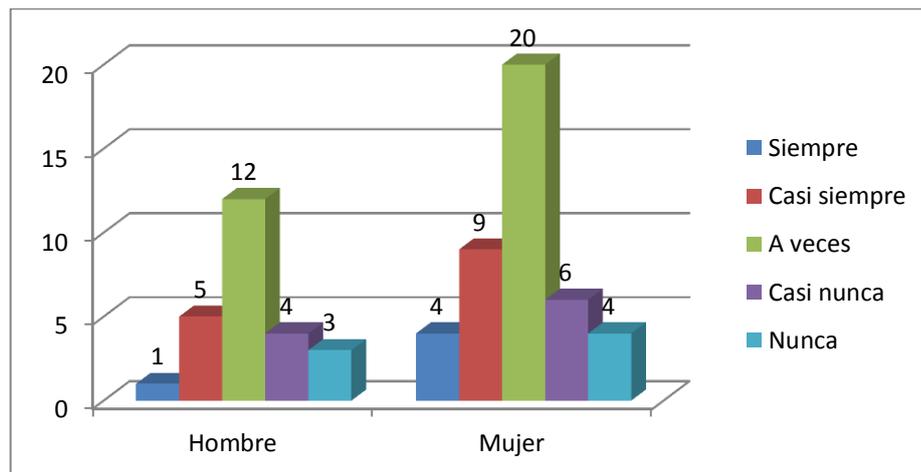


Gráfico No. 50 Frecuencia de las relaciones sexuales de acuerdo con el sexo del encuestado

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, Priscila (2014)

Interpretación

Las mujeres que demuestran atravesar por cuadros de insuficiencia renal, no muestran disminución en sus relaciones sexuales, por el contrario éstas se mantienen de una manera estándar.

Lo contrario ocurre en el caso del sexo masculino, donde, se diferencia que los varones que atraviesan por la insuficiencia renal, no tiene relaciones sexuales de una manera frecuente, puede deducirse por ende que al menos en el sexo masculino, el incremento de los efectos de la enfermedad, redundan en una disminución de la frecuencia sexual.

Cuadro No.52 La comunicación en pareja de acuerdo con el trato de manera cariñosa.

P. 28 Trato cariñoso en pareja	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	TOTAL
P. 29 Disminución de la comunicación en pareja						
Mucho	1	0	0	9	5	15
Poco	0	7	6	4	0	17
Casi nada	1	9	7	4	1	22
Nada	11	3	0	0	0	14
TOTAL	13	19	13	17	6	68

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal
Elaborado por: Guerrero, P (2014)

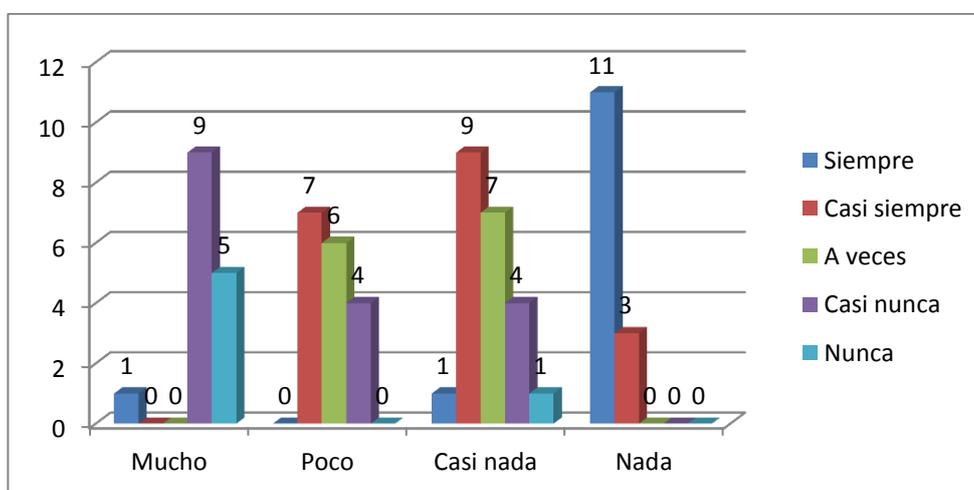


Gráfico No. 51 La comunicación en pareja de acuerdo con el trato recibido
Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal
Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Interpretación

La opción “Casi nada”, es la que demuestra un mayor porcentaje de ocurrencia en cuanto a la disminución de la comunicación en pareja, ésta opción va seguida del grupo que cree que no ha disminuido la comunicación.

La relación de éste indicador con el trato cariñoso con la pareja es evidente, pues de acuerdo a las respuestas, el trato cariñoso responde al nivel de comunicación existente, y cuando éste disminuye, también se reduce la calidad del trato con la pareja.

Cuadro No. 53:El apoyo de su pareja en la mejora de la calidad de vida según el sexo del encuestado

P.37 El apoyo de la pareja en la mejora de la calidad de vida	Siempre	Casi siempre	A veces	TOTAL
P. 2 Sexo del encuestado				
Hombre	39	3	1	43
Mujer	22	1	2	25
TOTAL	61	4	3	68

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

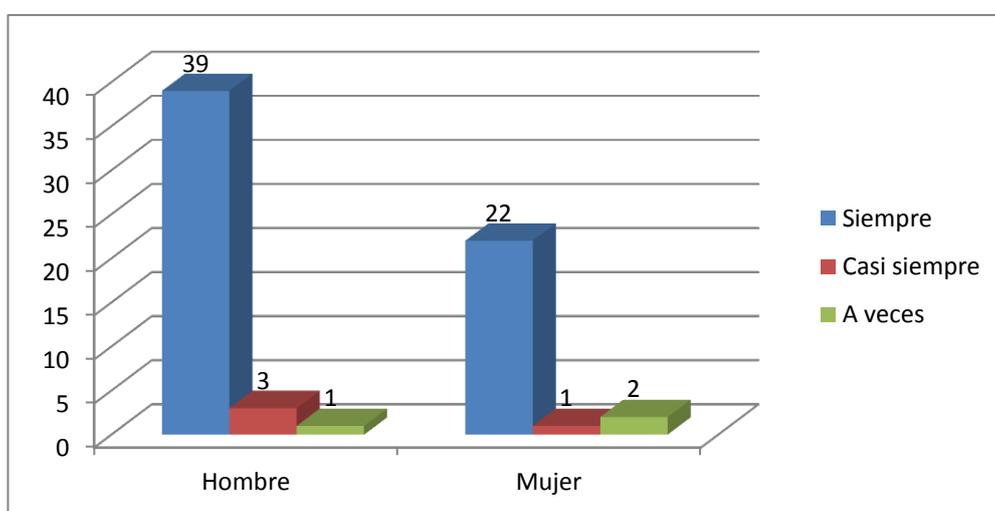


Gráfico No. 52 La mejora en la calidad de vida según el sexo del encuestado

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con insuficiencia renal

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Interpretación

Es muy notorio el hecho de que en el sexo masculino, la calidad de vida denota indicadores mucho más alentadores, y por otro lado la calidad de vida en la mujer es bastante menor.

Quizá el desarrollo hormonal no tenga mucho impacto en el hombre, sin embargo la calidad de vida de la mujer siempre va a tener la tendencia anotada, pues en el ámbito de las tareas domésticas, toda la responsabilidad recae en éste elemento de la sociedad

Verificación de la hipótesis

Para lograr el objetivo de verificar la hipótesis planteada de que “La insuficiencia renal crónica, incide en las relaciones conyugales de los pacientes de la Unidad Renal Contigo Da Vida Tena”, se ha desarrollado un modelo matemático en base a la prueba de Chi Cuadrado en el que se consideró un 95.00% de Confianza, con un 5% de error de muestreo.

Planteamiento de la Hipótesis.

Hipótesis nula (Ho): “La insuficiencia renal crónica, **no afecta** en las relaciones conyugales de los pacientes de la Unidad Renal Contigo Da Vida Tena”

Hipótesis Alternativa (H1): “La insuficiencia renal crónica, **afecta** en las relaciones conyugales de los pacientes de la Unidad Renal Contigo Da Vida Tena”

Preguntas Seleccionadas

Variable Independiente: Insuficiencia Renal Crónica

7 ¿Tiene, malestares generales que le impiden realizar sus actividades diarias?

8 ¿Las náuseas y los calambres son muy comunes en su rutina diaria?

11 ¿Aplica el dializado a los alimentos que ingiere?

12 ¿Su pareja le ayuda a conllevar su enfermedad, se siente apoyado?

13 ¿Realiza actividades recreativas con su pareja?

VARIABLE DEPENDIENTE: RELACIONES CONYUGALES

18 ¿Ha sentido que su pareja se ha alejado a causa de su enfermedad?

20 ¿Cree usted que el no tener relaciones sexuales afecta a la relación de la pareja?

21 ¿A raíz de su enfermedad, ha presentado cambios en su apetito sexual?

22 A raíz de su enfermedad, las relaciones sexuales son:

25. ¿El trato entre usted y su pareja es de manera cariñosa?

Observaciones para la prueba del Xi²

Cuadro. No. 54 Frecuencias Observadas

PREGUNTA	ALTERNATIV A					TOTAL
	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca.	
Persistencia de malestar general	2	10	27	24	5	68
Frecuencia de náuseas y calambres	1	7	28	25	7	68
Frecuencia de dialización de alimentos	27	27	12	2	0	68
Apoyo de la pareja	23	27	8	9	1	68
Recreación con la pareja	17	23	18	9	1	68
Sensación de alejamiento de la pareja	11	10	17	19	11	68
Afectación de la relación por ausencia de intimidad sexual	9	19	26	14	0	68
Aparecimiento de cambios en el apetito sexual	7	11	31	13	6	68
Frecuencia de las relaciones sexuales	5	14	32	10	7	68
Trato cariñoso en pareja	13	19	13	17	6	68
TOTAL	115	167	212	142	44	680

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Cuadro. No. 55 Frecuencias Esperadas

PREGUNTA	ALTERNATIV A					TOTAL
	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca.	
Persistencia de malestar general	11,5	16,7	21,2	14,2	4,4	68
Frecuencia de náuseas y calambres	11,5	16,7	21,2	14,2	4,4	68
Frecuencia de dialización de alimentos	11,5	16,7	21,2	14,2	4,4	68
Apoyo de la pareja	11,5	16,7	21,2	14,2	4,4	68
Recreación con la pareja	11,5	16,7	21,2	14,2	4,4	68
Sensación de alejamiento de la pareja	11,5	16,7	21,2	14,2	4,4	68
Afectación de la relación por ausencia de intimidad sexual	11,5	16,7	21,2	14,2	4,4	68
Aparecimiento de cambios en el apetito sexual	11,5	16,7	21,2	14,2	4,4	68
Frecuencia de las relaciones sexuales	11,5	16,7	21,2	14,2	4,4	68
Trato cariñoso en pareja	11,5	16,7	21,2	14,2	4,4	68
TOTAL	115	167	212	142	44	680

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Modelo Matemático para el Cálculo de X^2

$$X^2 = \frac{(\sum Fo - \sum Fe)^2}{\sum Fe}$$

Dónde:

\sum = Sumatoria

Fo = Frecuencias observadas

Fe = Frecuencias esperadas

X^2 = Chi cuadrado

Apoyo para el cálculo de χ^2

Cuadro No. 56: Cálculo de χ^2

frecuencias observadas	frecuencias esperadas	fo-fe	(fo-fe) ²	(fo-fe) ² /fe
2	11,5	-9,5	90,25	7,84782609
1	11,5	-10,5	110,25	9,58695652
27	11,5	15,5	240,25	20,8913043
23	11,5	11,5	132,25	11,5
17	11,5	5,5	30,25	2,63043478
11	11,5	-0,5	0,25	0,02173913
9	11,5	-2,5	6,25	0,54347826
7	11,5	-4,5	20,25	1,76086957
5	11,5	-6,5	42,25	3,67391304
13	11,5	1,5	2,25	0,19565217
10	16,7	-6,7	44,89	2,68802395
7	16,7	-9,7	94,09	5,63413174
27	16,7	10,3	106,09	6,35269461
27	16,7	10,3	106,09	6,35269461
23	16,7	6,3	39,69	2,37664671
10	16,7	-6,7	44,89	2,68802395
19	16,7	2,3	5,29	0,31676647
11	16,7	-5,7	32,49	1,94550898
14	16,7	-2,7	7,29	0,43652695
19	16,7	2,3	5,29	0,31676647
27	21,2	5,8	33,64	1,58679245
28	21,2	6,8	46,24	2,18113208
12	21,2	-9,2	84,64	3,99245283
8	21,2	-13,2	174,24	8,21886792
18	21,2	-3,2	10,24	0,48301887
17	21,2	-4,2	17,64	0,83207547
26	21,2	4,8	23,04	1,08679245
31	21,2	9,8	96,04	4,53018868
32	21,2	10,8	116,64	5,50188679
13	21,2	-8,2	67,24	3,17169811
24	14,2	9,8	96,04	6,76338028
25	14,2	10,8	116,64	8,21408451
2	14,2	-12,2	148,84	10,4816901
9	14,2	-5,2	27,04	1,90422535
9	14,2	-5,2	27,04	1,90422535
19	14,2	4,8	23,04	1,62253521
14	14,2	-0,2	0,04	0,0028169
13	14,2	-1,2	1,44	0,10140845

10	14,2	-4,2	17,64	1,24225352
17	14,2	2,8	7,84	0,55211268
5	4,4	0,6	0,36	0,08181818
7	4,4	2,6	6,76	1,53636364
0	4,4	-4,4	19,36	4,4
1	4,4	-3,4	11,56	2,62727273
1	4,4	-3,4	11,56	2,62727273
11	4,4	6,6	43,56	9,9
0	4,4	-4,4	19,36	4,4
6	4,4	1,6	2,56	0,58181818
7	4,4	2,6	6,76	1,53636364
6	4,4	1,6	2,56	0,58181818
SUMATORIA				180,406324

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Determinación de los grados de Libertad

GRADOS DE LIBERTAD= (NC-1) (NF-1)

$$GL = (10-1) (5-1)$$

$$GL = 9 \times 4 = 36$$

Valor X^2 tabular crítico para 36 GL y 95% (0.05) Nivel de Confianza: 50.99

Regla de decisión

La decisión para optar por la hipótesis nula o la alterna se tomará en función de las dimensiones de los resultados, siendo las alternativas posibles, las siguientes:

- Si el valor de $X^2_{tab} > X^2_{cal} \therefore$ se acepta hipótesis nula y se rechaza hipótesis alterna
- Si el valor de $X^2_{tab} < X^2_{cal} \therefore$ se acepta hipótesis alterna y se rechaza hipótesis nula

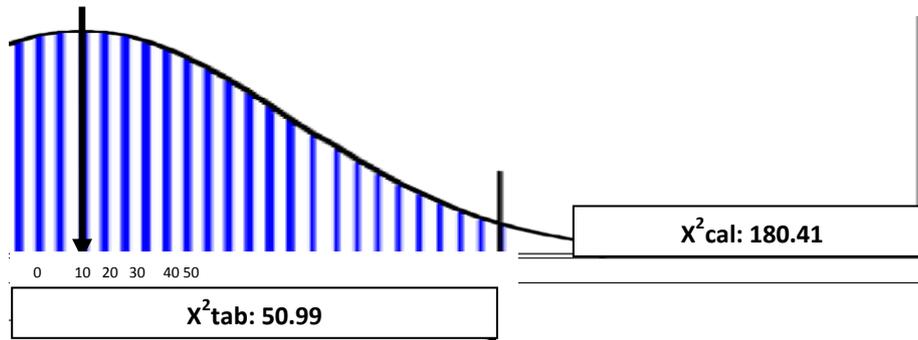


Gráfico No. 53 Campana de Gauss
Fuente: Cálculo de Chi Cuadrado
Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Decisión

De acuerdo con los resultados de la encuesta aplicada y la estimación del estadístico de Chi Cuadrado se ha llegado a determinar que el valor X^2 CALCULADO es de 180.41, mayor al X^2 TABULAR 50.99, cifra que se ha obtenido con un 95% de confianza y 36 Grados de libertad, por lo que se acepta la Hipótesis alterna “La insuficiencia renal crónica, **afecta** en las relaciones conyugales de los pacientes de la Unidad Renal Contigo Da Vida Tena”

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

La presente investigación ha permitido conocer el criterio de los pacientes y determinar que la afectación de la **Insuficiencia Renal Crónica Terminal** en los pacientes de la **Unidad Renal Contigo da Vida Tena**, es bastante elevada y a través del análisis y de la interpretación de resultados se concluye que.

La incidencia que tiene la Insuficiencia Renal es generadora de alejamiento entre las parejas de conyugues, pues en la población objeto de estudio, esto afecta a uno de cada tres pacientes, y no tienen un apoyo permanente y comprometido por parte de su pareja, ya que para el 16.2%, siempre ha existido una sensación de alejamiento por parte de la pareja, y para el 14.71% casi siempre, además es considerable la opinión del 25% que a veces ha tenido la sensación de alejamiento por parte de su conyugue,

La enfermedad de la Insuficiencia Renal tiene enormes repercusiones y una de ellas es la **inestabilidad de la pareja** la misma que según se ha visto en este estudio afecto a la **mitad de la población**. Esta actitud de alejamiento de la pareja influye para el desarrollo de la enfermedad ya que tiene una afectación importante sobre la población estudiada, revela que a la vez de padecer una enfermedad física, han desarrollado también problemas emocionales.

Los factores analizados tales como frecuencia de las relaciones sexuales, horas de recreación, tiempo compartido con la pareja y otros, son determinantes de la existencia de amor, como se ha podido ver de acuerdo con las opiniones emitidas,

el sentimiento se ve afectado y todos estos factores van disminuyendo en la pareja.

A pesar de que existe cierto vínculo entre la pareja para el desarrollo de la familia y sobre todo para compartir deberes y derechos conyugales si resulta preocupante el hecho de que tal compromiso haya disminuido para la mitad de los encuestados

La alternativa para solucionar el problema de las relaciones conyugales motivadas por la presencia de la insuficiencia renal, es la creación de una unidad operativa específica dentro de la Unidad Renal Contigo Da Vida Tena, dedicada a proveer de ayuda social para los pacientes de manera que repercuta en sus relaciones conyugales y familiares de manera positiva.

Recomendaciones

Los directivos y autoridades de la Unidad Renal Contigo da Vida Tena, deben poner en marcha algún tipo de estrategias para reducir al mínimo la presencia de malestar en los pacientes de insuficiencia renal, considerándose entre estos malestares, la incidencia de náuseas y calambres.

Se recomienda a las parejas de los pacientes con insuficiencia renal, que acudan a las unidades de apoyo en búsqueda de ayuda social y psicológica para que puedan lidiar con la situación negativa por la que atraviesan sus convivientes, tanto en el ámbito emocional como sexual; pues se ha podido ver que éstas personas son el pilar sobre el cual se sienten apoyados los encuestados y su intervención efectiva podría mejorar la calidad de vida de los mismos.

La alternativa para solucionar el problema de las deficientes relaciones conyugales motivadas por la presencia de la insuficiencia renal, es la creación de una unidad operativa específica dentro de la Unidad Renal Contigo Da Vida Tena, dedicada a proveer de ayuda social y emocional para los pacientes de manera que repercuta en sus relaciones conyugales y familiares de manera positiva, ya que

éstos pacientes no se sienten apoyados y es una obligación del Estado el promover el Sumak Kawsay, como directriz de desarrollo tanto individual como familiar.

CAPÍTULO VI

LA PROPUESTA

Tema

Creación de una Unidad de Apoyo psico-social para pacientes con Insuficiencia Renal en la Unidad Renal Contigo Da Vida Tena.

Datos informativos

INSTITUCIÓN:	Unidad Renal Contigo Da Vida Tena
PROVINCIA:	Napo
CANTÓN:	Tena
LUGAR:	Av. Jumandy y Tamihurco (2do piso patronato)
TELÉFONO:	062888374 / 062888378
EJECUTORES:	Autoridades de la Institución
INVESTIGADORA:	Guerrero, Priscila
DIRECTOR DE TESIS:	Lcda. JeanethBalseca.
BENEFICIARIOS:	Pacientes con insuficiencia renal y sus familiares

Presupuesto estimado del proyecto

El monto estimado de la propuesta asciende a veinte y nueve mil trescientos seis con noventa y un centavos de los Estados Unidos de América (29306.91)

RESPONSABLE: Guerrero Priscila

Antecedentes de la propuesta

En relación con la investigación realizada sobre: “Insuficiencia renal crónica terminal en las relaciones conyugales de los pacientes de la Unidad Renal Contigo

da Vida Tena” se ha logrado obtener datos muy importantes por medio de la encuesta aplicada los pacientes que tienen la enfermedad catastrófica mencionada, al respecto, los datos obtenidos son muy reveladores y en ellos se puede ver que la presencia de insuficiencia renal si incide en las relaciones conyugales:

- La frecuencia de pacientes con malestar debido a la insuficiencia renal crónica terminal en la Unidad Renal Contigo da Vida Tena, es bastante elevada, pues los encuestados casi siempre (14.71%) tienen malestar por la insuficiencia renal y el 2.94% siempre, que junto con los que sufren a veces del malestar, sumarían la mitad de los pacientes.
- La frecuencia de náuseas y calambres, afecta al 1.47% de la población, y al 10.29% casi siempre.
- La dialización de los alimentos se realiza siempre en el 39.71% de los casos. Un 13.2% de los pacientes casi nunca se siente apoyado por la pareja para realizar sus tratamientos y el 1,47% nunca estuvo apoyado por su pareja.
- El 13.24% casi nunca realiza actividades recreativas con su pareja, y el 1.47%, nunca lo hace.
- La incidencia que tiene la insuficiencia renal es generadora de alejamiento entre las parejas de conyugues, pues esto afecta a uno de cada tres pacientes, ya que para el 16.2%, siempre ha existido una sensación de alejamiento por parte de la pareja, y para el 14.71% casi siempre, además es considerable la opinión del 25% que a veces ha tenido la sensación de alejamiento por parte de su conyugue, lo que entra en el campo de la psicología y del conocimiento de la pareja.
- El no tener relaciones sexuales si afecta a las relaciones de pareja, tal como se lo puede ver en el 13.2% de los casos, el 27.94% denuncia que casi siempre hay afectación y de acuerdo con el 38.24% ocurre solo a

veces, por lo que se puede declarar que sobre todo si están agravadas por el cuadro clínico de insuficiencia renal.

- El apetito sexual se ve afectado en la mitad de los casos por el apareamiento de la enfermedad, en el 45.6% de los casos existen cambios en el apetito sexual de los pacientes con insuficiencia renal, factor que es consecuente al tipo de olores que se emiten por efecto de la propia enfermedad, por causa de la disfuncionalidad física de los pacientes, monotonía o algún complejo.
- El 14.7% casi nunca tiene relaciones sexuales a causa de la enfermedad y el 10.2% definitivamente no tiene relaciones sexuales. En una cuarta parte de los encuestados, no existe casi nunca un trato cariñoso por parte de la pareja, y para el 8.8%, afirma nunca hay un trato cordial ni cariñoso.

De ésta investigación se han podido rescatar varios datos, que fortalecen la idea de crear una Unidad de Apoyo, siendo ésta una alternativa viable e interesante para mejorar la atención a éste grupo de afectados.

Justificación

La principal motivación para estructurar ésta propuesta, fue la necesidad de contar con una Unidad de Apoyo para los pacientes que sufren de Insuficiencia Renal Crónica, la misma deberá brindar ayuda Psicológica y Social e intervención oportuna para cada caso en particular, se debe reconocer, que existen situaciones muy difíciles que atraviesan los afectados, tales como el rechazo de parte de su familia o parejas, la institución de salud debe intervenir como alternativa para solventar la necesidad de soporte para éstas personas.

Los beneficiarios directos de ésta propuesta, por ende, serán los pacientes quienes podrán acudir en busca de ayuda para mermar sus inconvenientes tanto comportamentales como emocionales, una terapia correcta de pareja

indudablemente que incidirá en sus relaciones maritales y a la vez mejorará el autoestima y acelerará la curación.

La institución médica Unidad Renal Contigo da Vida Tena, se beneficiará al contar con una unidad especializada en atención psicológica lo que elevará el prestigio social de esta institución, la misma que podrá a consideración un servicio adicional (plus), que hará que destaque frente a las otras del ramo.

Este trabajo tendrá impacto en el quehacer administrativo y organizativo de la Unidad Renal Contigo da Vida Tena, pues la creación de una Unidad de apoyo adicional a la estructura y funciones ya establecidas, indudablemente que afectará en lo organizativo, presupuestario y operativo.

La institución patrocinadora, respaldará directamente la creación de ésta Unidad de apoyo psicológico, pues cuenta con el recurso humano necesario y la inversión que requiere ésta oficina anexa, por lo que se muestra factible la constitución de ésta nueva dependencia.

Misión.

“Somos una Red de Clínicas Renales que mejoramos la calidad de vida de nuestros pacientes mediante la prestación de servicios nefrológicos integrales con certificación de calidad, tecnología de punta, personal calificado y soporte internacional”.

Visión de futuro

Seremos en el año 2015, la cadena de Clínicas Renales líder en excelencia médica, mejorando la salud de la comunidad, mediante la innovación constante, la búsqueda de la satisfacción y la medición de su gestión permanente.

Nuestro ICONO, simboliza la unión estrecha que mantenemos con nuestros pacientes: Compromiso, Empatía, Solidaridad, Afecto.

Objetivos

General

Crear una Unidad de Apoyo psico-social para los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en la institución médica Unidad Renal Contigo da Vida Tena.

Específicos

- Orientar a los pacientes que sufren de Insuficiencia Renal Crónica Terminal, para que mejoren su autoestima, relaciones interpersonales, conyugales, familiares y por lo tanto su calidad de Vida
- Brindar un diagnóstico Social y Psicológico que permita ubicar las causas de las problemáticas conyugales.
- Realizar terapias específicas de acuerdo a cada caso, mediante terapias familiares, resolución de conflictos y creación de grupos de apoyo mutuos.

Análisis de factibilidad

Es factible y como ya se había mencionado anteriormente, la asistencia en salud mental para, emocional y social para los pacientes de la Unidad Renal Contigo da Vida Tena, requiere de una dependencia especializada en el tema de las relaciones de pareja vinculadas con la enfermedad que padecen, por ello, es muy importante que se asignen los recursos físicos y organizativos para que tenga

éxito el establecimiento de ésta subsidiaria, con lo que se espera una afectación positiva e importante en los cargos y funciones de ésta entidad. Se menciona que entre otras estrategias de apoyo, son necesarios los convenios interinstitucionales, para ello se recomiendan los vínculos con el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).

Fundamentación

Socio-cultural

El plano de las relaciones interpersonales será el más beneficiado sobre-todo en el ámbito de la pareja, la intención de ésta proyección es que tanto la pareja como la familia evolucionen en un entorno de mutuo acuerdo y comprensión, y que la relación marital sea de elevada calidad por el tratamiento emocional que se pretende ejecutar en éste nivel.

El componente cultural de este trabajo incluye una preparación específica de los terapeutas que estarán encargados de brindar la asistencia necesaria a los pacientes en cuanto a tratamiento, seguimiento y medicación de orden emocional, ello requiere de la educación del paciente para que entienda los fines del tratamiento que se realice en cada caso.

Tecnológica

Es importante destacar, que el éxito de éste programa, requiere de la dotación de oficinas funcionales y el equipamiento suficiente para llevar a cabo el propósito de la nueva unidad ejecutora, ello no incluye de equipo sofisticado, por el contrario, el personal calificado y en cantidad suficiente determinaría el éxito de la nueva propuesta.

Equidad de género

La propuesta ha de considerar un servicio no diferenciado para los pacientes que han sido afectados por insuficiencia renal crónica, tanto los varones que sufren en mayor porcentaje de ésta aflicción, como para las mujeres que también tienen repercusiones nefastas y que son parte del problema.

En el plan de capacitación se mantendrá el equilibrio de respeto y consideración de los dos sexos con igualdad de deberes y derechos, sin discriminación de su género, raza, etnia, situación social o color de piel.

Ambiental

La creación y posterior inclusión de la Unidad de Apoyo, como parte de la gestión de la sociedad Renal Contigo da Vida Tena, requiere como estrategia global la necesidad de adquirir equipamiento de oficina: amueblamiento, papelería, accesorios, equipos de limpieza y otros, cuya afectación al ambiente es mínima, y está relacionada con el uso, producción y reciclaje de desperdicios propios de la administración.

Por ende, el impacto ambiental de la aplicación de ésta estrategia refiere el uso de papelería y material didáctico, cabe anotar que el uso de energía eléctrica será el mismo que utilizan los consultorios particulares de salud para la iluminación y uso de equipamiento de oficinas.

Económico-financiera

La creación de una Unidad de Apoyo ciertamente tendrá un impacto económico en el presupuesto institucional, el mismo que ya ha sido considerado y aprobado por sus autoridades conociendo los aportes tanto para la salud de los pacientes, y también para la imagen de la Unidad Renal.

Estos beneficios no tienen parangón en la vida institucional, de manera que las autoridades aceptaron con interés la propuesta.

Legal

La propuesta realizada, no pasa por alto ninguna normativa legal, pues tanto a nivel del Estado Ecuatoriano, como el en Código de Salud o los Reglamentos Institucionales de la Unidad Contigo Da Vida tena se respetan los códigos legales establecidos y se fomenta el respeto y cuidado de los mismos bajo la forma de lo ético y lo moral en las prácticas médicas y psicológicas.

Epistemológica

De Souza Silva, y otros (2001), afirman que el todo es dinámico y diferente del conjunto de sus partes; para comprender su dinámica es necesario comprender la trama de las relaciones y significados cambiantes que lo constituyen (holismo).

Existen múltiples realidades dependientes de las diferentes percepciones de los diferentes grupos de actores sociales en sus diferentes contextos (contextualismo—constructivismo ontológico). La realidad es socialmente construida y puede ser socialmente transformada.

La innovación emerge de la interacción; las innovaciones relevantes emergen de procesos de interacción social, con la participación de los que de ellas necesitan. Las “organizaciones de innovación” actúan interactivamente en su contexto relevante, sin separar investigación-transferencia-adopción. (p. 159)

Fundamentación

De acuerdo con el pensamiento de Aymara, S. (2003: PP 5-9):

A raíz del consenso de que la enfermedad es un fenómeno multicausal se ha empezado a dar importancia a los eventos y procesos sociales en la determinación de la salud humana.

A partir de los años 60 y 70 comienza a surgir con una gran fuerza el término de Apoyo Social, teniendo como antecedente al sociólogo Emile Durkheim que a finales del siglo XIX destacó la importancia de las relaciones interpersonales en la salud.

En el año 1967, Holmes y Rahe publicaron sus estudios sobre los eventos vitales como generadores de estrés, identificándose algunos factores del medio como nocivos para la salud del individuo, siendo ésta la primera aproximación al estudio del Apoyo Social. Posteriormente en la década del 70, es que los estudios sobre este aspecto, como factor influyente o determinante en un gran número de patologías y sus efectos no solos nocivos sino positivos en la salud, comienzan a tener auge hasta la actualidad.

Según se puede ver en la apreciación de los autores citados, se nota que la tendencia de la sociedad, en éstos últimos tiempos es la de rendirle un mayor nivel de importancia al hecho de que los tratamientos psicológicos son trascendentales para la mejora en la salud de los pacientes con insuficiencia renal.

Para Hernandez, E. (2009), sobre Apoyo Social existe una gran cantidad de conceptos que desde el punto de vista metodológico dificulta su investigación, pues la forma de medirlo varía de acuerdo a las concepciones teóricas del autor, por lo que no hay una uniformidad en los elementos evaluados por los estudiosos del tema.

El criterio generalizado, apunta a que la mayoría de las definiciones sobre asistencia social, hacen alusión al carácter interactivo, relacional y comunicativo de la naturaleza de los problemas.

Las características comunes que tienen las diferentes conceptualizaciones de apoyo social refieren:

El Apoyo Social posee una estructura que está definida por las características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo social, tales como tamaño, densidad, dispersión geográfica, etc., así como las características de los contactos y los vínculos sociales que tienen lugar dentro de ella (homogeneidad, reciprocidad o multiplicidad de contactos, entre otras).

El Apoyo Social también cuenta con una dimensión funcional donde se analizan los efectos o consecuencias que le producen al sujeto el apoyo, es decir se refiere a la calidad del apoyo social existente y en este sentido se destacan la valoración subjetiva y la disponibilidad de éste (apoyo percibido vs apoyo recibido) y el que se refiere a los diferentes tipos de apoyo, así como al grado de satisfacción con éste (las cuales también son varios según el autor que las clasifique). Nos inclinamos por la clasificación propuesta por PeggyThrois en 1986, la cual establece las diferencias entre apoyo instrumental, informativo y socioemocional.

El Apoyo Social como proceso, es el que le da una connotación dinámica al constructo, se refiere a los diferentes elementos que influyen en la movilización y la efectividad de éste en el tiempo, lo que está vinculado a su vez por la contextualización del proceso (etapa vital del individuo, tipo de problema al que se enfrente, condiciones socioeconómicas y culturales, etc.)

Como Apoyo Social se refiere a los recursos sociales existentes, de diferentes naturalezas que recibe un individuo en una situación dada, en su vínculo con el ambiente a través de las relaciones interpersonales y que pueden ser percibidos de manera positiva o negativa, influyendo en su bienestar y capacidad de funcionamiento frente a la enfermedad de manera dinámica.

De manera general la tendencia ha sido a asumir dos posiciones teóricas respecto al papel del Apoyo Social en la salud:

La **hipótesis sobre los efectos principales o directos** (denominada como variable antecedente por Rodríguez Marín) plantea que los efectos de la relación entre apoyo social y salud son independientes del grado de estrés que el individuo experimente ya que el Apoyo Social aumenta de manera directa y por sí solo el bienestar, la autoestima y la salud; es decir, se establece una relación directamente proporcional entre apoyo y salud, por lo que si aumenta el apoyo social, también aumenta la salud. A pesar de que existe consenso en este planteamiento no cuenta con el suficiente fundamento teórico ni empírico.

Por su parte la **hipótesis amortiguadora** plantea que el Apoyo Social sirve de protector o amortiguador del estrés o de los efectos negativos generados por los eventos vitales estresantes. Este modelo manifiesta que el efecto rehabilitador del apoyo social tiene dos vías de acción fundamentales:

La intervención del Apoyo Social entre el evento estresor y/o sus expectativas y la situación estresante como tal, a través de la disminución o prevención de la respuesta de estrés, lo que favorece la respuesta eficaz ante la amenaza o su enfrentamiento adecuado.

La intervención del Apoyo Social entre el estrés y sus consecuencias patológicas a través de medidas para reducir la percepción del estrés o comportamientos que influyan de manera directa en la enfermedad y los procesos patológicos.

La hipótesis amortiguadora ha sido la más trabajada por los investigadores del tema, incluso a partir de ésta se han desarrollado otros modelos para explicar cómo funciona, mencionándose por la literatura la Teoría de la Optima

Adecuación de Cutrona y Russell (los efectos amortiguadores sólo son efectivos en los contextos donde el apoyo social disponible está en correspondencia con las necesidades de apoyo generadas por el evento desencadenante del estrés).

También se destaca la Teoría del Enlace Personal descrita por Stroebe (los efectos amortiguadores son significativos cuando el apoyo proviene de una persona con la cual se mantiene un lazo especial único e irrepetible que no es sustituible por otro aunque el apoyo brindado sea el adecuado para la situación).

Rodríguez Marín refiere que a pesar de haber sido muchas las investigaciones para probar la hipótesis amortiguadora, en general los resultados han sido pobres y poco consistentes.

En la actualidad existe consenso en el hecho de que estos enfoques no son excluyentes como se pensaba al principio, sino que el Apoyo Social visto de manera sistémica engloba efectos protectores directos y amortiguadores contra la enfermedad o el malestar.

Para Rodríguez Marín J (2002). p. 94-103:

Dentro de otros modelos explicativos del Apoyo Social se destaca el de Peggy Thoits, la cual lo explica como ayuda o recurso para el afrontamiento del estrés. Por su parte Heller, Swindle y Dusenbury plantean que el Apoyo Social influye esencialmente en la salud a través de la percepción e interpretación del individuo del apoyo recibido, lo cual genera la distinción funcional de apoyo percibido y apoyo recibido. Gonzalo Musitu le da al apoyo social un rol dinámico sobre la base del proceso de comunicación, que permite la interinfluencia de los procesos afectivos, cognitivos y volitivos de las personas objetos de ese intercambio. 21, 23

Rodríguez Marín refiere que la función amortiguadora del apoyo emocional sobre la depresión que puede producir el estar enfermo, tiene una incidencia mayor al principio de la enfermedad y va disminuyendo en la medida que pasa el tiempo, este apoyo emocional en estos momentos de debut de la enfermedad es más efectivo si es brindado por la pareja o familiares cercanos, siendo posteriormente más útil el apoyo instrumental y material brindado por compañeros de trabajo durante la recuperación y rehabilitación del individuo.

Otro elemento que se destaca dentro del análisis del Apoyo Social es la pertenencia del sujeto a una sociedad, comunidad o grupo, que son en última instancia, quienes les van a brindar dicho apoyo y que juega un rol importante,

pues a través de ellos se transmiten reglas y normas que pueden influir en la prevención de la enfermedad, además de la información que pueden brindar desde el punto de vista práctico con este mismo objetivo.

Roca M. (2009), menciona que está de más explicar que también puede ser lo contrario, es decir, de manera general la sociedad, el grupo y la comunidad pueden estar atentando contra la prevención de las enfermedades a través de los mismos mecanismos. Se plantea también que los grupos pueden influir positivamente en el aumento de la adherencia terapéutico.

Metodología: Modelo Operativo

En consideración de los antecedentes recopilados por medio de la encuesta aplicada a los pacientes de la Unidad Renal Contigo Da Vida Tena, se puede ver que existe la necesidad de contar con apoyo psico-social para tales personas, pues las mismas dan a notar que no reciben apoyo por parte de sus familiares o parejas y en consideración de la importancia que tiene el componente emotivo para lograr el restablecimiento de la salud, se ha diseñado ésta propuesta.

Procedimiento de creación de una Unidad de Apoyo:

Etapas:

1. Conforme a la normativa, construir un proyecto de factibilidad de la creación de una nueva Unidad de Apoyo, para el efecto.
2. Entrevista con las autoridades de la Unidad Renal.
3. Exposición y entrega del informe preliminar de investigación realizada sobre la incidencia de enfermedad renal en la calidad de las relaciones conyugales de los pacientes.
4. Exposición y entrega del proyecto de implementación de la nueva Unidad de Apoyo.
5. Revisión de las políticas y reglamentos internos de la Unidad Renal Contigo da Vida Tena, para reconocer las alternativas de la aplicación del proyecto.

6. Estudio del proyecto por parte de las autoridades de la Unidad Renal.
7. Aprobación.
8. Ejecución.
9. Evaluación.

FLUJOGRAMA DE APLICACIÓN DE LA PROPUESTA

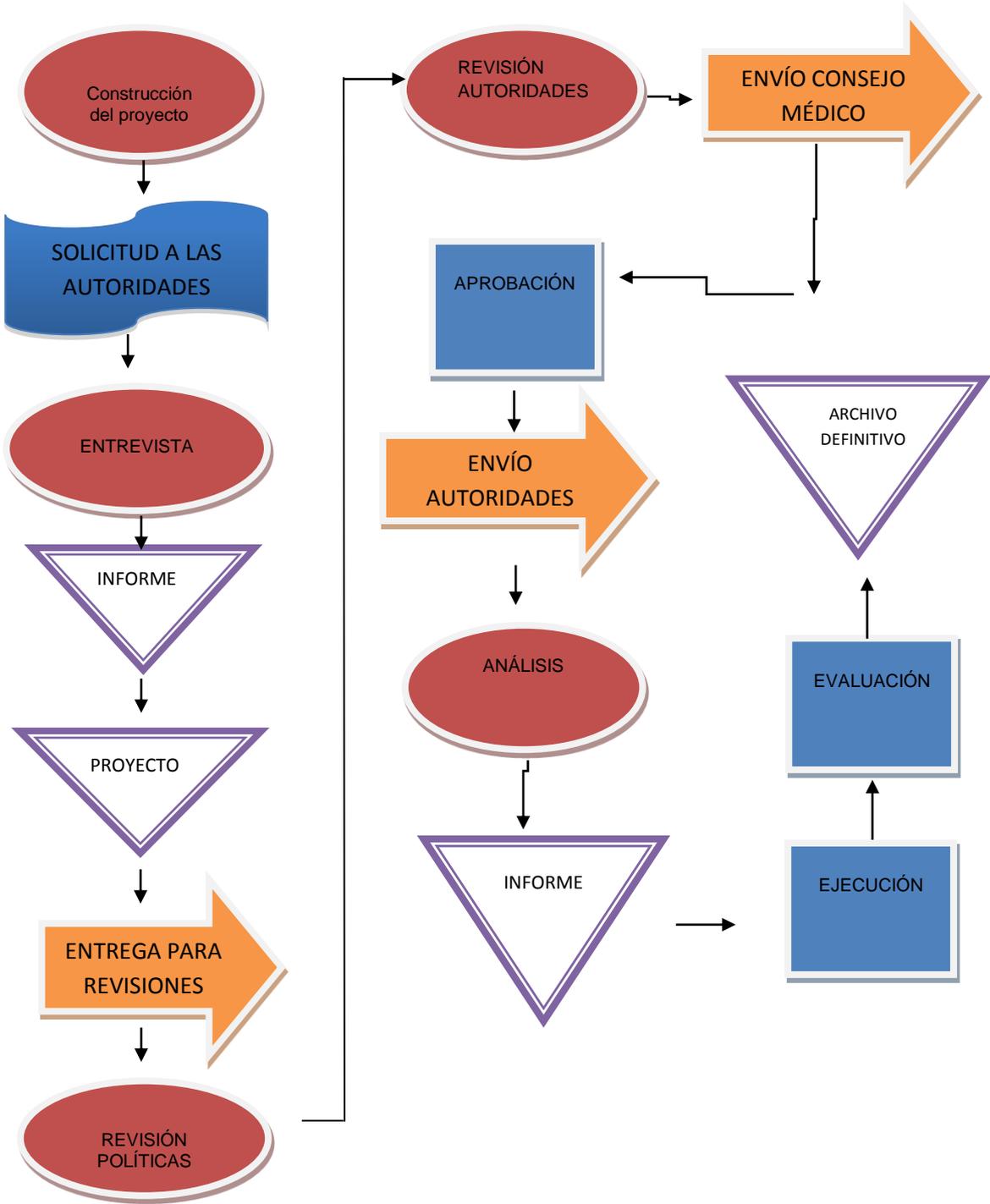


Gráfico No. 54 Flujograma de la propuesta
 Elaborado por: Guerrero, P (2014)
 Fuente: Investigación de campo

Plan Operativo

Propuesta: Creación de una Unidad de Apoyo psico-social para los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en la Unidad Contigo da Vida Tena.

Datos informativos: Institución: Unida Renal Contigo da Vida Tena

Fecha: Noviembre del 2014

Participantes: Autoridades de la Unidad Renal, Pacientes, Investigadora.

Cuadro No. 57 Planificación de la Unidad de Apoyo psico-social

<p>OBJETIVO GENERAL: Crear una Unidad de Apoyo psico-social para los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en la institución médica Unidad Renal Contigo da Vida Tena.</p>			
<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Orientar a los pacientes que sufren de Insuficiencia Renal Crónica Terminal, para que mejoren su autoestima, relaciones interpersonales, conyugales, familiares y por lo tanto su calidad de Vida •Brindar un diagnostico Social y Psicológico que permita ubicar las causas de las problemáticas conyugales •Realizar terapias específicas de acuerdo a cada caso, mediante terapias familiares, resolución de conflictos y creación de grupos de apoyo mutuos. 			
Actividades	Tiempo	Recursos	Responsables
Reconocimiento de los casos y pacientes que predisponen Insuficiencia Renal con dificultades conyugales.	Un Mes	Cuestionario de encuesta.	Trabajadora Social. Psicóloga
Seguimiento de los casos -Visita Domiciliaria	Continuo	Diario de campo Formato de visita	Trabajadora Social.

Diálogos en la unidad de apoyo Terapia de pareja Terapia Familiar Reuniones Familiares Resolución de conflictos Grupos de apoyo mutuo	Continuo	Oficina Videos Diapositivas Computadora	Trabajadora Social. Psicóloga
Presentación de los resultados de la investigación.	Día 20 de cada mes a las 11:00am	Formato de Informe Social Formato de Informe Psicológico	Trabajadora Social. Psicóloga
Reunión con un grupo multidisciplinario y gerencia	Día 22 de cada mes a las 11:00am	Oficina Informes	Psicólogos, Médicos, Trabajadora Social, nutricionistas, Gerente.

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Fuente: Investigación de campo

Cuadro No. 58 Modelo Operativo

FASES	ETAPAS	METAS	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE
FASE 1 Planificación	Una semana	Planificado el 100% de la aplicación de la Propuesta	Citar a una reunión de trabajo con todo el equipo multidisciplinario Entregar fotocopias de la investigación realizada y la propuesta Establecer cronograma de ejecución Delegar responsabilidades	Fotocopias Materiales de oficina Computadora Psicóloga Trabajadora social Médico Enfermeras Nutricionista	Investigadora y autoridades del Centro de Diálisis
FASE 2 Socialización	Dos semana	Socializado al 100% de las autoridades, los resultados de la investigación y la propuesta	Diálogo con las autoridades para la aprobación correspondiente Citar al equipo multidisciplinario Analizar los resultados de la investigación Socializar la propuesta	Computadora Proyector Hojas Materiales de oficina	Investigadora y autoridades del Centro de Diálisis
FASE 3 Ejecución	Continua	Se estará al 100% en marcha con la propuesta	Establecimiento de la Unidad Operativa y atención en terapia psico-social y grupos de apoyo Mutuos	Registros Entrevistas Fichas sociales Registros de visitas Diario de campo	Psicóloga Trabajadora social
FASE 4 Evaluación	Una vez al mes	100% de la aplicación de la Propuesta	Evaluación de los casos resueltos y del nivel de eficacia de seguimiento apacientes	Registros Informes Fotocopias Computadora	Equipo multidisciplinario y gerencia.

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Fuente: Investigación de Campo

Administración de la propuesta

Equipo ejecutor de la propuesta

El equipo ejecutor de la propuesta será conformado principalmente por las autoridades del Centro de Diálisis Contigo da vida Tena, conjuntamente con los profesionales en salud tanto física como psico-social.

Equipo Evaluador

La evaluación correrá a cargo de las principales autoridades del Centro de Diálisis Contigo da vida Tena

Recursos institucionales

Departamento Multidisciplinario.

Equipos de audio y video

Recursos materiales

Fichas

Folletos

Marcadores de tiza líquida

Esferográficos

Pizarrón

Papeles A4

Talento humano

Psicóloga

Trabajadora Social

Equipo Medico

Material tecnológico

Proyector

Computadora portátil

Televisor

Recursos financieros

Presupuesto de la Propuesta

Cuadro No. 59 Presupuesto

PRESUPUESTO UNITARIO					
ITEM	RUBRO	FRECUENCIA	CANTIDAD	COSTO UNITARIO -USD-	SUB TOTAL -USD-
A.	TALENTO HUMANO				
1	Facilitador 1	12Meses	1	\$ 800	\$9600
2	Facilitador 2	12Meses	1	\$ 800	\$ 9600
SUMA A					\$ 19200,00
B.	EQUIPOS y ACCESORIOS				
3	Computadora	12Meses	2	1500	\$3000
4	Impresora tinta continua	-----	1	450	\$450
5	Papelería	12Meses	1	100	\$1200
6	Linea telefónica	12Meses	1	60	\$720
SUMA B					\$ 5370
C.	MUEBLERIA				
7	Muebles	-----	1	3000	\$3000
SUMA A+B+C+D					\$27570,00
IMPREVISTOS 6,30%					\$1736,00
SUMA TOTAL					\$29306,91

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Fuente: Investigación de Campo

Cronograma de actividades de la Propuesta

Cuadro No. 60 Cronograma semestral de actividades de la Propuesta

AÑO 2014		ENERO –ABRL 2015					
MES Y SEMANAS	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	
	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
ACTIVIDAD							
1. Planificación	—						
2. Socialización	—						
3. Ejecución		—					
4. Evaluación		—	—	—	—	—	

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Fuente: Investigación de Campo

Previsión de la evaluación

Cuadro No. 61 Previsión de la evaluación

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1. ¿Quiénes solicitan evaluar?	Las autoridades de Salud y los directivos de la “Unidad Renal Contigo Da Vida Tena”.
2. ¿Por qué evaluar?	Porque se debe conocer la incidencia de la insuficiencia renal en las relaciones Conyugales.
3. ¿Para qué evaluar?	Para conocer la calidad de atención recibida por la Unidad de atención psico-social.
4. ¿Qué evaluar?	La frecuencia de la atención psico-social.y la mejora en el nivel de bienestar de los pacientes.
5. ¿Quién evalúa?	Equipo Multidisciplinario y Gerencia
6. ¿Cuándo evaluar?	Con una frecuencia Mensual.
7 ¿Cómo evaluar?	Con la aplicación de cuestionarios y por medio de los registros de atención y evolución de los pacientes.
8 ¿Con qué evaluar?	El éxito de la propuesta de creación de la Unidad de asistencia psico-social, se podrá verificar con la aplicación de encuestas a los pacientes y entrevistas a los responsables de la Unidad.

Elaborado por: Guerrero, P (2014)

Fuente: Investigación de Campo

Monitoreo y evaluación de la propuesta

La evaluación y el seguimiento constituyen una herramienta importante que permite conocer los resultados de las intervenciones de forma periódica, en función al tiempo de vida del proyecto, y el impacto de la intervención en los beneficiarios. En este caso, se toma en cuenta tanto la evaluación cuantitativa como la cualitativa, toda vez que ambas aproximaciones a una misma realidad, generan una visión integral y complementaria, que proporciona mayor información para los operadores del proyecto y facilita la toma de decisiones.

El monitoreo es el seguimiento y será mensual. Se considera como un proceso sistemático basado en comparaciones permanentes de los logros con los parámetros del plan operativo, el cual es la guía a lo largo de la ejecución de todas las actividades.

Como parte del monitoreo, se contempla no sólo conocer si la actividad se realiza con base en los parámetros establecidos, sino también se considera importante conocer el efecto inmediato generado por las intervenciones del proyecto en el grupo de la población objetivo.

Se plantea el monitoreo para la implementación del proyecto, tomando en cuenta el seguimiento a las actividades, para conocer su cumplimiento con base en lo programado, y también los efectos “inmediatos” que se van generando en la pareja de conyugues y la familia en razón a los objetivos y las metas establecidas.

El sistema de monitoreo de la propuesta del proyecto se desarrolla en varias instancias, enfatizando el proceso y el resultado de la implementación de la propuesta. Para tal efecto, se elaboran los indicadores de proceso pertinentes, teniendo en cuenta sus objetivos.

Bibliografía

Cuerpos legales

Tratado de Funcionamiento del Unión Europea
Constitución del Ecuador 2008
Ley de Prevención, protección y atención Integral
Ley Orgánica de Salud
Ministerio de Bienestar Económica y social
Decreto Ejecutivo 1138

Ajay k. Israni, b. l. (2007). "Laboratory assessment of kidney disease: clearance, urinalysis, and kidney biopsy. en s. a. barry m brenner, *brenner and rector's the kidney* (8th ed., págs. 724-58). Philadelphia, pa, usa: Saunders Elsevier.

Alvarez, L. (2004). Homenaje a Guillermo Focacci aste en la sesión inaugural del xv congreso nacional de arqueología chilena. (págs. 5-6). Arica: Calogero m. Santoro.

Badia, &Lizan.(2003). Estudio de la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal.

Bedell, Kilpatrick, Robinson, Gilbert, &Miller. (1978). Assessment of psychological problems associated with hemodialysis: Analysis of patient and medical staff perceptions.

Christensen, &Ehlers. (2002). Psychological factors in end-stage renal disease: an emerging context for behavioral medicine research.

Ccisas. (2009). *insuficiencia renal crónica*. Nicaragua.

Contreras, F., Esguerra, G., Espinoza, J., &Gómez, v. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Acta colombiana de psicología*, (págs. 169-179). Bogotá.

Coresh, J.; E. Selvin, L. A. Stevens, J. Manzi, J. W. Kusek, P. Eggers, L. F. Van y A. S. Levey (2008). «Prevalence of chronic kidney disease in the united states.» *Nefrologia*. 28 (2): pp. 14-5.. pmid 17986697. Consultado el 25 de junio de 2009. [Medlineplus] (agosto de 2007). «Insuficiencia renal crónica» Enciclopedia Médica en español.

Dirección de prestaciones médicas del instituto mexicano del seguro social. Distrito Federal, México 2011.

Diario opinión. (2009). *Enfermedades renales: un problema de salud Pública*. Machala.

Donal Smith, (2001) *Urología general*, 7. a Edición, Editorial el manual moderno, S. A. de c.v., México.

García M, O. F. (2006). Valoración y Seguimiento de inclusión en lista de espera para trasplante renal. *Nefrología*, 26 (suplemento 8), 60-61.

Gotch fa, S. J. (1985). A Mechanistic analysis of the national cooperative dialysis study. *kidney int*, 28, 526-34.

Hernández E, García R, Guevara L, Garzón E, Almandoz P. ¿Puede el apoyo social contribuir a prolongar la vida? Ciudad Habana: Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos, Ameijeira; 1999.

Ejerblad, E., Fored, C., Lindblad, P., Fryzek, j., Mclaughlin, J., &Nyren, o. (2006). Obesity and risk for chronic renal failure.

Epassa, G. (31 de 05 de 2003). *Panamá américa*. Recuperado el 06 de 10 de 2013, de <http://www.panamaamerica.com.pa/notas/389470-insuficiencia-renal-cronica-terminal,-tema-de-salud-publica>

Gutierrez, T. (Noviembre de 2011). Trastornos afectivos más frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis en el servicio de nefrología de la unidad renal de la clínica contigo de la ciudad de Latacunga durante el período octubre 2011 a febrero 2012. Ambato-Ecuador.

Herrera, L., Medina, A., &Naranjo, G. (2010). *Tutoría de la investigación científica*. Ambato: Maxtudio.

Instituto Nacional de la Salud. (s.f.). Insuficiencia renal crónica. Estados Unidos.

Instituto Nacional del cáncer. (s.f.). Insuficiencia Renal Crónica.

Lorenzo, V., Torres, A., Hernández, D., &Ayus, J. (2002). Manual de nefrología clínica, Diálisis y Trasplante renal.

Magaz, A. (12 de junio de 2003). Efectos Psicológicos de la insuficiencia renal crónica: Diferencias en función de los tratamientos médicos. Bilbao-España.

Moeller. (2002). *Insuficiencia renal crónica*.

Nielsen, H. (2006). Nefrología y diálisis.

Nicuesa Guelbenzu, Maite (2013) en Consultas sobre mente y emociones: Familia y pareja”

<http://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/familia-y-pareja/dependencia-emocional-8713>

Pasqualini, T. y Ferraris, J. Insuficiencia Renal Crónica y Crecimiento. Medicina (b. aires). [online]. nov./dic. 2003, vol.63, no.6 [citado 03 julio de 2009], p.731-736.

Ribeiro, Rita (2009) de cássia helú mendonça et al. Characterization and etiology of the chronic renal failure in a countryside nephrology unit of são paulo state.acta paul. enferm. Vol.21, n.spe, pp. 207-211.

Roca MA, Pérez M. Apoyo Social: su significación para la salud humana. Ciudad Habana: Editorial Félix Varela; 1999.

Rodríguez Marín J. Apoyo social y salud. En: Guía de Estudio y Bibliografía Básica. Módulo Psicología, Salud y enfermedad. Maestría Psicología de la Salud. Ciudad Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2002.p. 94-103

Sonderland, P. (2010). Chronic kidney disease associated with environmental toxins and exposures.

Stewart, C. (2006). Law, Religion and medicine.

Vaca, J., Aceldo, M., &Escobar, A. (23 de 06 de 2011). *Cap. sobre los hábitos saludables en el estilo de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica.* Ibarra, Ecuador.

Valderrabano, Jofre, &López-Gómez. (2001).

Velasco, M. y Luna, M. (2006, p: 192) “Instrumentos de evaluación en Terapia Familiar y de Pareja”. México DF-México. Editorial Pax.

Velez, E. (2010). Representación de la insuficiencia renal crónica. Madrid, España.

Verde, E., Sanz, G., &Luño, J. (2006). Epidemiología de la enfermedad renal crónica y su tratamiento sustitutivo.

Venado Estrada, Aida y Moreno López, José Andrés (2009, pp: 14-15). "Insuficiencia renal crónica". Unidad de proyectos especiales. Universidad Nacional Autónoma de México. México-México

WindusDw, J. M. (1992). Prostetich Fistula Survival and complications in hemodialysis patients: Efects of diabetes and age. *am j kidney dis* , 19, 448-452.

ANEXO 1

Fecha:

--	--	--

día mes año

Página

1	de	5
---	----	---

Universidad Técnica de Ambato

Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales

Carrera de Trabajo Social

Encuesta dirigida a Pacientes de la Unidad Renal Contigo Davida Tena

Objetivo: determinar como incide la Insuficiencia Renal Cronica Terminal en las Relaciones Conyugales de los Pacientes de la Unidad Renal Contigo Davida Tena

Encuestado/a	Cuota	Preguntas					
		1	2	3	4	5	6
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Preguntas de identificación

1 ¿A que Ciudad pertenece la persona encuestada? (Cerrada)

1. Tena 2. Archidona 3. Arosemena Tola 4. Chaco 5. Coca 6. Sacha 00. NSC

2 ¿Cuál es el sexo del encuestado? (cerrada)

1. Mujer 2. Hombre 00. NSC

3 ¿Cuántos años tiene la persona encuestada? (abierta)

00. NSC

Preguntas de investigación (Variable Independiente)

4 ¿Qué tratamiento sustitutivo referente a su función Renal se realiza en esta casa de Salud?(cerrada)

1. Dialisis Peritoneal 2. Hemodialisis 00. NSC

5 ¿Cuánto tiempo lleva recibiendo este tratamiento sustitutivo?(cerrada)

1. menos de un año 2. entre un año a dos años 3. entre tres a cuatro años 4. mas de cuatro años

6 ¿Su familia le ayuda en los cuidados que requiere su tratamiento?(cerrada)

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca 00. NSC

Encuestador/a: _____

Fecha:

día	mes	año

Página

2	de	5
---	----	---

Universidad Técnica de Ambato
Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales
Carrera de Trabajo Social

Encuesta dirigida a Pacientes de la Unidad Renal Contigo Davida Tena

Objetivo: determinar como incide la Insuficiencia Renal Cronica Terminal en las Relaciones Conyugales de los Pacientes de la Unidad Renal Contigo Davida Tena

Encuestado/a	Cuota	Preguntas							
		7	8	9	10	11	12	13	14
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

7 ¿Su Pareja le acompaña cuando tiene que asistir a su tratamiento?(cerrada)

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca 00. NSC

8 ¿Quién esta al pendiente de usted y los cuidados que conlleva su tratamiento?(Abierta)

1. Su Conyuge 2. Sus Hijos 3. Sus Padres 4. Sus hermanos 5. Otros 00. NSC

9 ¿Cómo se siente durante su tratamiento?(cerrada)

1. Muy bien 2. Bien 3. Regular 4. Mal 5. Muy mal 00. NSC

10 ¿Tiene malestares generales que le impiden realizar sus actividades diarias?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca 00. NSC

Preguntas de investigación (Variable Dependiente)

11 ¿Las Nauseas y los Calambres son muy comunes en su rutina diaria?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca 00. NSC

12 ¿Con que frecuencia se realiza exámenes de laboratorio para conocer su estado de salud? (cerrada)

1. Todos los días 2. una vez al mes 3. cada 2 meses 3.cada tres meses 4.cada seis meses
5. Nunca 00. NSC

13 ¿Ha presentado las siguientes complicaciones? (cerrada)

1. Anemia 2. Hipertencion 3. Edemas 4. todas 5. Nunguna

14 ¿Aplica el dializado a los alimentos que ingiere? (cerrada)

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca 00. NSC

Encuestador/a: _____

Fecha:

día	mes	año

Página

3	de	5
---	----	---

Universidad Técnica de Ambato

Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales

Carrera de Trabajo Social

Encuesta dirigida a Pacientes de la Unidad Renal Contigo Davida Tena

Objetivo: determinar como incide la Insuficiencia Renal Cronica Terminal en las Relaciones Conyugales de los Pacientes de la Unidad Renal Contigo Davida Tena

Encuestado/a	Cuota	Preguntas							
		15	16	17	18	19	20	21	22
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

15 ¿Su pareja le ayuda a conllevar su enfermedad, se siente apoyado? (cerrada)

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca 00. NSC

16 ¿Realiza actividades recreativas con su pareja ? (cerrada)

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca 00. NSC

17 ¿La ausencia en el hogar, debido a su asistencia al tratamiento puede ocasionar problemas con su pareja? (cerrada)

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca 00. NSC

18 ¿Siente que su conyuge pueda sentirse cansado a causa de su enfermedad? (cerrada)

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca 00. NSC

19 ¿ha presentado cambios o distanciamientos en la relacion de pareja a raiz de su enfermedad ? (cerrada)

1. Si 2. No 00. NSC

20 ¿Cuáles son los cambios que ha experimentado con su pareja a raiz de su enfermedad ? (abierta)

00.NSC

21 ¿Ha sentido que su pareja se alejado a causa de su enfermedad ? (cerrada)

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca 00. NSC

22 ¿Ha sentido miedo, a que su pareja se separe o lo abandone a causa de su enfermedad? (cerrada)

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca 00. NSC

Encuestador/a: _____

Fecha:

día	mes	año

Página

4	de	5
---	----	---

Universidad Técnica de Ambato
Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales
Carrera de Trabajo Social

Encuesta dirigida a Pacientes de la Unidad Renal Contigo Davida Tena

Objetivo: determinar como incide la Insuficiencia Renal Cronica Terminal en las Relaciones Conyugales de los Pacientes de la Unidad Renal Contigo Davida Tena

Encuestado/a	Cuota	Preguntas							
		23	24	25	26	27	28	29	30
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

23 ¿cree usted que el no tener relaciones sexuales afectan a la relación de pareja? (abierta)

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca 00. NSC

24 ¿ha raiz de su enfermedad ha presentado cambios en su apetito sexual? (cerrada)

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca 00. NSC 00. NSC

25 ¿Ha raiz de su enfermedad las relaciones sexuales son:? (cerrada)

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca 00. NSC 00. NSC

26 ¿Cree usted que ha raiz de su enfermedad el amor de pareja ha disminuido? (cerrada)

1. Mucho 2. Poco 3. casi nada 4. nada 00. NSC

27 ¿Cree usted que debido a su enfermedad el compromiso de pareja ha disminuido? (cerrada)

1. Si 2. No 00. NSC

28 ¿El trato entre usted y su pareja es de manera cariñosa ? (cerrada)

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca 00. NSC 00. NSC

29 ¿Cree usted que la comunicacion de pareja ha disminuido? (Cerrada)

1. Mucho 2. Poco 3. casi nada 4. nada 00. NSC

30 ¿Se comunica frecuentemente con palabras tiernas con su pareja? (cerrada)

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca 00. NSC 00. NSC

Encuestador/a: _____

Universidad Técnica de Ambato
Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales

Carrera de Trabajo Social

Encuesta dirigida a Pacientes de la Unidad Renal Contigo Davida Tena

Objetivo: determinar como incide la Insuficiencia Renal Cronica Terminal en las Relaciones Conyugales de los Pacientes de la Unidad Renal Contigo Davida Tena

Encuestado/a	Cuota	Preguntas							
		31	32	33	34	35	36	37	38
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

31 ¿Las conversaciones de pareja terminan con gritos y mal entendidos? (cerrada)

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca 00. NSC

32 ¿Cómo calificaría usted su comunicación de pareja? (cerrada)

1. Muy Buena 2. Buena 3. Regular 4. Mal 5. Muy mal 00. NSC

33 ¿Se siente comprendido por su pareja? (cerrada)

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca 00. NSC

34 ¿Siente que depende de su pareja para sus actividades diarias ? (cerrada)

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca 00. NSC

35 ¿Ha presentado cambios de humor desde que inicio su enfermedad que causan conflictos de pareja? (cerrada)

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca 00. NSC

36 ¿Se siente excluido por su pareja en la toma de desiciones? (cerrada)

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca 00. NSC

37 ¿Cree usted que el contar con el apoyo de su pareja le ayuda a mejorar su calidad de vida? (cerrada)

1. Mucho 2. Poco 3 casi nada 4. nada 00. NSC

38 ¿Siente apoyo de su entorno social para superar su enfermedad? (cerrada)

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca 00. NSC

Encuestador/a: _____