

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN POLÍTICA PROMOCIÓN
E INVESTIGACIÓN FAMILIAR

TÍTULO

**FACTORES PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y SU FAMILIA DEL
PROGRAMA CAIPAR (HEMODIÁLISIS) DE LA UNIDAD EJECUTORA
POLICLÍNICA HUGO SPADAFORA DEL CORREGIMIENTO DE CRISTÓBAL DE
LA PROVINCIA DE COLÓN.**

POR:
MARLENE ASPRILLA ORTÍZ
3-114-112

**Tesis para optar al Grado de Magister
en Políticas Promoción e Intervención
Familiar**

Diciembre 2019

DEDICATORIA

A DIOS por su bendición en cada segundo de mi vida, a mis PADRES, que aunque ya no están físicamente conmigo sé que están orgullosos de este logro que estoy obteniendo porque creyeron en mí, especialmente mi Papá siempre supo decirme las palabras correctas para seguir adelante; a mi esposo Arcenio, quien me apoya a pesar de las adversidades, mis hijos Ayitza y Osvaldo, mi nieto Eymar, que esto le sirva a ellos como espejo que todo se puede después que deseamos seguir y cumplir nuestras metas y sueños, a mis amigos que siempre me dieron su apoyo incondicional.

Mil palabras no alcanzarían para agradecerles de forma infinita, todo lo que han hecho para que mi sueño se hiciera realidad.

AGRADECIMIENTO

Quiero iniciar agradeciendo primeramente a Dios quien me mantuvo con la esperanza de llegar hasta aquí; a mis padres por darme el don de la vida, a mi familia, mi esposo Arcenio Jiménez, mis hijos Ayitza y Osvaldo y mi nieto Eymar, ya que ellos son una parte primordial en mi vida, pues han permanecido junto a mí durante este largo proceso de eventualidades que he recorrido con mucho esfuerzo; brindándome siempre su apoyo sobre todo el ánimo y la fe para continuar.

Posteriormente mi eterno agradecimiento a cada uno de los y las pacientes, que se atienden en el Programa de Atención al Paciente Renal (CAIPAR), a cada uno de los profesionales que me brindaron su aporte, ya que sin ellos no hubiese sido posible llevar a cabo y culminar este trabajo de investigación.

Agradezco de forma infinita a todas mis amigas: Odesia Evans, María Espada, Elodia Mendoza, Felicha Ávila, Elux Medrano y Zais Costarelos, los profesores Luis Mendoza y Xenia Newball, mi asesora Dra. Verona Salmon y a cada uno de los que formaron parte de este trajinar para culminar mi tesis.

Para finalizar, quiero agradecer por todos los momentos malos, regulares y buenos puesto que ellos me ayudaron en este proceso de adquirir más experiencia que me ayudarán como profesional y sé que los mantendré vivos en mi mente y en mi corazón por siempre.

TABLA DE CONTENIDO

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Resumen.....	vii
Executive.....	viii
Introducción.....	9
Capítulo I.....	12
Marco de Referencia.....	12
1.1. Título de la Investigación.....	13
1.2. Planteamiento del Problema.....	13
1.3. Justificación e Importancia de la Investigación.....	16
1.4. Propósito de la Investigación.....	16
1.5. Objetivos.....	17
1.5.1. Objetivo General.....	17
1.5.2. Objetivos Específicos.....	17
Capítulo II.....	18
Marco Teórico.....	18
2.1. Antecedentes.....	19
2.2. Marco Teórico.....	22
2.2.1. Análisis Conceptual y Examen Teórico.....	24
2.2.2. Los Factores Psicosociales y la Insuficiencia Renal Crónica.....	27
2.2.3. Alteraciones Psicológicas.....	29
2.2.4. Pareja.....	30
2.3. Dimensión Psicosocial Asociada a la Insuficiencia Renal Crónica.....	37
2.4. Área Personal.....	41
2.4.1. Área Familiar.....	44
2.4.2. Sistemas Familiares.....	52
2.4.3. Área Social.....	54
2.5. Calidad de Vida.....	61
2.5.1. La Etapa del inicio de la enfermedad: experiencia de los Síntomas.....	63
2.5.2. Toma de conciencia: contacto con el papel del Enfermo.....	64
2.5.3. Reflexión y análisis: nuevo punto de Referencia.....	65
2.5.4. Readaptación: Personal Social y Familiar.....	65
2.6. Dinámica Familiar.....	68
2.7. Dinámica Familiar y Comunitaria.....	68
2.8. El Papel de la familia y los pacientes con insuficiencia renal Crónica.....	71

2.8.1. La Familia Y El Paciente En Tratamiento.....	76
2.8.2.La Autoestima en la Familia	80
2.9. El trabajador social en la atención del paciente con insuficiencia renal Crónica.	82
2.10. Trabajo Social, intervención y técnicas con la Familia.....	84
2.10.1.Modelo de Intervención Psicosocial.....	84
2.10.2.El Psicólogo, Intervención y Técnica	88
2.10.2.1.Psicología en la atención al paciente con insuficiencia Renal	88
2.10.2.2. el psicólogo en la atención con la familia del paciente con insuficiencia renal	90
Capítulo III	92
Marco Metodológico	92
3.1. Cobertura	93
3.1.1. Diseño de Investigación	93
3.2. Tipo de estudio, diseño Exploratorio.....	94
3.3. Tipo de Muestra	95
3.4. Universo de Estudio	97
3.4.1. Unidad de Observación	97
3.4.2. Unidad de Análisis	97
3.5. Diseño de Investigación Exploratoria.....	98
3.6. Instrumento de recolección de datos de investigación Cualitativa.....	99
3.7. tipos de análisis de datos de hipótesis	104
Capítulo IV	105
Marco Institucional Centro De Atención A Pacientes Renales (Caipar)	105
4.1. Centro de atención para pacientes Renales Caipar	106
4.1.1. Reseña Histórica	106
4.2. Fundamentos Legales.....	109
4.3. Políticas y Lineamientos	109
4.4. Misión	112
4.5. Visión.....	112
4.6. Objetivo	112
4.7. Valores.	112

4.9.3. Funciones del Docente.....	115
4.9.4. Funciones del Médico coordinador de diálisis Peritoneal.....	115
4.9.5. Funciones de la enfermera y el técnico de Enfermería.....	115
4.10. Actividades que debe realizar la enfermera de la unidad de Hemodiálisis.....	115
4.11. Funciones de la enfermera básica en la consulta externa de Hemodiálisis.....	117
4.11.1. Funciones de la enfermera básica del área de Procedimiento.....	117
4.11.2. Funciones del técnico de Enfermería.....	119
4.11.3. Funciones del Trabajador Social.....	119
4.12. Atención Dirigida al Paciente.....	122
4.13. Atención Dirigida al Familiar del Paciente.....	123
5.1. Análisis de los Resultados.....	126
5.1.1. Características de la Población.....	126
Capítulo VI.....	146
Propuesta Programa De Intervención.....	146
6.1. Programa de intervención interdisciplinario orientado a minimizar o mejorar los factores psicosociales en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis y sus Familias.....	147
6.1.1. Antecedentes.....	147
6.2. Justificación.....	150
6.3. Objetivo General:.....	150
6.4. Análisis De Factibilidad.....	151
6.5. Alcance.....	151
6.6. Ubicación Sectorial Y Física.....	151
6.7. Tiempo.....	152
6.8. Programa.....	152
6.9. Modelo Operativo.....	152
6.10. Administración.....	153
6.11. Programa.....	154
6.11.1. Tabla programa de intervención para los pacientes.....	154
6.11.2. Tabla No. 9 programa de intervención para los familiares.....	156
6.12. Cronograma de Gantt.....	158
Conclusión.....	ix
Recomendación.....	12
Bibliografía.....	xv
Infografía.....	xix
Anexos.....	xxi

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1 Edades de los pacientes.....	122
TABLA N° 2 Estado civil de los pacientes encuestados.....	123
TABLA N° 3 Distribución de género de los pacientes.....	124
TABLA N° 4 Tiempo (años) que tiene realizándose diálisis.....	125
TABLA N° 5 Tiempo (días, meses y años) que tiene realizándose diálisis...	126
TABLA N° 6 Pacientes encuestados acuden a sus controles médicos.....	127
TABLA N° 7 Desde que le diagnosticaron IRC, usted se ha sentido.....	128
TABLA N° 8 Calidad de atención en el área familiar.....	129
TABLA N° 9 Paciente cuenta con acompañante para sus citas.....	130
TABLA N° 10 Quién lo acompaña.....	131
TABLA N° 11 Ha recibido intervención social por parte del trabajador social	132
TABLA N° 12 Ha recibido apoyo psicológico.....	133
TABLA N° 13 Está en plan de remediar sus crisis de salud.....	134
TABLA N° 14 El familiar de qué manera ha enfrentado los sentimientos de ira, angustia, depresión.....	135
TABLA N° 15 Sus actividades han cambiado desde que está en tratamiento.....	136
TABLA N° 16 Condición económica.....	137
TABLA N° 17 Cómo sufraga los gastos de la enfermedad.....	138
TABLA N° 18 Apoyo familiar.....	139
TABLA N° 19 Recibe apoyo de alguna institución.....	140

RESUMEN

Es un estudio exploratorio-cuantitativo, cuyo objetivo principal es identificar la relación que existe entre los factores psicosociales y la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, sometidos a hemodiálisis regular. Se incluyó pacientes atendidos en el área del Centro de Atención a Pacientes Renales CAIPAR, con diagnóstico de insuficiencia renal crónica y en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis; la muestra quedó constituida por 50 pacientes a los que se les aplicó una encuesta de 9 preguntas, y que después de tabular y analizar sus resultados se determina que predomina el sexo femenino con un 48% del total de la población estudiada.

En cuanto al grupo de edad, el mismo está comprendido por personas entre 42 y 68 años, es el que predomina, lo que comprueba una vez más la vulnerabilidad de esta población respecto de esta enfermedad renal, se demuestra también que el 40% de los pacientes estudiados conviven menos de un año con esta patología y el 52%, lleva 3 años en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis. El 50% de la población estudiada refiere que se sintieron con temor al momento en que se les diagnosticó IRC, un 30% se deprimieron, su calidad de vida es irregular ya que sus actividades han cambiado en un 80%, y cuentan con el 50% de apoyo familiar. En cuanto al factor social, el 56% refiere que no cuenta con los suficientes recursos económicos para solventar su tratamiento, mientras que un 64% de los encuestados refieren que tiene plan para remediar su crisis de salud.

Palabras Claves: Factores Psicosociales, Calidad de Vida, Insuficiencia-Renal.

EXECUTIVE

Is an exploratory and quantitative study, which principal objective is to identify the relation that exist between the psychosocial factors and the quality of life from the patients with chronic renal failure, undergoing regular hemodialysis.

We include patients attended in the area of Attention to Patients renal CAIPAR, with diagnostic of chronic renal failure with medication replacement with hemodialysis the sample was made up of 50 patients whom apply a survey of 9 questions, and that after tabular and analyze the results we determinate The female sex predominates with 48% of the total population studied. As for the age group, it is comprised per person from 42 to 68 years it is the one that predominates, which once again proves the vulnerability of this population with respect to this kidney disease, it is also shown that 40% of patients studied, they live less than one year; or with is patalogy and 52% have been in hemodialysis for 3 years, 50% of the studied population report that they felt afraid at the time they were diagnosed with CRI, 30% they became depressed, their quality of life is irregular since their activities have changed by 80% and they have 50% family support. Regarding the social factor, 56% say they do not have enough economic resources to solve their treatment, while 64% of respondents say they have a plan to remedy their health crisis.

Key Words, renal insufficiency hemodialysis psychosocial factors quality of life.

INTRODUCCIÓN

Tal como lo sugiere Tomón (2006), pensar en la calidad de vida implica la participación de las personas en la evaluación de aquello que los afecta, lo cual significa que necesariamente precisa integrar en dicho concepto el bienestar físico y psicológico, relacionado con las necesidades materiales y socio afectivas. La enfermedad crónica (insuficiencia renal-hemodiálisis) genera cambios en los factores psicosociales, en la calidad de vida, en la dinámica familiar, en los estilos de vida, en sus actividades diarias, en la calidad de atención en el área familiar de los pacientes que se someten a ella. En este mismo orden de ideas, queda demostrado que la familia como núcleo de la sociedad, representa la parte fundamental para el individuo, donde las relaciones interpersonales se desarrollan de manera multidimensional e independiente de otras instituciones sociales.

Las relaciones intrafamiliares juegan un papel muy importante de ayuda y protección para las personas que cuentan con una enfermedad crónica, es aquí donde las familias ven la manera de adaptarse a esa situación y sobre todo cómo adaptar al enfermo con esta condición dentro de la sociedad, como parte de un funcionamiento social. Sin embargo, el cambio de actitud que presentan las familias cuando tienen un miembro con una enfermedad crónica es complicado, a medida que se desarrollan los cambios evolutivos para las familias de estos y sobre todo para la sociedad en general.

Así mismo, la enfermedad también presenta aspectos físicos, conductuales y mentales que han sufrido algunas de las personas como parte de la evolución y el desarrollo de la enfermedad, por lo tanto, los pacientes con insuficiencia renal crónica, suelen conllevar a dificultades en cuanto a su cuidado y atención, que trae como consecuencia una

ruptura de la dinámica familiar, es ahí donde entran en juego las funciones básicas de la familia, que estarán encaminadas a mejorar la calidad de vida de los enfermos y su familia. Estos pacientes y familiares afectados tienden a sufrir una pérdida en su capacidad laboral y en las posibilidades de distracción, además ocurre una ruptura en su dinámica familiar, sentimientos de culpabilidad, autorreproche, rechazo, inculpaciones al familiar, cónyuge sobre la responsabilidad de la situación, entre otras.

A razón de lo anterior, este trabajo de investigación está referido a conocer los factores psicosociales que inciden en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia que se atienden en el Centro de Atención de Pacientes Renales (CAIPAR) de la unidad ejecutora Policlínica Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, Provincia de Colón. Para efecto de obtener la información requerida se realizó un método exploratorio basado en una entrevista estructurada, por un muestreo de conveniencia, con recolección de datos cualitativos, que permitieron clarificar los aspectos psicosociales; los aspectos psicológicos como: tristeza, depresión, angustia, temor, ansiedad. (Álvarez et al., 2001). Además de los factores sociales, calidad de vida, condición socioeconómica y apoyo institucional. Los factores psicosociales y la insuficiencia renal crónica, el soporte social han sido caracterizados de formas muy variadas según diversos autores. House (1981), por ejemplo, lo define como una transacción interpersonal que involucra interés emocional, ayuda instrumental, información o valoración. Bravo y Serrano (1997), como la descripción de los lazos que unen a las personas, por medio de los cuales se manifiesta solidaridad y ayuda. Páez y Cols. (1993) lo describen como la existencia de relaciones con un significado de apoyo

emocional, informacional y material y no solamente como la inserción objetiva en una red social.

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

La hemodiálisis genera cambios en los factores psicosociales, en la calidad de vida y en las conductas cotidianas de las personas que se someten a ella, (Álvarez, 2001) Además, se observan efectos a nivel psicosocial, tales como afectividad, cambio en la dinámica familiar, conflictos, abandono, problemas maritales, disfunción sexual y problemas socioeconómicos (Daugirdas, - 2007). Todos estos cambios y efectos inciden directamente en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica al igual que en el núcleo familiar. Nuestra investigación consiste en conocer los factores psicosociales que inciden en la calidad de vida de los pacientes y su familia, de igual manera sensibilizar a la ciudadanía, las autoridades de salud para que sean más inherentes en propuestas que mejoren las condiciones que afectan a los pacientes y su familia.

CAPÍTULO I
MARCO DE REFERENCIA

1.1. Título de la Investigación

FACTORES PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y SU FAMILIA DEL PROGRAMA CAIPAR (HEMODIÁLISIS) DE LA UNIDAD EJECUTORA POLICILÍNICA HUGO SPADAFORA DEL CORREGIMIENTO DE CRISTÓBAL DE LA PROVINCIA DE CÓLON.

1.2. Planteamiento del Problema

En estos últimos años en Panamá se ha incrementado la enfermedad insuficiencia renal crónica que trae severas consecuencias para quien la padece, así como para su entorno familiar, que generan mayor deterioro emocional, físico, funcional y psicosocial. En nuestro país es cada vez más común encontrar en los centros de salud a pacientes con infinidad de enfermedades, en su mayoría crónicas que llevan a un desenlace drástico para las familias que viven con un miembro enfermo y con pocas posibilidades de vida, que angustian y preocupan a la misma.

La aparición de esta enfermedad aguda crónica o terminal en algunos de los casos puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse una crisis, dada la desorganización que se produce e impacta en cada uno de los miembros en cuanto al cambio de la calidad de vida, cambios en los estilos de vida, en la dinámica familiar, pérdida del trabajo, genera cambios económicos y relaciones familiares disfuncionales.

La comunicación familiar facilitará o dificultará la proximidad de la familia para el cuidado del paciente y su apego al tratamiento. Otros factores que influyen en los

pacientes y su familia son: el ciclo vital, ya que el impacto de la enfermedad será diferente en cada momento de la vida de una familia y del paciente; flexibilidad o rigidez de roles, la enfermedad es una crisis familiar a la que se podrá responder mejor cuanto más flexibles sean estos. Puede alterarse la distribución de roles, tendrán que negociar cada uno de ellos y en ocasiones compartirlos.

Al proveedor, que la mayoría de las veces es el padre enfermo, le genera gran conflicto, ya que este papel viene acompañado de poder, el cual en muchas ocasiones no se concede. El rol de cuidador, generalmente asignado a una mujer, genera conflicto porque implica el descuido de sus otras funciones.

En la respuesta familiar hacia la enfermedad, existen dos patrones:

- 1) Tendencia centrípeta, hay extrema cohesión familiar, todas las actividades se realizan en función del enfermo, quien absorbe gran parte de sus recursos afectivos y económicos;
- 2) Tendencia centrífuga, cuando el cuidado del paciente se delega a una persona y puede ocasionar un síndrome de cuidador.
- 3) Capacidad de la familia, para la resolución de conflictos, es un indicador pronóstico del impacto de la enfermedad en el grupo.

Uno de los modelos con mayor relevancia en la comprensión del sistema familiar es el circunflejo de sistemas familiares y maritales, desarrollado por **Olson, Sprenkle y Rusell** en 1979, donde la cohesión, adaptabilidad y comunicación son las dimensiones

que definen al constructo del funcionamiento familiar, ya que el grado de cohesión y adaptabilidad que presenta la familia, es un indicador de la labor que predomina en el sistema familiar.

Rodríguez Campuzano, M.L. & Frías Martínez, L México 2005, en su análisis de la dinámica familiar y satisfacción del paciente con su vida familiar, se encontró que más de la mitad percibieron algún grado de disfunción familiar y se observó que la participación en la problemática familiar, la capacidad de compartir problemas y la capacidad resolutive, facilitan la función familiar y contribuyen de manera significativa en la asistencia al enfermo.

Ante el aumento de la incidencia de la insuficiencia renal crónica se hace necesario abordar la familia como fuente fundamental de apoyo. Esto es, abordar el problema desde una mirada más integral. Consideramos que la familia constituye la más importante y efectiva red de apoyo social y desempeña un papel clave en el proceso salud-enfermedad, pues influye en que sus miembros asuman conductas protectoras de su salud o por el contrario conductas de riesgo que pueden favorecer la aparición de determinadas enfermedades y agravar las ya existentes. En la familia se fomentan estilos y calidad de vida saludable, se presenta la enfermedad, se recupera la salud y se apoya en el momento de morir.

1.3. Justificación e importancia de la investigación

Siendo la insuficiencia renal crónica (IRC) una de las diez primeras causas de muerte, según la Organización Mundial de la Salud (OMS); Según el censo realizado entre los años 2015 y 2017 de **234,145 personas atendidas 7,398** padecen de enfermedades crónicas lo que representa el **3.16%**, en Panamá es la décima causa de muerte; tomando en cuenta que cada día se produce un incremento de la cantidad de pacientes que ingresan al Centro de Atención al Paciente Renal (CAIPAR), de la provincia de Colón, surge el interés de identificar la relación entre los factores psicosociales y la calidad de vida que inciden en la familia y de los pacientes con insuficiencia renal.

Así mismo servirá de guía para incrementar conocimientos en los familiares y pacientes sometidos a hemodiálisis; logrando mejorar o minimizar estos factores que inciden y afectan la calidad de vida de todos los miembros de una familia; además todos los pacientes obtendrán beneficios y optimizarían una mejor calidad de atención en la dinámica familiar integrándolos a la sociedad como entes multiplicadores útiles y productivos garantizando un mayor lapso de vida y, por consiguiente, disminuyendo sumorbi-mortalidad.

1.4. Propósito de la investigación

Conocer, en un grupo de pacientes con insuficiencia renal y su familia, que se atienden en el Centro de Atención a Pacientes Renales, de la Provincia de Colón, la dinámica familiar, los cambios del estilo de vida y los servicios de atención que brinda el equipo interdisciplinario de este Centro. En consecuencia, el estudio busca

conocer a partir de las familias y de los pacientes con IRC sus perspectivas en relación a los factores psicosociales que inciden en la dinámica familiar profundizando en la comprensión particular de las personas encuestadas.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Identificar los factores psicosociales que inciden en la relación de la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Conocer la dinámica familiar de un grupo de pacientes con insuficiencia renal y sus familias.
- Describir los cambios en el estilo de vida que presenta un grupo de pacientes con insuficiencia renal y sus familias.
- Conocer los servicios que brindan el equipo interdisciplinario del Centro de atención al paciente renal,
- Elaborar un programa de intervención interdisciplinaria orientado hacia los factores psicosociales y la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia sometidos a hemodiálisis en el Centro de atención al Paciente Renal de la Unidad Ejecutora de Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, Provincia de Colón.

CAPÍTULO II
MARCO TEORÍCO

2.1. Antecedentes

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad que cada día afecta más a la población panameña sin distinción de raza, religión, edad, sexo y que no debe visualizarse solo como una causa biológica, sino en la que también influyen los factores psicosociales, el sistema económico social, político, la calidad de vida de nuestro país.

Se realiza una revisión de los estudios del enfermo con insuficiencia renal crónica este aumento creciente de la enfermedad se atribuye en buena parte al envejecimiento poblacional, malos hábitos alimenticios y por consiguiente, aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, consideradas las principales causas de la insuficiencia renal crónica.

Desde el punto de vista en el que puede constatararse la existencia de escasos estudios sobre la problemática psicosocial de este tipo de enfermos, que emerge actualmente como un grave problema de salud pública, debido al importante papel desempeñado en las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad de la población mundial, así como a su impacto en los factores psicosociales y en la calidad de vida, adjetivando las consecuencias, pero no buscando los motivos. Como inicio de una posible alternativa en estos estudios se realiza un análisis que intenta buscar por qué los factores psicosociales inciden en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal y su familia.

La respuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas. El control de la enfermedad y la calidad de vida, la

compresión de esta última ha evolucionado a la par con la comprensión y el tratamiento médico de las enfermedades crónicas. Los grandes cambios que se producen en el enfermo renal crónico, físicos, sociales, familiares, económicos, etc. Hacen que la actividad social de los mismos disminuya, siendo más notable en personas trabajadoras que lleven una vida activa fuera de casa, sean hombres o mujeres, cuya vida está centrada de forma rutinaria en labores diarias. La falta de salud es una característica de las personas y existen múltiples factores biopsicosociales que inciden en esto.

Las enfermedades crónicas no son un proceso de causa única sino el resultado de una compleja asociación de interacciones entre los factores genético intrínseco y lo ambiental extrínseco:

- Los factores intrínsecos (del interior de la persona) obedecen al proceder de causas genéticas y ejercen influencias en los procesos que determinan la duración de la vida.
- Los factores extrínsecos actúan desde las edades más tempranas de la vida, como las agresiones de la vida moderna, el estrés, la alimentación, la dieta, el sedentarismo y el consumo de tabaco, que inciden en la aparición de enfermedades crónicas, cardiovasculares y del cáncer ante personas adultas y tercera edad, solo una política de orden social y sanitaria, que promueva mejores estilos de vida, posibilitará aumentar la expectativa de vida. **González C. Valencia y Bersch 2006.**

La gran cantidad de aspectos psicosociales que hacen parte de los cuidados en las enfermedades crónicas surgen de las respuestas individuales de los pacientes, las familias, los amigos y la sociedad, frente al diagnóstico y al pronóstico. Cualquiera que sea el resultado de la enfermedad, el objetivo es mejorar la calidad de vida. El cuidado, apoyo y la supervivencia incluyen temas específicos que deben tratarse con éxito para lograr y mejorar los estilos de vida en los pacientes.

Estos individuos llegan a presentar en su día a día limitaciones y frustraciones, prejuicios, dinámica familiar, cambios de los estilos de vida, factores psicosociales que inciden en la calidad de vida que presentan un grupo de pacientes que se atienden en el Programa de Atención al Paciente Renal (CAIPAR), de la Policlínica Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal; afectan a su calidad de vida: nuestro objetivo es conocer estos factores que inciden en su calidad de vida y la de su familia, sus dificultades profesionales, así como los cambios en las relaciones familiares.

En este sentido, el incremento de la insuficiencia renal crónica en los últimos años en nuestro país, es un impacto de la enfermedad que provoca en el paciente y su familia elementos que condicionan la necesidad de abordar esta problemática tanto en el marco personal como familiar.

Uno de los aspectos más complejos del proceso de esta enfermedad es el resultado de la administración del tiempo para poder satisfacer las necesidades del paciente renal crónico y las actividades personales, familiares y profesionales. Implicará aprender

tareas múltiples, dedicación y sobre todo vincular las tareas del cuidado con las tareas domésticas y lo fundamental, la necesidad del control de sus emociones para la superación de la enfermedad. En nuestra investigación hacemos una revisión de las literaturas que pueda constatar la existencia de estudios sobre la problemática psicosocial que inciden en la calidad de vida de un grupo de pacientes y su familia, que se atienden en el Programa de Atención a Pacientes Renales. (CAIPAR) de la unidad de Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, Provincia de Colón.

2.2. Marco Teórico

Es nuestro interés, en este capítulo, ir clarificando ideas claves en torno a los factores psicosociales que inciden en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica. No es casual que, para comprender y efectuar una intervención adecuada de los pacientes con problemas de salud, se sugiere adoptar un modelo psicosocial de la salud. Finalmente, se señalan algunas estrategias de intervención que contribuyan a promover acciones que hagan posible mejorar y/o minimizar los factores psicosociales que inciden en la calidad de vida del paciente y su familia. **Machado G 2004.**

El presente trabajo se basa en la revisión de la literatura científica actual sobre estudios que den el marco referencial al tema de los factores psicosociales que inciden en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) y su familia considerando que es uno de los problemas de salud de mayor impacto en el mundo.

Los factores psicosociales se pueden agrupar en tres categorías bien diferenciables conceptualmente:

- Físico- biológicas (síntomatología general, discapacidad funcional, incapacidad, sueño, etc.).
- Emocionales (sentimientos de tristeza, miedo, depresión, estrés, ansiedad, angustia, ira, inseguridad).
- Sociales (situación laboral, relaciones familiares, conflictos familiares, recreación, etc.).

Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional, económico, social y cultural, en que se encuentra en un momento dado. Tal definición implica considerar la calidad de vida como una valoración: una respuesta cognoscitiva del individuo a la que sigue una reacción emocional. Estos dos elementos reflejan el grado de satisfacción con una situación personal concreta en función del logro de las expectativas iniciales.

Insuficiencia renal: es una enfermedad progresiva y con riesgo vital, en la medida en que el paciente no se someta a trasplante en un futuro mediato. De allí que se la considere entre las enfermedades terminales. Los pacientes con insuficiencia renal crónica deben estar permanentemente en tratamiento médico específico y al mismo tiempo sometidos a una serie de problemas colaterales, producto de la enfermedad.

2.2.1. Análisis Conceptual y Examen Teórico.

Impacto de la enfermedad crónica en el paciente y su familia:

- Cuando el profesional notifica al paciente que padece una enfermedad crónica se desencadenan unos mecanismos de defensa que suelen afectar a la forma de afrontar la enfermedad.
- La fase crónica, sea larga o corta, es el periodo de tiempo entre el diagnóstico inicial y el periodo de reajuste y la tercera fase cuando aparece la posible muerte o se convierte en un proceso terminal. En este periodo se dan constantes cambios, es el vivir "día a día la enfermedad crónica".
- La habilidad de la familia para mantener una apariencia normal ante la enfermedad crónica es una de las tareas claves durante este periodo. Es importante que la familia mantenga al máximo su independencia.
- En la fase terminal se incluye un estado pre terminal donde la apariencia de la muerte está constantemente en la vida familiar. En esta fase se distingue el proceso de separación, muerte, asumir la muerte y volver a un periodo de normalidad.

Los diferentes teóricos indican que no se puede tratar a la familia sin comprender su historia personal. Se deberán conocer los diferentes patrones de adaptación a partir de tabúes, mitos familiares, sistemas de creencia, etc. Igualmente se deberá estudiar el genograma y el tipo de enfermedad vinculada a la familia. Pudiendo hablar sobre estos aspectos se puede llegar a clarificar y anticipar según qué conflictos no resueltos y llegar a un consenso. El profesional y la familia ante la notificación de la enfermedad crónica

a la hora de notificar la enfermedad, el modo como se realiza pueden repercutir de forma significativa durante un largo periodo de tiempo. Si la información se da de forma brusca, la dificultad para afrontar la situación no es sencilla. En el momento de dar la información sobre la enfermedad es importante que lo realice el equipo que posteriormente los deberá atender, en este momento es esencial la figura del médico especialista, trabajador social el psicólogo o psiquiatra que se centrará en el impacto que la información genera. Los profesionales se hallan en una postura dual, por un lado, la necesidad de explicar de forma clara lo que sucede al paciente, por otro, el modo en que esto se realiza.

Es importante hacerse el planteamiento sobre el qué y cómo explicar a los familiares lo que está ocurriendo. Existen unos puntos claves que nunca se deben obviar al dar la información sobre la enfermedad:

- Explicar cuál es la naturaleza de la enfermedad, el pronóstico y su tratamiento.
- Indicar qué papel juega la genética y la herencia. Este punto es importante ya que suele generar sentimientos de culpa.
- Indicar si hay curación de la enfermedad, y si hay o no un deterioro rápido; explicando qué se puede hacer para conseguir un mantenimiento con buena calidad de vida.
- Explicar con claridad cuáles son las técnicas prácticas del tratamiento.
- Comentar qué se debe hacer cuando se manifiestan cambios en el estado clínico del paciente.
- Describir con claridad cómo acceder a los servicios en momentos de crisis.

Durante este proceso nuestra función será la de ser receptivo y facilitar a la familia y al paciente a comunicarse y plantear todas las dudas que se le presenten. Es importante que tanto la familia como el paciente entiendan qué les está sucediendo y empezar a plantear nuevos patrones de conducta ante las nuevas situaciones. En este momento es normal que haya una pérdida de atención puesto que se rompe el nivel de actividad normal y se produce una preocupación obsesiva por la información recibida.

En este primer momento también es positivo indicar a las familias de referencia con las que puedan compartir las experiencias y facilitarse mutuamente consuelo, sin embargo, en la mayoría de los casos, hasta que no se ha asumido todo el significado de la enfermedad las familias no son capaces de buscar otras familias de apoyo. Es importante tener en cuenta el concepto de "**homeostasis familiar**" en el sentido de que la modificación de conducta en uno de los miembros de la familia puede promover el cambio y generar beneficios en otro.

La **homeostasis familiar** son los procesos mediante los cuales las familias tratan de mantener mecanismos o patrones predecibles de interacción que ayuden a la familia a mantener un sentimiento de estabilidad e identidad antes las tentaciones de la vida normal.

2.2.2. Los Factores Psicosociales y la Insuficiencia Renal Crónica.

El soporte social ha sido caracterizado de formas muy variadas según diversos autores. House (1981), por ejemplo, lo define como una transacción interpersonal que involucra interés emocional, ayuda instrumental, información o valoración. Bravo y Serrano (1997), como la descripción de los lazos que unen a las personas, por medio de los cuales se manifiesta solidaridad y ayuda. (D.Paez, 1993, pág. 98). Lo describen como la existencia de relaciones con un significado de apoyo emocional, informacional y material y no solamente como la inserción objetiva en una red social.

La teoría de las etapas psicosociales de (Ericson, 2005, pág. 68) consiste en el deseo de ser más productivo y creativo en beneficio de lo que la sociedad produce en el paciente, ya que no se valora la propia persona en función de los estándares de su relación, sino en cuanto puede aportar a la sociedad y a la familia. **Taylor** (R., 1999, pág. 167) aduce que los grupos de apoyo social representan un recurso para el enfermo crónico, pues en ellos se dialoga sobre los problemas ocasionados por la misma enfermedad y se ofrece información sobre cómo otros lo han afrontado exitosamente. Puede decirse que el soporte social no sólo se refiere a pertenecer a un grupo con algún interés en común o recibir apoyo material proveniente de este mismo, sino más bien en cómo la persona concibe ese nivel de pertenencia y aprovecha eficazmente los recursos que el grupo familiar, amigos, compañeros de trabajo, personal de salud, etc. le brinda.

Los pacientes con insuficiencia renal crónica deben someterse a tratamientos no curativos, altamente invasivos, demandantes y que involucran altos costos para el

paciente y su familia, a nivel físico, psicológico, social y económico (Barrios et al., 2004). Como la investigación se enfoca en un grupo de pacientes y su familia que se realizan hemodiálisis, nos enfocamos en los factores psicosociales que inciden en la calidad de vida de ellos. La hemodiálisis genera cambios en los estilos de vida y en las conductas cotidianas de las personas que se someten a ella. (Álvarez, 2001, pág. 65).

El tratamiento produce también efectos adversos a nivel físico (Contreras, Esguerra, Espinoza & Gómez, 2007) y psicológicos, tales como depresión, ansiedad y trastornos de conducta (Álvarez, 2001, pág. 165). Además, se observan efectos a nivel psicosocial, tales como problemas maritales, disfunción sexual y problemas socioeconómicos (Dougirdas, 2007, pág. 189) Todos estos cambios y efectos inciden directamente en la calidad de vida de las personas. Dentro de los factores que influyen en la calidad de vida, en los pacientes se pueden mencionar:



Todos estos factores muestran que la perspectiva de las personas con insuficiencia renal crónica es un constructo multidimensional, que influyen en el status de vida de cada uno y en la capacidad para ejecutar una gama de actividades que son normales para la mayoría del paciente.

2.2.3. Alteraciones Psicológicas

Depresión: La depresión viene frecuentemente acompañada de una enfermedad física sobre todo en el caso de las enfermedades crónicas, se suele realizar preguntas ante una situación en la que comienza a sentir un cambio físico que le produce sufrimiento.

Ansiedad: La negación en las enfermedades graves, un engaño que persigue el bienestar es uno de los mecanismos de defensa inconscientes del yo más primitivo y suele ser el primero que se pone en marcha cuando un paciente sospecha que padece una enfermedad grave crónica o terminal.

Negación: Las personas no están preparadas para enfrentarse a la pérdida de salud, de manera que la negación de la enfermedad será nuestra primera reacción de defensa ante la noticia de que se padece tal enfermedad crónica. Luego, ante la imposibilidad de seguir negando su realidad, sustituye este rechazo por sentimientos de rabia y/o culpa.

Trastorno de conducta: Un paciente crónico origina diferentes tipos de trastorno en su conducta: estrés generalizado, conflictos entre los distintos miembros por quién debe hacerse cargo, confusiones de diversa índole (por ejemplo, con la prescripción médica),

desánimo, sentimiento de culpa en sus familiares sobre el tipo de cuidados que brindan al paciente.

2.2.4. Pareja

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

Disfunción Sexual: El cansancio y los problemas físicos hacen que las relaciones sexuales en la pareja se vean marcadas de forma muy especial, lo cual, provoca en muchos de estos pacientes visita al especialista por problemas de impotencia. Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación en diferentes factores que le permitirán o no seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios.

Estos cambios que se producen en la familia en relación con la enfermedad crónica no siguen un patrón específico, ya que son diferentes en cada paciente y su familia dada la necesidad de cada una, sus características familiares, la etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, entre otros. **Quintero-Valle**

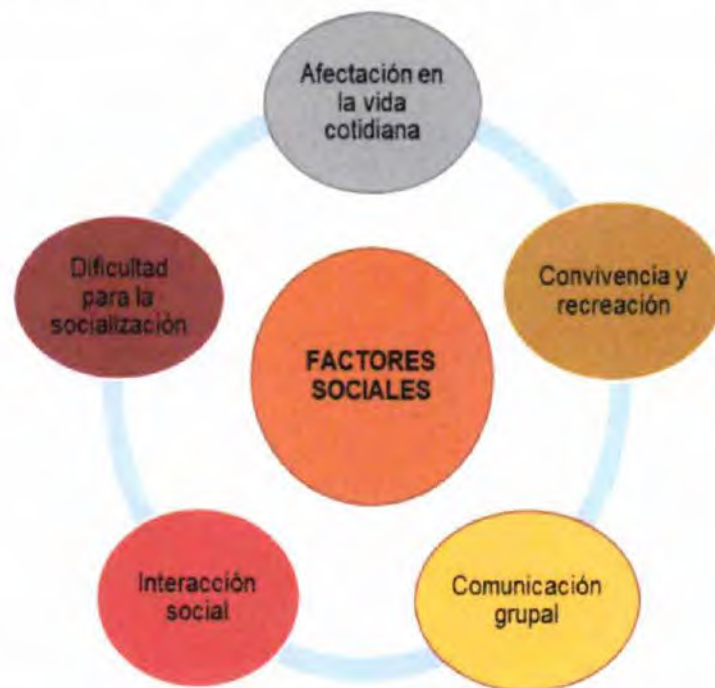
L.M. (2004)

Los factores tienden a:

Factores familiares: involucrados en la construcción del significado de la enfermedad:



Factores sociales: involucrados en la construcción del significado de la enfermedad:



Factores psicológicos: involucrado en la construcción del significado de la enfermedad:



2.2.5. Estilo de vida

Trabajo: Por otra parte, la mayoría de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis, principalmente institucional, no pueden cumplir un horario de trabajo normal, porque el procedimiento se realiza en horario de la mañana o de la tarde, con una duración de cuatro horas, por lo que no es fácil mantener un trabajo y acudir a hemodiálisis. Además del estado físico, hay que considerar el tiempo disponible, los traslados al centro, las complicaciones y a veces frecuentes, pruebas médicas, entre otros.

Estudio: El agotamiento, la fatiga, al realizarse la diálisis impiden seguir con sus estudios, lo cual los conlleva a estudiar por medio de módulos, esto en pacientes adolescentes o universitarios.

Amigos: Pueden desempeñar un gran papel ayudando al paciente a sobrellevar su enfermedad, ya que será de importancia que se sienta que realmente se preocupan por él o ella.

2.2.6. Familia

Los cambios que se producen en la familia en relación con la enfermedad crónica no siguen un patrón específico, más bien están dados por las propias características familiares tales como: etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente y el grado de solidez de la familia.

Apoyo: La familia es reconocida como la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso a los individuos. Se reconoce su función protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros.

Rechazo: El estado de ánimo del paciente será pesimista y siempre se sentirá angustiado y con el temor de no ser aceptado por los que lo rodean familia, amigos, sociedad.

2.2.7. Factores que dependen del paciente y su entorno.

La personalidad del paciente es un tema complejo, la experiencia indica que los pacientes con mayor coeficiente intelectual y nivel de educación se adaptan adecuadamente al tratamiento. Muestran motivación, independencia y creatividad en el trabajo y en el hogar. Cuando es muy bajo el status socioeconómico, los pacientes presentan mayores dificultades, hay por tanto menor aceptación y satisfacción por la vida, peores grados de rehabilitación, más problemas de anemia y desnutrición. (Trillas. Andreu V., Galdon G. M e Ibáñez G.E. 1991)

La relación paciente - familia: permite predecir la tolerancia y calidad del tratamiento que el paciente va a obtener. Una mala relación familiar interfiere también en el éxito del tratamiento dialítico. Está demostrada la importancia de la calidad del entorno familiar, la capacidad de tolerar el estrés, de asumir responsabilidades, de entrega hacia el paciente, de comprender sus necesidades, constituyen premisas para el éxito del tratamiento. **Quintero Valle (2004).**

Las relaciones interpersonales, son asociaciones entre dos personas o más personas. Estas asociaciones pueden basarse en emociones y sentimientos, como el amor, el gusto artístico o el interés por los negocios o por las actividades sociales, las interacciones y formas colaborativas en el hogar entre otros.

Hidegaard E. Peplau refiere en su teoría, la importancia de la relación paciente-familia-entorno social como un proceso interpersonal significativo terapéutico, analiza ciertas experiencias psicobiológicas que obligan a los pacientes a desarrollar respuestas destructivas o constructivas frente a necesidad, conflicto, frustración, ansiedad. Para Peplau en la relación entre el paciente y el equipo médico, equipo de psicología y trabajo social, se identifican cuatro fases que tienen como punto de partida la orientación y continúa con la identificación, explotación y resolución.

Orientación: en esta fase el paciente siente una necesidad y busca atención profesional.

Identificación: aquí el paciente se identifica con la persona que le brinda cuidados.

Explotación: durante esta fase el paciente trata de obtener el máximo de la relación y conseguir los mejores beneficios posibles.

Resolución: esta se produce cuando el paciente abandona los viejos objetivos y se traza nuevas metas, En este proceso el paciente se independiza de la identificación con el equipo de salud.

Por otro lado, la teoría de **M, King** se centra en el sistema interpersonal y en las relaciones que tienen lugar entre la enfermera, el paciente y la familia. Los



planteamientos de King parten de cuatro conceptos fundamentales como centro en los seres humanos: salud, relaciones interpersonales, percepciones y sistemas sociales. También Peplau determinó otros aspectos cambiantes que como en cualquier enfermedad crónica, se ven afectadas. Los pacientes se sienten socialmente aislados tanto del núcleo familiar como de su comunidad. La sexualidad disminuye por problemas físicos y psicológicos, que hace la vida en pareja más difícil.

La enfermedad renal terminal usualmente aparece en la época más productiva de la vida. Altera seriamente el trabajo u ocupación del paciente, limita los ingresos económicos del núcleo familiar al asistir frecuentemente a las hemodiálisis, interfiere en el rendimiento laboral y hace que muchos pacientes sean en algunos lugares despedidos de su trabajo, esto crea gran depresión que interfiere en el éxito del tratamiento. La mayor aspiración de los nefrólogos es lograr que el paciente tenga una adecuada rehabilitación familiar, económica y social.

Depresión en el enfermo con insuficiencia renal crónica: Es sabido, de todos los profesionales que están más o menos en contacto con estos enfermos que suelen mostrar conductas depresivas, abatimiento, dejan de hacer cosas que antes hacían, llegando incluso algunos al aislamiento social. Otros estudios ya más cercanos, buscan causas situacionales y apuntan a la idea de ausencia de apoyo social, trabajo o algunas otras causas, (Callahan M, 2000). Este cambio de vida se centra, pues, en dos puntos fundamentales, pero con evidente repercusión en el resto de actividades del paciente provocando un estado de tensión elevado:

- Por un lado, se produce un reajuste o mejor un desajuste del organismo del paciente.
- Por otro, se produce un cambio en el modo de vida. (Callaban M, 2000).

Un modelo que nos podría servir de referencia para explicar el proceso que se da en estos pacientes es la Teoría Conductual o de Aprendizaje social de la depresión de Lewinson. Según él, la depresión es el resultado de la reducción de reforzamiento contingente a las respuestas del sujeto; es decir, la disminución de sucesos o cosas agradables, gratificantes, que siguen a una conducta o respuesta.

2.3. Dimensión Psicosocial Asociada a la Insuficiencia Renal Crónica

El ser humano se concibe como un ser global, integrado por componentes biológicos y psicológicos en interacción constante con el entorno en el cual está inmerso. Esta concepción implica la existencia de una relación de dependencia e influencia entre los distintos componentes de la persona. (Orozco, Aspecto psicológico asociado con la calidad de vida, 2005), efectuó una investigación con el objetivo de estudiar el impacto de las variables psicosociales sobre la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas.

Su trabajo evalúa el importante papel que juegan diferentes variables psicosociales en el mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud en cinco enfermedades crónicas, entre ellas la insuficiencia renal. Los resultados de esta revisión de literatura evidencian la importancia de la psicología de la salud en el abordaje de la enfermedad crónica, así como la necesidad de un trabajo inter y transdisciplinario en su tratamiento. Estos

autores destacan la necesidad de abordar este tipo de enfermedades desde una perspectiva psicosocial como un sistema en el cual la modificación de una dimensión puede producir alteraciones en la otra.

Un modelo bio-psico-socio-ambiental y cultural podría permitir entender más coherentemente la enfermedad crónica ubicándola dentro de un espacio dinámico que cambia a lo largo del tiempo, según se modifiquen las interacciones funcionales entre sus diferentes componentes. Respuestas individuales de los pacientes, las familias, los amigos y la sociedad frente al diagnóstico y al pronóstico.

De acuerdo con (Rourare, (2006, pág. 75), los problemas o necesidades de tipo psicosocial dependen evidentemente de factores como el tipo de enfermedad e implicaciones que suponga para cada paciente o familia es:

- La vivencia de la incapacidad
- los recursos
- las creencias
- los valores personales
- los sistemas de apoyo de los que dispone el paciente y la familia.

En el caso específico de la insuficiencia renal crónica, los factores psicosociales tienen que ver con problemáticas familiares y económicas, asociadas en la mayoría de los casos, ya que el enfermo portador de IRC debe dializarse hasta tres veces por semana con un costo alto para sí mismo y la familia, y en la medida en que esta enfermedad

avanza, el problema de la persona se complica mucho más tomando en cuenta el impacto que le genera desde el punto de vista laboral y de disponibilidad de recursos propios.

Rourare, (2006) definieron un conjunto de problemas en las áreas personal, familiar y social que se presentan de forma habitual cuando aparece un proceso crónico y los que distintos autores relacionan con un sentimiento de pérdida. Los factores psicosociales asociados en los pacientes con insuficiencia renal crónica, los cambios en la apariencia física y en el estilo de vida, así como las habilidades de afrontamiento están directamente relacionadas a los recursos psicológicos y sociales de que disponga el paciente (**Cepeda, Wanner, Barrales y Núñez, 2007; Novak, 2008; Petrie, 2007**).

Vigotski (1972) afirma que todas las emociones poseen elementos de tipo representacional y corporal, ya sean motores-expresivos o fisiológicos y, asimismo, un elemento evaluativo (individual) determinante para la vivencia.

Según (Álvarez, 2001) las emociones, concebidas desde la perspectiva de la cognición social, se basan en cómo las personas elaboran información sobre la afectividad y de la manera en que esto repercute en sus procesos cognitivos; así, al presentarse una emoción negativa, se espera que sea acompañada también por pensamientos negativos. Desde la perspectiva psicosocial en la enfermedad crónica podemos distinguir tres fases:

- **Fase Crisis:** El periodo de crisis transcurre desde que aparecen los primeros síntomas, en esta el enfermo y la familia deben aprender una serie de tareas entre

ellas el aprender a vivir con la enfermedad. La familia necesita crear una comprensión de la enfermedad, adaptarse a los nuevos cambios conservando el sentido de continuidad entre el pasado y el futuro, poder reorganizarse entre todos.

- **Fase Crónica:** Sea larga o corta, es el periodo de tiempo entre el diagnóstico inicial y el periodo de reajuste.
- **Fase Terminal:** Se incluye un estado pre terminal donde la apariencia de la muerte está constantemente en la vida familiar. En esta fase se distingue el proceso de separación, muerte, asumir la muerte y volver a un periodo de normalidad

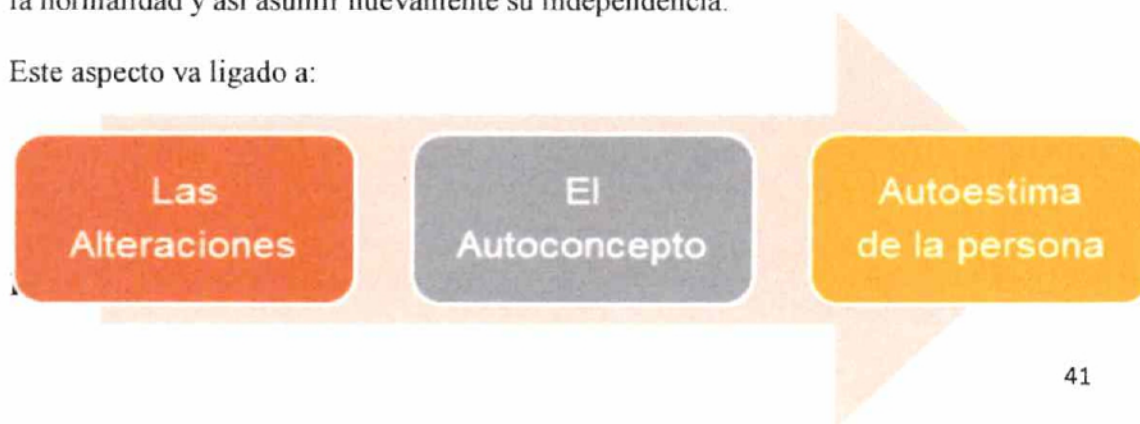
Necesidades sociales del enfermo renal: Acudir tres veces por semana a un centro de diálisis durante cuatro horas cada día. Una obligación repentinamente impuesta, que evidentemente repercute en el modo de vida habitual. Surgen entonces nuevas necesidades. Adaptar la vida laboral a unas circunstancias especiales, recurrir a la ayuda familiar con las implicaciones que esto conlleva, nuevas necesidades de transporte, etc. Todo un mundo de incertidumbres que requieren el trabajo de una asistente social para encontrar la solución oportuna a cada caso concreto. Añadiéndose, además, el problema del progresivo envejecimiento de la población. La atención al paciente en diálisis centra cada día más el esfuerzo de los profesionales que atienden las necesidades del enfermo renal.

2.4. Área Personal

En el área personal, se encuentra el malestar físico y emocional, el cambio en el estilo de vida, pérdida de la independencia y alteraciones en el auto concepto y autoestima de la persona. El diagnóstico de la presencia de la enfermedad en sí mismo es algo que impacta emocionalmente al paciente, y que de algún modo le obliga a realizar cambios en su estilo de vida. El estilo de vida se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Sin embargo, es importante reconocer que no existe un estilo de vida "óptimo" al que puedan adscribirse todas las personas.

La cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral harán más atractivas, factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de vida. En cuanto a la pérdida de independencia, es importante señalar que este es un factor que crea uno de los mayores conflictos en el paciente renal. **Rudnicki** (T., 2006, págs. 279-288). A partir del diagnóstico y primeras diálisis, el paciente se va a encontrar cada vez más en situación de dependencia de su entorno porque la enfermedad cada día va incrementando la intensidad de su postración, a menos que él mismo tenga la oportunidad de un trasplante de órgano exitoso que le permita volver a la normalidad y así asumir nuevamente su independencia.

Este aspecto va ligado a:



Alteraciones hematológicas: Es frecuente la existencia de anemia y tendencia al sangrado.

Alteraciones cardiovasculares: Se presenta cardiopatía isquémica y cuadros de insuficiencia cardíaca.

Alteraciones del sistema nervioso: La uremia puede producir afectación del cerebro o de los nervios.

Alteraciones óseas: Alteraciones en el metabolismo de calcio, de fósforo, disminución en la producción de vitamina D por el riñón.

Alteraciones en otros órganos: Alteraciones en el metabolismo de las grasas, trastornos sexuales, (impotencia) aparato digestivo, gastritis.

El auto concepto: La estabilidad emocional, interacción social, la capacidad de analizar, las emociones, la creatividad.

Autoestima del paciente: expresa una actitud de aprobación o rechazo e indica el grado del que se siente capaz significativo éxito y valioso, es un juicio personal que se tiene hacia sí mismo, es una experiencia subjetiva que el individuo comunica a otros por medio de comportamientos verbales, gestuales o emocionales sobre el esquema corporal social y su entorno familiar a partir de la presencia de la enfermedad.

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

Cambio en el modo de vida cotidiano: unido a la disminución de actividades reforzantes realizadas de forma conjunta por la pareja o la familia fuera de casa (contacto con amistades, ocio, etc.) también es importante por la disminución de reforzamiento, incidiendo de forma negativa en la cohesión de la familia, ya que la relación de la familia y muy especialmente de la pareja, tiene en el intercambio de reforzadores y en la realización de acciones conjuntas reforzantes uno de sus mayores pilares.

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

Estilo de vida saludable: Comenzar un tratamiento de hemodiálisis provoca muchos cambios en la forma de vida de los pacientes. Deben realizar, ejercicios físicos moderados, suprimir el consumo de tabaco, descansar. Dormir en una habitación ventilada y a temperatura constante, utilizar una almohada blanda, en la medida de lo posible siga sus actividades laborales, no se aíse, tu entorno tiene que conocer tu enfermedad, mantén tus relaciones sociales, presta atención a tu higiene bucal, utiliza jabones neutros.

Administración del tiempo: Un paciente que debe someterse a diálisis tres días o noches a la semana en un centro, necesita administrar bien su tiempo para lograr un equilibrio entre su cronograma de diálisis y sus demás actividades y necesidades. Lograr este equilibrio en el uso del tiempo y reconfigurar una nueva rutina que funcione para el paciente y su familia puede tomar algunas semanas.

2.4.1. Área Familiar

El entorno inmediato del paciente es la familia. Por lo tanto, en la medida en que la familia acompañe el proceso de enfermedad del paciente, éste tendrá mayores posibilidades de afrontarla de manera adecuada. En el área familiar, los problemas más relevantes son los relativos a la pérdida del equilibrio familiar. Tal como lo mencionan (G., 2001) los problemas se concretan en los cambios en la rutina familiar, en el rol social de la persona enferma y en los problemas de aceptación de la nueva situación de salud por parte del entorno.

La actuación de la familia en todos los procesos crónicos del paciente es fundamental, ya que éste presenta cambios, tanto en sus actividades de la vida diaria como en su estado anímico. También la percepción de la vida y de su entorno cambia y, por supuesto, se producen cambios físicos inherentes a la patología, en este caso IRC en tratamiento con hemodiálisis. El ingreso del paciente con insuficiencia renal crónica produce inquietudes y expectativas sobre la evolución y mejora personal del tratamiento.

Este aspecto crea ansiedad que repercute negativamente en el estado físico y psíquico del paciente. Inmiscuir a la familia en esta situación es muy positivo, ya que el enfermo sentirá el apoyo en una situación que afronta en soledad, que no sólo afectará a la hora del tratamiento, sino que en su domicilio continuará con la instauración de una dieta adecuada a la diálisis, una toma de medicación correcta y una estabilidad emocional que será contenida por la familia, ya que el paciente presentará cambios de humor e incluso de carácter en algunos casos o inadecuación a la nueva situación en su vida. Por tanto, nos pareció interesante observar el sentimiento de apoyo que tiene el enfermo renal en nuestro centro por su familia, teniendo en cuenta el tiempo de tratamiento, la edad del paciente y sexo.

El sentimiento de apoyo lo valoraremos según la implicación de la familia en cuestiones que abarquen el aspecto holístico de la persona, la toma de medicación, el saber el estado de la familia ante los cambios de humor, conducta, implicación en las visitas médicas y sus inquietudes en las sesiones de hemodiálisis. La familia del paciente se convierte en un factor que influye de modo directo con el tratamiento establecido, su éxito o su fracaso está determinado por el tipo de diagnóstico, tratamiento, pero también por el entorno familiar, Según **House 1983 citado por Medina 2012**, dentro del apoyo social que brinda la familia, se distingue principalmente:

- El apoyo emocional: muestra empatía, amor y confianza; los pacientes se apoyan en sus familiares directos, lo cual, establece una ayuda, sin embargo, en otros casos los pacientes no mantienen buena relación con su familia o no

tienen ningún familiar. Por lo tanto, su salud puede verse deteriorada al carecer del apoyo emocional necesario para sobrellevar la enfermedad.

Mayormente los pacientes tienen dificultad para hablar de sus problemas de salud y se expresan ante personas con las que tienen gran confianza como es el caso de los familiares directos, es aquí donde los familiares desempeñan un papel importante en la salud de su paciente. De esta manera, nos podemos hacer una idea clara de cómo evoluciona y cómo se presenta el apoyo familiar, tan fundamental para la buena aceptación del tratamiento por parte del enfermo.

Las relaciones, las compensaciones y los patrones de interacciones familiares de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal se modifican tanto por la enfermedad como por el proceso terapéutico. Cada miembro de la familia debe adquirir habilidades y recursos emocionales para adaptarse a esta situación. Por otra parte, la mayoría de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis, principalmente institucional, no pueden cumplir un horario de trabajo normal, porque el procedimiento se realiza en horario de la mañana o de la tarde, con una duración de cuatro horas, por lo que no es fácil mantener un trabajo y acudir a hemodiálisis.

Además del estado físico, hay que considerar el tiempo disponible, los traslados al centro, las complicaciones e incluso las posibles y, a veces frecuentes, pruebas médicas, entre otros. En todo el proceso de la enfermedad, influye de manera importante la familia, pues como principal ente socializador del individuo, transmite

hábitos, actitudes, costumbres, creencias y conductas vinculadas a la percepción del fenómeno salud-enfermedad. Paralelamente, este grupo social cumple con una serie de funciones que garantizan la supervivencia, el cuidado y la estabilidad psicológica de sus integrantes.

La familia es reconocida como la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso a los individuos. Se reconoce su función protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros, además, si bien la existencia de relaciones familiares, de pareja y su funcionamiento adecuado contribuyen al bienestar de la salud, su ausencia genera malestar y vulnerabilidad.

Desde el punto de vista micro-social, la familia juega roles principales como la adaptación para satisfacer las necesidades del paciente y la aceptación por parte de los miembros de esta, los deseos del paciente, a partir de reajustes en el estilo de vida que les permitan participar en la discusión de cuestiones familiares. La comprensión y la protección que sean capaces de brindarles, en dependencia de las limitaciones funcionales que puedan presentar, contribuirán en su beneficio.

Roles familiares: El papel que cada uno realiza dentro de la familia es muy importante y tiene funciones diferentes. A este papel, también se le conoce como rol. En cualquier familia, se especifican muy bien los roles que cada uno va a desempeñar, el de padre, de madre, de hijo o de hija; ejerciendo la función correspondiente a cada uno de ellos. Estos roles o papeles podemos estructurarlos de la siguiente manera.

- **Rol conyugal**, el cual será desempeñado por la pareja; cumpliendo sus funciones conyugales, estas son: compartir momentos en que los hijos no intervengan, tomar decisiones para el bienestar común de la familia, crear un espacio como pareja, tratar temas de educación, salud o cualquier situación que se presente mediante una buena comunicación.
- **Rol de padre**, las funciones dentro de este rol son tan importantes como los demás, pero requieren una mayor responsabilidad, debe proveer a la familia de protección, alimentación, cuidado, seguridad, amor, respeto, lugar donde vivir sustento
- **Rol de madre**, este papel es tan importante como el del padre, sólo que aquí se manejan mucho las emociones, el rol maternal crea un espacio especial para poder manejar las emociones ante cualquier situación y poder expresarlas, maneja el respeto debidamente para el comportamiento dentro y fuera de casa. También se dan casos donde puede contribuir de manera económica para el hogar.
- **Rol fraternal**, se da entre los hijos, entre hermanos, creando complicidad y brindándose apoyo mutuo.
- **Rol filial**, también lo desempeñan los hijos, pero aquí su función es aprender, crecer, respetar y evolucionar como seres humanos.

Esta es la forma en la que se definen los roles dentro de una familia, lo que dará como resultado una mejor estabilidad familiar y una sana evolución, generando un ambiente de amor, felicidad, responsabilidad y respeto, en diferentes situaciones beneficiará a la

familia para adaptarse a cambios que se presenten para el núcleo familiar, en el caso de una enfermedad.

El afrontamiento: Según Roy, son los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realizan las personas para atender las demandas del ambiente, que actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad.

Las personas utilizan dos tipos de afrontamiento:

- Estrategias comportamentales: Que buscan controlar el estímulo o estresor en forma directa, actuando frente al problema que la persona considera es susceptible a modificar.
- Estrategias Afectivas: Que hace referencia a los intentos que realiza la persona para controlar las reacciones emocionales que el problema genera.

El afrontamiento según (R. L. , 2000, pág. 200). Se entiende como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. El afrontamiento está específicamente enlazado con la clase de emoción que el sujeto experimenta en un determinado contexto y ella dependerá de los valores, las metas y las creencias con las que los individuos se hallan comprometidos.

El afrontamiento familiar: Se relaciona con la capacidad que tiene la familia de movilizarse y tomar decisiones que contribuyan a solucionar los problemas. Interviene

en esto las experiencias anteriores en el enfrentamiento a otros problemas y abordarlos de forma correcta. el funcionamiento de la familia, la idea de conducta resolutive de problemas encaminada a proporcionar alivio, recompensa, reposo y equilibrio. Consiste en un proceso amplio y recurrente de introspección, aprendizaje, corrección de uno mismo, ensayo propio y aplicación de pautas recogidas de fuentes externas.

El apoyo social constituye el conjunto de recursos de diversa naturaleza con los que pueden contar las familias en la vida cotidiana y, especialmente, ante determinadas situaciones que exceden sus recursos y potencialidades. Todas las personas necesitan y merecen condiciones que propicien apoyo, sostén, seguridad y autoestima, incluso si no son pacientes sino meros seres humanos en un momento crítico de su vida. Nadie puede sentirse bien durante mucho tiempo sin contar con el apoyo de alguien significativo o algo útil que le ayude a manejarse con los problemas. En conjunto, tales factores constituyen lo que podría llamarse apoyo emocional y social para afrontar los problemas potenciales y reales.

El afrontamiento, las redes de apoyo social y el funcionamiento familiar: Son mecanismos que intervienen en la regulación y adaptación a la enfermedad renal y facilitan el ajuste psicológico del paciente. Lo cual es particularmente importante en los pacientes sometidos a hemodiálisis, quienes a diferencia de los pacientes en diálisis peritoneal, perciben un estado de salud y bienestar más deteriorado, un mayor detrimento en la calidad de vida y hacen un uso inadecuado de las estrategias de afrontamiento.

Importancia de la aplicación del enfoque familiar: en el proceso salud-enfermedad vale señalar su impacto en la adaptación y ajuste del individuo a una enfermedad crónica no transmisible, puesto que el apoyo brindado por la familia resulta un elemento que incide en este proceso. La insuficiencia renal crónica (IRC) es una de las tantas enfermedades donde el papel desempeñado por la familia resulta vital en la adaptación del paciente a la enfermedad.

Debido a las limitaciones que acarrea el padecer esta enfermedad, muchos de los pacientes deben abandonar su vida laboral, lo que provoca en la familia grandes conflictos pues se ve afectada la economía familiar y esta persona se vuelve dependiente de sus familiares para su sustento y para la realización de las labores hogareñas, por lo que en la mayoría de las familias debe realizarse una reestructuración de los roles ya establecidos.

A causa de las complicaciones de la enfermedad estos pacientes tienen continuos ingresos hospitalarios y en ocasiones largas estadías (de uno a dos meses) lo que puede provocar en la familia dificultades en la planificación de quién o quiénes deben asumir el cuidado del paciente. Es necesario contar con el apoyo familiar como un soporte en la aceptación y adaptación del paciente con su enfermedad ya que la familia contribuye grandemente a mantener el equilibrio emocional del paciente y el cuidado en general en todas sus necesidades.

Así también un papel determinante lo constituye el aspecto económico, ya que de allí depende la estabilidad y armonía del paciente renal con el programa y la alimentación necesaria y adecuada, siendo la base principal de la nutrición en general. El diagnóstico de insuficiencia renal crónica provoca estados emocionales negativos como tristeza, llanto, irritabilidad, intranquilidad, trastornos en el sueño y la alimentación, entre otros, a la hora de disminuir estos la familia juega un papel primordial y abordar estos casos teniendo en cuenta el enfoque familiar contribuye a una recuperación del paciente y de este modo logra adaptarse a la enfermedad y adopta además, estilos de vida saludables que contribuyen a disminuir las complicaciones y los ingresos hospitalarios, posibilitando así una mejor calidad de vida para el paciente y su familia.

2.4.2. Sistemas Familiares:

La familia es un subsistema dentro de los sistemas sociales, en donde se desarrolla el individuo de manera integral. A nivel de seguridad en lo económico, individual y social, a través de procesos que se dan en medio de la construcción de lazos afectivos. (Espinal, I., Gimeno, A. y González, F., 2005). La familia realiza una construcción social de la enfermedad a partir de los aspectos culturales e históricos que presentan en la percepción del deterioro de la salud, afectando el bienestar de la persona y de quienes le rodean (Konrad y Barker, 2010). Lo que le sucede a un integrante de la familia afecta a toda la estructura familiar, en diferente grado, y las experiencias de vida que corresponden a cada persona. La familia tiene cambios a nivel psicológico, social y material frente al cuidado y el acompañamiento del paciente.

Relación Familiar: Las relaciones familiares son complejas, parten de los vínculos de consanguinidad frente a la pareja que constituye la familia, se estructuran de acuerdo con las relaciones sociales que se establecen entre las personas, por la dinámica de los roles, la aparición de conflictos y la forma de resolución de los mismos.

- **Las relaciones intrafamiliares** son pautas o maneras de relacionarse entre sí, siendo la base del desarrollo físico, intelectual, psicológico y espiritual de cada uno de sus miembros (**Bernal, 2004**).

Según **Atri (2006)**, refiere seis dimensiones del funcionamiento familiar:

- **Resolución de problemas:** Esta dimensión considera la destreza de la familia para lograr la resolución de sus problemas en una forma que salvaguarde el funcionamiento familiar de una manera efectiva.
- **Comunicación;** Se refiere al intercambio de información en la familia, ésta se clasifica en áreas instrumentales y afectivas, así como en la solución de problemas.
- **Roles:** Analiza los patrones de conducta a través de los cuales la familia designa las funciones familiares a cada uno de sus integrantes, dichas funciones se clasifican en dos áreas: instrumentales y afectivas cada una de ellas se subclasifica en necesarias y no necesarias.
- **Involucramiento afectivo:** Esta dimensión valora tanto en calidad como en cantidad el interés que muestra la familia como un todo y en forma individual, en las actividades e intereses de cada miembro de la misma.

- **Respuestas afectivas:** Esta dimensión se refiere a la habilidad de la familia para responder con sentimientos adecuados a un estímulo tanto en calidad como en cantidad.
- **Control de conducta:** Comprende los patrones que considera una familia para manejar el comportamiento de sus integrantes durante tres situaciones específicas: situaciones que involucren peligro físico, situaciones que exigen afrontar y expresar necesidades psicológicas, biológicas e instintivas y las situaciones que requieren sociabilización (intrafamiliar) entre los miembros de la familia y con la gente fuera del sistema familiar (extra familiar).

(Morrison y Bennett, 2006 y Oblitas, 2003) La familia desarrolla tres tipos de etapas al enfrentar la enfermedad crónica: respuesta inicial, disforia y adaptación.

2.4.3. Área Social

Funciones del soporte social pueden ser organizadas en tres categorías amplias:

- **Redes sociales:** se refiere a las conexiones que los individuos tienen para valorar a otros en su medio social, teniendo un sentimiento psicológico de comunidad.
- **Soporte social:** valoración cognitiva que hace la persona respecto a quiénes les pueden proveer determinada ayuda en momentos de necesidad. Estas personas no dan soporte social efectivo, pero constituyen para el sujeto personas disponibles o recursos para situaciones problemáticas, lo que le proporciona seguridad dentro y fuera de las situaciones estresantes. **Barrera (1986); Cobb (1976); Folkman, Chesney, Johnson y Coates (1991).**

Función del apoyo social, se reconocen cuatro tipos:

- **El Emocional**, que provee al individuo sentimientos de estima, afecto, confianza, seguridad; el valorativo, representa la sensación percibida por el individuo en la que puede contar con alguien y sentirse acompañado socialmente.
- **El Informacional**, también conocido como consejo o guía cognitiva, que ayuda a definir y enfrentar los eventos problemáticos mediante asesoramiento por parte de la red.
- **El Instrumental**, constituye la ayuda tangible y material en la solución a un problema, aquí la fuente brinda ayuda práctica y concreta. **Pastor, et al. (1994).**
- La falta de apoyo se relaciona con la aparición de enfermedades físicas (**Berkman y Syme, (1979); House et al, (1982); Schwarzer y Leppin, (1992).** También se ha relacionado la carencia de apoyo con la aparición de enfermedades crónicas y las enfermedades transmisibles.
- **SopORTE social efectivo:** simboliza las acciones en ayuda efectiva y a las acciones que recibe de los otros en momentos de necesidad. **Tardy (1985); Barrera (1986).**

Las razones que integran este soporte social se describen en:

- Los efectos positivos que el apoyo social tiene sobre la salud y el bienestar.
- Movilizan recursos informales promoviendo la participación.
- Promueven la validez ecológica y resultan más accesibles.
- Estén indicadas en una amplia gama de problemas sociales y factores de riesgo físico.

- Aumentan la capacidad de afrontar situaciones de estrés, aumentan autorresponsabilización y competencias personales.
- Reciben este tipo de apoyo no sólo los pacientes directamente implicados, sino que afecta positivamente a las personas relacionadas con ellos (familiares, cuidadores, etc.).

De manera general la tendencia ha sido asumir dos posiciones teóricas respecto al papel del apoyo social en la salud:

Los efectos principales o directos plantean 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 el apoyo social y la salud.

El apoyo social sirve de protector o amortiguador del estrés o efectos negativos generados por los eventos vitales estresantes. Igualmente, se ha encontrado que los pacientes con diversas enfermedades crónicas que tienen un alto nivel de satisfacción en relación al apoyo social presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad. Por último, de acuerdo con Nove (G., 2001), está el área social o soporte social en el que los problemas se relacionan con la pérdida de las relaciones y lazos afectivos, empleo del tiempo y cambios a nivel laboral.

En este sentido, es preciso brindar al paciente posibilidades de apoyo que le permitan superar la situación a la que se ve expuesto con la presencia de su enfermedad y la pérdida de las relaciones sociales.

Un estudio realizado en Cuba y publicado por **Reyes (2003)** sobre el apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis muestra la importancia de los aspectos psicosociales y coincide plenamente con los planteamientos expuestos ya por **Nove (G., 2001)**. Entre los trastornos que pueden presentarse en estos pacientes se encuentran los de tipo emocional, ya que esta enfermedad los enfrenta con la necesidad de múltiples cambios en su estilo de vida. Además, tiene una evolución incierta, por lo que muchos pacientes ante el diagnóstico asumen una posición pesimista y fatalista hacia el futuro, se deprimen y no logran adaptarse a las nuevas exigencias; otros reflejan agresividad, ansiedad, comportamientos reactivos ante la enfermedad, intolerancia, egocentrismo, reacciones patológicas de temor, hipocondría, dificultades en las relaciones interpersonales y conflictos familiares.

En la revisión bibliográfica efectuada, no ha sido posible precisar exactamente cuando comenzaron a tenerse en cuenta los aspectos sociopsicológicos en la valoración de la situación de salud de los pacientes portadores de IRC. Sin embargo, hay datos que muestran que en los últimos veinte años el modelo biomédico es sustituido paulatinamente por el enfoque. Es el conjunto de relaciones sociales que se da en un hábitat. La vida humana está influenciada por relaciones sociales que pueden favorecer o entorpecer la calidad de vida del paciente y su familia en las distintas áreas. La convivencia no es fácil y mucho menos cuando hay que vivir con la enfermedad. Si añadimos las limitaciones propias de la hemodiálisis, es evidente que ésta influye en todo el entorno familiar de quien la padece.

Las relaciones sociales se fundamentan en la comunicación y ésta se ve muy determinada por la respuesta emocional. Por eso, muchas de las dificultades que aparecen en las relaciones están marcadas por la alteración emocional. Las dificultades en la convivencia, la tendencia al aislamiento o la evitación de las relaciones sociales son circunstancias que se observan con cierta asiduidad en las unidades de hemodiálisis. En estos casos, la demanda suele venir por parte de la pareja o de la familia.

Los cambios de humor o de carácter del paciente provocan deterioro de la convivencia y favorecen las relaciones conflictivas, provocando además respuestas emocionales negativas en el entorno familiar. También se pueden mencionar algunos comportamientos inadecuados, que afectan la convivencia. Nos referimos a la queja excesiva, la exigencia, la inhibición, entre otras.

Los aspectos sociales, sustancialmente afectados por el tratamiento, incluyen:



Cambios en el funcionamiento social: Los cambios en el funcionamiento social van en relación de la dinámica: social, familiar y personal. Se cuenta con una dimensión disfuncional donde se reflejan los efectos o consecuencias que produce el paciente y la disponibilidad del apoyo percibido vs apoyo recibido.

Alteraciones en las relaciones matrimoniales y familiares: El paciente que tiene una depresión, le fallan las fuerzas, se siente triste, apagado, fatigado, conmovido, con ganas de llorar y sin querer ver a nadie. Siente insuficiencia y desesperanza, quiere estar solo, acostado, sin perturbaciones ni estímulos sensoriales, sin apetito y con el sueño roto, ansiedad por el deterioro del funcionamiento sexual pueden presentarse alteraciones de su sexualidad, la mujer puede tener alteraciones en el ciclo menstrual, disminución de la libido y de la fertilidad; en la mayoría de los hombres se presenta impotencia y disminución del deseo sexual muchas veces existe una pérdida del rol sexual, no puede desempeñar con normalidad su trabajo habitual y esto provoca los cambios en las relaciones conyugales y familiares.

Disminución de las oportunidades laborales: El tratamiento de diálisis demanda costos elevados y el paciente por lo general deja de trabajar ya que no puede rendir laboralmente como lo hacía antes lo que equivale a problemas económicos a nivel familiar y personal. El paciente puede experimentar sentimientos de culpabilidad al sentirse la causa de los trastornos. Por otro lado, la teoría de M, King se centra en el sistema interpersonal y en las relaciones que tienen lugar entre la enfermera, el paciente y la familia. Los planteamientos de King parten de cuatro conceptos

fundamentales como centro en los seres humanos:

Salud: Es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente de afectaciones o enfermedades

Relaciones interpersonales: Es una relación humana particular en la que dos personas se respetan y se permiten evolucionar hacia una mejor auto comprensión y una gran armonía; el amor incondicional y el cuidado son esenciales para la sobrevivencia y desarrollo de la humanidad.

Percepciones: La denomina como el conjunto de procesos y actividades relacionadas con el estímulo que alcanzan los sentimientos, el cual obtiene la información de lo que nos rodea, acciones propias, de los demás y de nuestra conciencia.

Sistemas Sociales: Identificar y definir las necesidades reales del paciente y de la familia

También Peplau determinó otros aspectos cambiantes que como en cualquier enfermedad crónica, se ven afectadas:

- Los pacientes se sienten socialmente aislados tanto del núcleo familiar como de su comunidad.
- La sexualidad disminuye por problemas físicos y psicológicos, que hacen la vida en pareja más difícil.
- La enfermedad renal terminal usualmente aparece en la época más productiva de la vida.
- Altera seriamente el trabajo u ocupación del paciente, limita los ingresos económicos del núcleo familiar al asistir frecuentemente a las hemodiálisis,

- Interfiere en el rendimiento laboral y hace que muchos pacientes sean en algunos lugares despedidos de su trabajo, esto crea gran depresión que interfiere en el éxito del tratamiento.

La mayor aspiración de los nefrólogos es lograr que el paciente tenga una adecuada rehabilitación familiar, económica y social.

2.5. Calidad de Vida

Según la OMS define el término como la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro de un contexto cultural en que vive y en relación de sus expectativas, valores e intereses. En su concepto tridimensional de muy difícil mediación **(Alcario, 2010)**. Es el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en estos tiene su estado de salud **(Urzúa, 2010)**.

Esta incluye la evaluación que realiza cada individuo respecto a la salud y el grado de funcionamiento para realizar las actividades cotidianas. (koll, 2003, pág. 46). Diversos autores han descrito la influencia que tiene la insuficiencia renal crónica, sobre la personalidad de estos pacientes. Se puede mencionar que las situaciones generadas de conflictos para una adecuada adaptación serían las siguientes:

- Pérdida de parte del cuerpo o de una función determinada del organismo, pérdida social y profesional, dificultades en planificar la vida, cambios en la vida y en la forma de vivir.
- Pérdida de una posición económica y pérdida de un trabajo u ocupación.

- Respecto al trabajo de la interconsulta médico-psicólogo- trabajador social es un equipo interdisciplinario quienes apoyarán al paciente y su familia
- El rol del psicólogo debe apoyarse en dos principios: la práctica asistencial, entrevista, y la tarea docente con los demás miembros del equipo de salud.
- El rol del trabajador social es la intervención, orientación, entrevista estructurada, monitoreo de visitas, apoyo al paciente y al familiar.
- Respecto al trabajo de la interconsulta médica psicológica, una de las claves a tener presente es el papel del psicólogo.

Y en este punto, el rol del psicólogo debe apoyarse en dos principios: la práctica asistencial y la tarea docente con los demás miembros del equipo de salud. Según (Orozco, Aspecto psicológico asociado con la calidad de vida, 2005), evaluar la calidad de vida del paciente crónico es importante porque permite conocer el impacto de la enfermedad y/o el tratamiento a un nivel relevante, diferente y complementario al del organismo; permite además al enfermo, su evolución y su adaptación a la enfermedad, conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos y evaluar mejor la terapia paliativa.

- La calidad de vida (CV) abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual.
- El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas.
- El bienestar social tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar.

- El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento.

Por último, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad: la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad, la fortaleza interior. La insuficiencia renal crónica es una enfermedad que trae severas consecuencias para quien la padece, así como para su entorno familiar, quien busca la manera de afrontar las diversas necesidades que surgen a partir del diagnóstico que recibe el paciente.

Entonces resulta necesario, para intervención, conocer cuáles son las necesidades que la familia requiere en ese momento y qué cambios se propician a partir de que hay una alteración en la vida cotidiana a la que se está acostumbrado a llevar, éstos pueden ir desde la economía familiar hasta generar algunos trastornos o frustraciones en los miembros de la familia que pueden llevar a complicar o a desintegrar a la misma, de tal manera que la propuesta se pueda generar en base a las necesidades reales y permita resolver los problemas emocionales que se generan a partir de la enfermedad. Se diferencian cuatro fases en el transcurso de la enfermedad: inicio, toma de conciencia, reflexión y readaptación.

2.5.1. La etapa del inicio de la enfermedad: experiencia de los síntomas.

La característica fundamental de esta fase es el temor a lo desconocido y la falta de comprensión de la enfermedad. Aparecen los primeros síntomas, la persona descubre que algo va mal, con experiencias similares a las que ocurren en las enfermedades

agudas: se mantiene contacto con profesionales sanitarios, se acude con frecuencia al hospital y se interrumpen las actividades cotidianas.

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

2.5.2. Toma de conciencia: contacto con el papel del enfermo

En este momento, el paciente comienza a familiarizarse con sus síntomas y piensa en las repercusiones de su enfermedad que van más allá de las dolencias físicas del momento. Conociendo que su enfermedad es crónica, toma conciencia de los cambios que se van operando en su forma de vida: dieta, medicación, trabajo y, en general, reflexiona sobre sus limitaciones y capacidades. Esta visión sobre la enfermedad se apoya en los sistemas de valores y creencias de la sociedad en que vive; esto es, toma como referencia la valoración de los aquejados por una enfermedad crónica, como personas “minusválidas” inferiores a la mayoría.

Desde esta perspectiva el afectado empieza a percibirse como alguien que no puede tener proyectos, que no puede trabajar, que no puede mantener su papel en la familia etc. En definitiva, aparece ante sí mismo como un ser vulnerable, lleno de limitaciones y con un riesgo elevado de inadaptación personal, familiar, social.

2.5.3. Reflexión y Análisis: Nuevo punto de referencia

Su estado de ánimo se caracteriza por grandes altibajos, ya que todavía no ha conseguido adaptarse a su situación. En algunos momentos piensa que tiene muchas capacidades intactas y en otros se percibe como un ser débil y marginado. Podría decirse que vive un periodo de desequilibrio, formación de nuevos valores y creencias ante la enfermedad.

2.5.4. Readaptación: personal social y familiar.

Antes de la aparición de la enfermedad la persona estaba adaptada, disponía de las habilidades y recursos necesarios para dar respuesta a las exigencias planteadas por él mismo y por su entorno familiar y social. La presencia de una enfermedad crónica implica que quien la padece tiene que poner en marcha nuevos recursos y habilidades a fin de adaptarse a su nuevo estado. (Alcacio 2010). Algunas personas toman conciencia de sus limitaciones y capacidades, reconstruyen su imagen personal y sus relaciones familiares y sociales y son capaces de comenzar un nuevo proyecto de vida. Otras ven sólo las limitaciones, adoptan una actitud pasiva y de dependencia, sin proyectos propios.

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

- La independencia funcional, el grado de funcionalidad física, psíquica y económica.
- La persona independiente tiene mayor calidad de vida, que aquellas que dependen de su familia y/o de la sociedad.
- La vida en su casa.

La calidad de vida se presenta en cuatros componentes: el bienestar humano, el pronóstico, la adhesión al tratamiento y las actividades diarias.



(koll, 2003), define la calidad de vida como un complejo compuesto por diversos dominios y dimensiones. La calidad de vida se conceptúa como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción o como un sentimiento de

bienestar personal, pero también este juicio subjetivo se considera estrechamente relacionado con indicadores objetivos biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales.

(Koll, 2003), nos habla de calidad de vida y una de las características que más emplea es la capacidad del ser humano para satisfacer sus necesidades y para sobrevivir. Puede decirse sin temor a equivocación que estas necesidades sólo se satisfacen por medio de la interacción con las demás personas y con el medio ambiente. De acuerdo con esta afirmación, los problemas humanos pueden contextualizarse en términos de falta de correspondencia entre las necesidades del individuo y el ambiente físico y social. Desde el punto de vista subjetivo, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios, el estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado.

Tal definición implica considerar la calidad de vida como una valoración: una respuesta cognitiva del individuo a la que sigue una reacción emocional. Estos dos elementos reflejan el grado de satisfacción con una situación personal concreta en función del logro de las expectativas iniciales. Todo esto muestra que la perspectiva de las personas con enfermedades crónicas es un constructo multidimensional que incluye: status funcional, síntomas relacionados con la enfermedad, funcionamiento psicológico y funcionamiento social.

2.6. Dinámica Familiar

Es interpretado como el manejo de interacciones y relaciones de los miembros de la familia que estructuran una determinada organización al grupo, estableciendo para el funcionamiento de la vida en familia normas que regulen el desempeño de tareas, funciones y roles; es además, una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás. (Sanchez, pág. 223) 2015.

Así la dinámica familiar se define bajo los conceptos de estructura y composición familiar, tipos de familia, relaciones familiares, funciones de la familia, comunicación, reglas, normas y valores. Existen condiciones mínimas para el logro de una sana dinámica familiar:

- Que existan normas de convivencia claras al interior de la familia.
- Que la familia cuente con mecanismos adecuados para enfrentar conflictos.
- Que exista una distribución equitativa de las tareas del hogar (entre los miembros de la familia, independientemente del sexo de sus miembros y de acuerdo a la edad de cada uno de ellos).

2.7. Dinámica Familiar y Comunitaria

El papel de la familia en la construcción de una sana dinámica familiar. La familia es el espacio privilegiado de aceptación y amor de los miembros de la misma, es de gran relevancia el que esta emoción sea la que predomine en el clima de las relaciones

intrafamiliares. Pero cuando llega el espacio de tener un miembro de la familia con alguna enfermedad crónica, empieza con algunos factores que condicionan el impacto de la enfermedad en la familia, además del procesamiento de la enfermedad y el tipo de respuesta que ésta genera en la familia.

Existen otros factores que intervienen en la dinámica familiar como lo son:

Etapa del ciclo vital: Debe investigarse el momento del ciclo vital familiar en que la enfermedad sorprende a la familia, el grado de consecución de las tareas propias de esa etapa y el posicionamiento de cada uno de los miembros de la familia en sus roles.

Flexibilidad o rigidez de roles familiares: la enfermedad crónica supone una profunda crisis familiar a la que las familias podrán responder mejor cuando más flexibles puedan ser. En el momento que aparece la enfermedad puede ocurrir que ésta se cierre en relación con la distribución de roles.

Cultura familiar: El conjunto de valores, costumbres y creencias que comparten los miembros intervienen en la evolución y desenlace de una enfermedad.

Nivel socioeconómico: no es lo mismo que la enfermedad aparezca en una familia de escasos recursos económicos a que ocurra en una económicamente estable. Evidentemente la crisis familiar en la primera va a ser mayor, ya que la desorganización provocado por la enfermedad se va a percibir en todos los ámbitos. La familia requiere durante la enfermedad mayores cantidades de recursos económicos por concepto de medicamento, curaciones, consultas, transporte, alimentación especial, acondicionamiento físico de la vivienda etc., si el paciente enfermo es el proveedor, será necesaria la organización de roles.

Comunicación familiar: En general, en la cultura latinoamericana existe una fuerte tendencia por ocultar al enfermo convirtiendo la comunicación referente al tema en algo prohibido o negado conocido como pacto de silencio” o conspiración silenciosa”

Conspiración Silenciosa: Consiste en una supuesta protección que familiares, amigos e incluso el médico y otros profesionales de la salud, tratan de brindar al paciente que va a morir ocultándole la verdad, no dando opciones para hablar del tema, preguntar, aclarar, explicar etc.

Tipo de respuesta familiar: el tipo de respuesta que presentan las familias como efecto de la enfermedad, se refiere a los cambios que se generan en las interacciones de cada uno de los miembros en función del paciente enfermo.

Existen dos patrones de respuestas:

- **La tendencia centrípeta:** se expresa a través de una extrema cohesión interna de los miembros de la familia. Todas y cada una de las actividades que estos realizan en estas dadas en función del enfermo, es como si todos giraran alrededor de él, convirtiéndose en el centro de las interacciones y absorbiendo gran parte de los recursos afectivos y económicos de la familia.
- **La tendencia centrífuga:** se puede observar en las familias cuyas conductas en general no están relacionadas con la enfermedad. En estos casos el cuidado del paciente enfermo es delegado a una sola persona que en general corresponde al sexo femenino y que comúnmente puede ser la madre, esposa, hermana mayor o hija, la cual absorbe el papel de controlar la evolución de la enfermedad. La falta de colaboración en estas familias y la enorme carga emocional que suele traer consigo el cuidado del paciente enfermo, puede traer consecuencias graves para el miembro

cuidador tales como depresión, soledad, estrés crónico, descuido, exacerbación de problemas de salud, etc.

Capacidad del grupo familiar para la resolución de conflicto: la capacidad de respuesta familiar en relación con los conflictos es un indicador pronóstico del impacto que tendrá la enfermedad en el grupo. No es lo mismo una enfermedad crónica en una familia que ha sufrido grandes conflictos en los momentos difíciles de su evolución, a otra que ha podido reorganizarse rápidamente en función de la flexibilidad de roles e independencia de cada uno de sus miembros.

2.8. El Papel de la Familia y los Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

La reestructuración de vida y todas las afectaciones psicológicas no están presentes solamente en el paciente sino en toda su familia, como ya ha sido referido, ya que el diagnóstico implica cambios (muchas veces drásticos) en la dinámica y funcionamiento familiar, llegando al punto de generar crisis en la misma.

La familia se ha denominada institución básica de la sociedad ya que constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana. Es la unión de personas que comparten un proyecto social de existencia en común, que se quiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen estrechas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia. (Ares F. G., 2002, pág. 112). A su vez, **Romanelli (1997)**, afirma que la familia está estructurada por relaciones de afecto, autoridad. **Resta y Budo (2004)** plantean, que la familia es el soporte y la sustentación del domicilio y que a partir

de ese referencial son conducidos todos los procedimientos sea en el tratamiento como en la recuperación del familiar enfermo.

Las familias se clasifican en cuanto a sus miembros como:

- Familia nuclear monoparental (uno de los padres convive con el niño).
- Familia nuclear biparental, ambos padres conviven).
- Familia reensamblada (cuando conviven con la madrastra o el padrastro).
- Familia extendida, que es cuando conviven varias generaciones de personas.

Por su parte las familias se clasifican en cuanto a su funcionalidad, donde se pueden ver familias funcionales o disfuncionales. (Ares F. G., 2002). Entre las diferentes funciones que desempeña la familia en la actualidad, según Patricia **Arés (2002)** se destacan:

La función biosocial: La necesidad en familia mediante la cual la vida se mantiene, transmite y proyecta posibilita establecer relaciones de parentesco.

La función económica: A través de la convivencia en un hogar común y la administración de la economía doméstica, son innumerables las funciones que se realizan, bajo el denominado trabajo doméstico, cuyo aporte es fundamental para asegurar la existencia física y desarrollo de sus miembros.

La función de apoyo y protección: Soporte emocional, satisfacción, necesidades básicas, autonomía, comunicación, afectividad, adaptabilidad. La manera particular en que se dan estas funciones en una sociedad determinada depende en gran medida del sistema socio económico. Así en una sociedad dada en cada momento histórico las

funciones pueden aparecer en equilibrio o hipertrofiadas. La familia cubre las necesidades primordiales del ser humano como ser biológico, psicológico y social.

La función educativa vista como una supra función de las demás incluye elementos importantes dentro de los que se destacan:

Función de crianza: La crianza como proceso no hace referencia exclusivamente a la alimentación y los cuidados físicos, sino a aspectos que tienen como finalidad proporcionar un cuidado mínimo que garantice la supervivencia del niño, un aporte afectivo adecuado. La familia se constituye en el vehículo trasmisor de pautas culturales a través de varias generaciones permitiendo al mismo tiempo modificaciones de las mismas. La socialización de los miembros es especialmente importante en el período del ciclo vital que transcurre desde la infancia hasta la etapa del adolescente y adulto joven.

Entre sus objetivos se encuentran: la protección y continuación de la crianza, la enseñanza del comportamiento e interacción con la sociedad, la adquisición de una identidad de género, la inculcación de valores sociales, éticos y morales, la conformación de una identidad personal, familiar y social. La familia es un contexto de desarrollo y socialización para los hijos y al mismo tiempo de desarrollo y de realización para los adultos. Como agente de socialización la familia aporta un sano crecimiento en las conductas básicas de comunicación, diálogo y simbolización.

Es un escenario donde se construyen personas adultas con una determinada autoestima y un determinado sentido de sí mismo y que experimentan un cierto nivel de bienestar psicológico en la vida cotidiana frente a los conflictos y situaciones estresantes. Por su

parte la función de apoyo y protección es de gran importancia, donde la función de apoyo psicosocial, es una de las principales finalidades de la familia, ya que puede ejercer un efecto protector y estabilizador frente a los trastornos mentales. La familia facilita la adaptación de sus miembros a las nuevas circunstancias en consonancia con el entorno social.

La familia además de cumplir funciones importantes es un grupo que atraviesa por cambios evolutivos, que exigen de la misma un proceso de continuos ajustes. Estos cambios son producidos tanto desde el exterior como resultado de los continuos movimientos sociales así como desde el interior, por los cambios evolutivos de sus miembros y por transformaciones estructurales. Así, una familia potencialmente es más funcional, en la medida que exista un equilibrio en el cumplimiento de sus funciones y a su vez disponga de recursos adaptativos para enfrentar los cambios.

La familia influye positivamente ante el proceso de la enfermedad, pues como principal agente socializador del individuo trasmite hábitos, actitudes, costumbres, creencias y conductas vinculadas a la percepción del fenómeno salud-enfermedad. Paralelamente, este grupo social cumple con una serie de funciones que garantizan la supervivencia, el cuidado y la estabilidad psicológica de sus integrantes. Es reconocida como la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso a los individuos. Se reconoce su función protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros, además de lo cual, si bien la existencia de relaciones familiares, de pareja y su funcionamiento

adecuado contribuyen al bienestar y la salud, su ausencia genera malestar, vulnerabilidad, crisis.

Las crisis constituyen estados temporales de malestar y desorganización caracterizados por la incapacidad de la familia para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados y por el potencial para obtener resultados positivos o negativos **(Slaikeu, 1996) citado en (Valdés y Ochoa, 2010, p 2)**. Las mismas pueden permitir el desarrollo de una familia o la destrucción de la misma, dependiendo de los factores como: gravedad de los sucesos que precipitan las crisis, recursos familiares (características socioeconómicas y funcionales que facilitan el afrontamiento efectivo de la crisis) y los apoyos sociales.

Estudios realizados en pacientes con hemodiálisis en Chile y España muestran que un alto grado de apoyo social percibido implica esperanza, percepción de competencia física y psíquica, capacidad de encontrarle el lado positivo a situaciones difíciles, capacidad de relacionarse con otros y de expresar sus frustraciones. El apoyo prestado por la familia tiene el mayor peso en relación con el apoyo prestado por otros componentes de la red social. Dicho estudio confirmó el hecho de que en la familia los pacientes se sienten protegidos y acompañados, con lo cual sus miedos se disipan y su angustia disminuye en función de la respuesta positiva del apoyo social de su familia. Si esto no fuera así, el paciente, además de sufrir la enfermedad que físicamente le disminuye, podría ir perdiendo sus facultades esenciales (de pertenencia, apoyo,

energía, vitalidad, etc.) y alejándose cada vez más de su personalidad anterior **(Martorelli y Mustaca, 2004)**.

Apoyo y la responsabilidad familiar son fundamentales para la recuperación rápida y exitosa del paciente de cualquier enfermedad, pero en los casos de las enfermedades crónicas por su curso largo, a medida que va pasando el tiempo, esos dos aspectos tienden a recaer en una sola persona.

2.8.1. La Familia y el paciente en tratamiento.

La conexión a la máquina tiene implicaciones cognitivas importantes en el paciente, ya que a partir de este tipo de tratamiento sabe que debe y puede extender su propia vida. La incertidumbre es una experiencia bastante difícil de enfrentar para la persona, aun cuando la conexión con la máquina es algo adecuado y protector para el paciente. Trabajar la aceptación de la enfermedad y el tratamiento en este caso requiere de un proceso de luto. Para los pacientes renales crónicos en tratamiento de hemodiálisis, esta capacidad de realizar el luto supone mucho más que tolerar ser conectados a la máquina como principal factor para aliviar sus dificultades.

Según (T., 2006), esto también supone trabajar con conflictos antiguos, comprometerse con su nueva imagen corporal, muchas veces alejarse de sus familiares y el hogar, de los amigos y del trabajo, para asumir una nueva identidad: la de enfermo renal crónico en tratamiento de hemodiálisis.

De acuerdo con (Orozco, Aspecto psicológico asociado con la calidad de vida, 2005), “la respuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica, siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas”. La primera etapa es la “luna de miel con la máquina”, momento en el cual la enfermedad renal está en un proceso avanzado y el paciente se encuentra severamente urémico y confuso (T., 2006). Este es un periodo marcado por la mejoría física y emocional que viene acompañado por una positiva necesidad de vivir bien, de confianza en la vida y de felicidad. Esta fase comienza una o dos semanas después de haberse iniciado la primera sesión de hemodiálisis y su duración varía de seis semanas a seis meses.

Según (T., 2006, pág. 283) “la última etapa se denomina periodo de adaptación, y se caracteriza por el inicio de la aceptación de las limitaciones propias y de las complicaciones originadas en el tratamiento de hemodiálisis”. Se refieren a la negación que se presenta inmediatamente después del diagnóstico, la cual cumple para el paciente una función protectora al reducir los niveles de estrés. Así, la negación cumpliría un papel importante en el manejo de la enfermedad, pues disminuiría el nivel de estrés en el paciente y permitiría un manejo más adecuado de su proceso de adaptación posterior a la enfermedad.

El ser humano se concibe como un ser global, integrado por componentes biológicos y psicológicos en interacción constante con el entorno en el cual está inmerso. Esta concepción implica la existencia de una relación de dependencia e influencia entre los distintos componentes de la persona. (Orozco, Aspecto psicológico asociado con la

calidad de vida, 2005), efectuaron una investigación con el objetivo de estudiar el impacto de las variables psicosociales sobre la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas.

Su trabajo evalúa el importante papel que juegan diferentes variables psicosociales en el mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud en cinco enfermedades crónicas, entre ellas la insuficiencia renal. Los resultados de esta revisión de literatura evidencian la importancia de la psicología de la salud en el abordaje de la enfermedad crónica, así como la necesidad de un trabajo inter y trans disciplinario en su tratamiento. Estos autores destacan la necesidad de abordar este tipo de enfermedades desde una perspectiva psicosocial como un sistema en el cual la modificación de una dimensión puede producir alteraciones en la otra, y que tiende a persistir a lo largo de la vida (Orozco, Aspecto psicológico asociado con la calidad de vida, 2005).

Las enfermedades crónicas de tipo renal no sólo alteran al paciente por el proceso de adaptación que implican sino que pueden producir dificultades económicas, cambiar la visión que la persona tiene de sí misma, afectar las relaciones con los miembros de la familia y amigos. La gran cantidad de aspectos psicosociales que hacen parte de los cuidados en las enfermedades crónicas renales surgen de las respuestas individuales de los pacientes, las familias, los amigos y la sociedad frente al diagnóstico y al pronóstico.

Los problemas o necesidades de tipo psicosocial dependen evidentemente de factores como el tipo de enfermedad e implicaciones que suponga para cada individuo o familia

la vivencia de la incapacidad, los recursos, creencias y valores personales o los sistemas de apoyo de los que dispone la persona y la familia. En el caso específico de la insuficiencia renal crónica, los factores psicosociales tienen que ver con problemáticas familiar, social y económica asociadas en la mayoría de los casos, ya que el enfermo portador de IRC debe dializarse hasta tres veces por semana con un costo alto para sí mismo y la familia. En el área personal, se encuentra el malestar físico y emocional, el cambio en el estilo de vida, pérdida de la independencia y alteraciones en el auto concepto y autoestima de la persona. El diagnóstico de la presencia de la enfermedad en sí mismo es algo que impacta emocionalmente al paciente, y que de algún modo le obliga a realizar cambios en su estilo de vida.

En cuanto a la pérdida de independencia, es importante señalar que este es un factor que crea uno de los mayores conflictos en el paciente renal. A partir del diagnóstico y primeras diálisis, el paciente se va a encontrar cada vez más en situación de dependencia de su entorno porque la enfermedad cada día va incrementando la intensidad de su postración, a menos que él mismo tenga la oportunidad de un trasplante de órgano exitoso que le permita volver a la normalidad y así asumir nuevamente su independencia. Este aspecto va ligado a las alteraciones en el auto concepto y autoestima de la persona a partir de la presencia de la enfermedad.

El entorno inmediato del paciente es la familia. Por lo tanto, en la medida en que la familia acompañe el proceso de enfermedad del paciente, éste tendrá mayores posibilidades de afrontarla de manera adecuada. En el área familiar, los problemas más

relevantes son los relativos a la pérdida del equilibrio familiar. Tal como lo mencionan (G., 2001), los problemas se concretan en los cambios en la rutina familiar, en el rol social de la persona enferma y en los problemas de aceptación de la nueva situación de salud por parte del entorno.

2.8.2. La autoestima en la familia

Es muy importante que la familia trabaje en la autoestima individual y familiar. Esto dará lugar a una mayor comprensión, al cuidado personal y de los demás y darán a los familiares fundamentos firmes a partir de los cuales puedan desarrollar su fortaleza en el proceso de la enfermedad. **Virginia Satir**, se refiere al tema de la autoestima en su bibliografía. Cuando se refiere a los seres humanos que viven humanamente dice que son individuos que comprenden, valoran, desarrollan sus cuerpos al hallarlos hermosos y útiles, son reales, sinceros, amorosos, bondadosos, creativos, productivos, responsables. El contexto dentro del que se desarrolla una persona con estas dimensiones es la familia y los adultos que se encuentran a su cargo son los responsables de la creación de estos seres.

Virginia Satir habla de la existencia de 4 aspectos de la vida en familia:



Por último, de acuerdo con (G., 2001) está el área social en el que los problemas se relacionan con la pérdida de las relaciones y lazos afectivos, empleo del tiempo y cambios a nivel laboral. Entre los trastornos que pueden presentarse en estos pacientes se encuentran los de tipo emocional, ya que esta enfermedad los enfrenta con la necesidad de múltiples cambios en su estilo de vida.

Además, tiene una evolución incierta por lo que muchos pacientes ante el diagnóstico asumen una posición pesimista y fatalista hacia el futuro, se deprimen y no logran adaptarse a las nuevas exigencias; otros reflejan agresividad, ansiedad, comportamientos reactivos ante la enfermedad, intolerancia, egocentrismo, reacciones patológicas de temor, hipocondría, dificultades en las relaciones interpersonales y conflictos familiares.

El reconocimiento de los factores psicosociales asociados a la enfermedad permite el afianzamiento de un concepto muy actual que tiene que ver con el apoyo social. La relación entre salud y apoyo social es bastante compleja y está influenciada por disímiles variables donde se destacan elementos personales de los pacientes. Hay consenso en el hecho de que la vivencia y percepción del apoyo social que reciben los individuos en los diferentes contextos en los que se desenvuelven está en correspondencia con la posibilidad de enfermar.

La insuficiencia renal crónica como enfermedad crónica no transmisible no fue desarrollada con estudios científicos que aborden la influencia del apoyo social en el

surgimiento y evolución de esta enfermedad, fundamentalmente porque el desarrollo de esta temática ha centrado su análisis en las enfermedades de orden mental y no física. Sin embargo, de manera general, se infiere que el apoyo social influye en la salud física de las personas y se ha planteado en el caso específico de los pacientes con IRC que la presencia de apoyo socio familiar facilita la adaptación al tratamiento dialítico.

Por último, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior. Los profesionales de la salud deben tomar conciencia de que no sólo es importante alargar el tiempo de sobrevida de los pacientes con enfermedad renal terminal, sino además mejorar la calidad de vida relacionada con la salud.

2.9. El Trabajador Social en la Atención del Paciente con Insuficiencia Renal Crónica.

El trabajador social trabaja algunos tipos de intervención óptima, en esta etapa se puede centrar en el propio enfermo crónico y en el conjunto familiar. En la intervención al conjunto familiar se deberá incidir en los siguientes aspectos:

- Realizar una valoración positiva de todos los miembros y en especial del paciente
- Ayudar a reconocer los logros por pequeños que sean.

Es importante que cada miembro disponga de tres momentos distintos: el tiempo para uno mismo, el tiempo para la relación de a dos y el tiempo para la familia en conjunto. El terapeuta ha de facilitar la intervención de cada uno de los miembros de la familia

identificando en las diferentes situaciones cotidianas que generan problemas, cuales son los aspectos positivos y negativos y ayudando a realizar interpretaciones objetivas. Elevar el nivel de autoestima de los diferentes miembros será una tarea imprescindible. Potenciar actividades de ocio en las que puedan participar todos los miembros de la familia.

El papel del trabajador social y la intervención familiar se puede sintetizar en los siguientes aspectos:

- Mejorar los conocimientos sobre la enfermedad
- Mejorar la comunicación familiar
- Desarrollar estrategias eficaces de solución de problemas
- Reducir el aislamiento y la falta de contacto con el entorno social
- Reducción del sentimiento de estigmatización

Al realizar una intervención terapéutica con la familia tendremos muy en cuenta la edad de cada uno de los miembros y las capacidades cognitivas, así como las limitaciones fruto de la enfermedad. **Elementos destacados en la intervención familiar con los pacientes de insuficiencia renal crónica:**

- Trabajar con las potencialidades de la familia
- Acompañar los procesos de cambio de la familia durante la enfermedad
- Dar soporte en situaciones adversas o de carencias
- Orientar para la mejora del bienestar del paciente y de la familia
- Ayudar a conseguir recursos.
- Potenciar el rol de cada miembro de la familia.

Al realizar una intervención terapéutica con la familia tendremos muy en cuenta la edad de cada uno de los miembros y las capacidades cognitivas, así como las limitaciones fruto de la enfermedad.

Elementos destacados del trabajador social en la intervención familiar con los pacientes de insuficiencia renal crónica

- Antecedentes y datos básicos sobre la familia.
- Antecedentes de la demanda o motivo de consulta.
- Antecedentes de la estructura familiar.
- Antecedentes de la situación problema.
- Antecedentes de las fuerzas familiares para la estabilidad y el cambio.
- Fuerzas o factores claves de evaluación de Virginia Satir: Auto estima, comunicación, reglas, enlace con la sociedad.

El trabajador social del programa de diálisis puede ayudarle a resolver problemas o inquietudes y planificar los cambios que es probable que tenga que enfrentar, ayudarle a vivir una vida plena, ya sea que el paciente reciba el tratamiento de diálisis renal en el hogar o en una clínica.

2.10. Trabajo Social, Intervención y Técnicas con la Familia

2.10.1. Modelo de intervención psicosocial

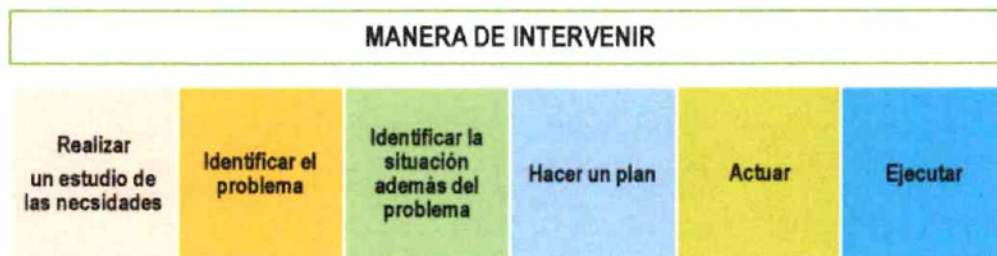
Desde un punto de vista funcionalista podríamos identificar los modelos de intervención psicosocial, el modelo de déficit y el de las diferencias.

La principal función social es proporcionar la calidad de vida y el bienestar social de los individuos, grupos o comunidades que constituyen el tejido social.

La importancia de la comunicación verbal y no verbal: se selecciona la información más relevante por la retroalimentación y la empatía.

Idea fundamental: los del rol social que asumen las personas por pertenecer a un estatus social determinado, la forma de comportarse viene determinada por las expectativas que se esperan al pertenecer a un estatus, aunque se cae en el problema de la etiquetación de las personas.

La manera de intervenir sería:



Antecedentes y principales autores.

Impacto del psicoanálisis en el trabajo social: cambia la concepción del hombre, base científica para el trabajo social, elementos para la comprensión y diagnóstico de las personas y sus problemas, concepto del ego (necesidades propias e impulsos autónomos), concepto de personalidad (sistema abierto e importancia a los intercambios con el medio), principios de necesidad individual (visión optimista del cambio).

Autores.

- **Mary Richmond:** llega a explicar cómo sucede un proceso, causalidad lineal: causa-efecto, descubrimiento de la causa y el tratamiento conducen a la curación del problema.
- **Casework, los problemas** son del individuo, modelo médico, estudio, diagnóstico y tratamiento, terapia psicoanalítica (1920), derivación de la rama por conductas problemáticas e iniciativa por primera vez como aliciente.
- **F. Hollis: Casework** como enfoque terapia psicosocial.
- **Yellady:** Casework: como enfoque orientación para tratar los problemas de las personas.

Es lo más usado en trabajo social.

Gordon Hamilton, máximo exponente del modelo: define al hombre como un ser biosocial, caso, problema y tratamiento, proceso psicosocial, caso social.

- Factores Internos, ya no es individualista, acontecimientos vivos.
- Factores Externos, se empieza a estudiar desde dentro para que el sujeto no se intimide.

Las realidades se miden por:



El trabajo social familiar es una forma especializada de trabajo social que entiende como unidad de trabajo a la familia y sus relaciones familiares y considera el contexto en el cual ella está inserta, a través de este se pretende atender los problemas psicosociales que afectan al grupo familiar generando un proceso de relación de ayuda que busca potenciar y activar tanto los recursos de las propias personas, como los de la familia y los de las redes sociales (**m. Paz Donoso /Paulina Saldias**).

2.10.2. El Psicólogo, Intervención y Técnica

2.10.2.1. Psicología en la Atención al paciente con Insuficiencia Renal

El psicólogo ofrece una intervención individualizada con técnicas de apoyo psicológicas centradas en los pacientes, así como en las familias. En sus intervenciones psicológicas se: evalúa, diagnostica, explica, trata, modifica o previenen los problemas de salud dirigidos al paciente. Básicamente este profesional trabaja en mejorar la calidad de vida y el bienestar del paciente para prevenir las situaciones de riesgo, que se tenga cubiertas sus necesidades socialmente integrados y pueda acceder a la información y los recursos sociales en igualdad de oportunidades.

El psicólogo trabaja en tres modalidades de prevención:

Prevención Primaria: Consiste en crear una condición de vida óptima para impedir el desarrollo de cualquier trastorno en el comportamiento.

Prevención Secundaria: Pretende un rápido diagnóstico del trastorno y una pronta intervención terapéutica.

Prevención Terciaria: Es la que va dirigida a las personas que presentan trastornos, con el objeto de mejorar los servicios institucionales

La prevención primaria es la más viciosa, ya que pretende construir la salud del paciente antes de una enfermedad ya declarada.

Manifestaciones psicopatológicas:

Hábitos de vida del paciente, la insuficiencia renal crónica como sus tratamientos afectan áreas de desempeño de intervención dirigidas a los pacientes como son: la física,

emocional, cognitiva y social de ahí que la intervención psicológica es de gran relevancia al acompañar al paciente en la elaboración de establecer cambios en los diferentes aspectos de la vida.

Entrevista inicial: Se realiza una recolección de datos generales del paciente, de su historia de salud y enfermedad, ciclo de vida, historial personal actual.

Secciones de seguimiento: Se evalúan implicaciones psicológicas frente a la enfermedad y la hemodiálisis de desempeño emocional cognitiva y social, de ahí que la intervención psicológica es de gran relevancia al acompañar al paciente en su elaboración de establecer cambios en los diferentes aspectos de su vida.

Dar monitoreo y seguimiento a los estados de ansiedad y depresión del paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustituto, lo cual permite explicar la manera individual del paciente de subjetivar la enfermedad renal e intervenir con las técnicas psicológicas adecuadas.

Mejorar la calidad de vida del paciente, relaciones interpersonales y familiares

Con la familia: Entrevista inicial, recolección de datos relacionados con la crisis que la enfermedad del paciente haya causado a la familia

Sesiones de seguimiento:

- Se administran sesiones individuales al familiar, acompañantes y grupos familiares una vez cada tres meses
- Intervención psicoterapéutica ante conflictos individuales, conyugales o familiares.

- Con el paciente, familiar y/o acompañantes: Cada tres meses se realiza una reunión del grupo de apoyo con la finalidad de impartir conocimientos científicos de temas relacionados a la salud en general.

2.10.2.2. El Psicólogo en la Atención con la Familia del Paciente con Insuficiencia Renal

Se entiende por intervención psicológica familiar aquella modalidad de terapia centrada en la familia como objeto de intervención. El objetivo es fortalecer y dotar de recursos a la familia para que puedan de manera colaborativa y gracias a ellos, dirimir disputas y conflictos.

Los primeros aspectos que el psicólogo deberá tener en cuenta son:

- En el primer contacto, conseguir una relación de confianza, ser respetuoso con sus preocupaciones, empatizar con los sentimientos, mantener la comprensión ante la situación de shock, y dar soporte ante la confusión, la incredulidad y la dificultad para decidir qué hacer.
- Debemos aproximarnos a las fantasías, expectativas y temores que se generan a partir de nuestros comentarios.
- Mantener la esperanza, no dejar que la familia se hunda ante la primera noticia
- Fomentar el apoyo mutuo, entre la familia, pareja, hijos, hijas, cuidadores.
- Aclarar las dudas sobre el sistema de cuidados médicos, facilitando todo tipo de dudas a medida que éstas se vayan gestando.
- Reducir la culpa.

- Combatir la actividad compulsiva que muchas veces se genera a partir del cambio de situación.
- Dar apoyo emocional y orientación sobre los cuidados del paciente.
- Enseñar a los familiares de qué forma pueden ayudar a su paciente, este hecho les da seguridad y satisfacción. En caso de que ocurra la muerte o se prevea, preparar a los familiares para este suceso y asistirlos posteriormente.

Una vez se han realizado los primeros contactos, los aspectos más importantes que deberán surgir en la entrevista familiar serán:

- Ver qué relación hay entre la organización familiar y la clínica del paciente.
- Observar la dinámica familiar en referencia a la capacidad de contención del sufrimiento, de promover la esperanza y de pensar.
- Detectar cuáles son los mecanismos de defensa que se han puesto en marcha.
- Facilitar el compromiso de la familia en el tratamiento del paciente. ¿Qué tipo de información facilitar?

El psicólogo actuará como figura auxiliar, corrigiendo las distorsiones de percepción fruto de los mecanismos de defensa. Es probable que durante esta primera etapa la familia tenga la sensación de sentirse abandonada ante el futuro incierto. El profesional ayudará a recuperar el control de la situación, indicará los puntos de objetividad y sobre todo intentará mantener la imagen positiva, tanto del paciente como de su familia, puesto que en estos momentos hay una distorsión del autoconcepto y se genera una autoimagen de impotencia y desvalimiento, que lleva a la falta de motivación y al sentimiento de fracaso.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Cobertura

La presente investigación se desarrolló en el Programa de Atención a Pacientes Renal (CAIPAR), de la unidad ejecutora Policlínica Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, de la Provincia de Colón, con familias y pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben el tratamiento; son 50 pacientes y sus familiares con el objetivo de recabar información de primera mano, entendida como la dimensión heurística de la misma para luego planificar, describir y analizar sus aportes a los objetivos.

3.1.1. Diseño de Investigación

La investigación es exploratoria, según el autor (Arias, 2012), define: “la investigación, exploratoria es aquella que se efectúa sobre un tema u objeto desconocido o poco estudiado, por lo que sus resultados constituyen una visión aproximada de dicho objeto, es decir, un nivel superficial de conocimientos”. El estudio exploratorio al inicio de esta investigación nos permitirá que entremos en contacto con el tema, posteriormente obtendremos los datos suficientes para realizar una investigación a mayor profundidad.

Sin embargo, es importante mencionar que la investigación no podrá terminar como exploratoria, debido a que no arrojaría los resultados deseados. La investigación posteriormente será de tipo descriptiva. “La investigación descriptiva es aquella que busca especificar las propiedades, características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Danhke, 1989).

La investigación tiene como propósito buscar, interpretar e investigar temas referentes o relacionados con el problema planteado (objeto de estudio factores psicosociales, los pacientes y la familia), permitiendo una visión realista referente a los hechos sociales que están ocurriendo, es decir profundizando en el tema a tratar para lograr una transformación social (paciente-familia).

3.2. Tipo de Estudio, diseño exploratorio

Cuando se selecciona el tipo de investigación: (Hernández, 2006, págs. 52-134), señala: Básicamente depende de dos factores: el conocimiento del tema que nos revela la revisión de la literatura y el enfoque que el investigador pretenda dar a su estudio. Además, plantea que los estudios exploratorios se efectúan, normalmente cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes, es decir, cuando la revisión de la literatura revela que solo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con un tema estudiado. Sirve para familiarizarse con fenómenos relativamente desconocidos. Este estudio es común en la investigación del comportamiento, sobre todo donde hay poca información.

En base a lo establecido, la presente investigación será de **tipo exploratorio – descriptivo**. Exploratorio, porque es el primer estudio de tipo cualitativo enfocado en la incidencia de los factores psicosociales desde una perspectiva ocupacional, a las familias y pacientes con insuficiencia renal crónica del programa CAIPAR (Hemodiálisis) de la unidad ejecutora Policlínica Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, Provincia de Colón, y descriptivo, porque el interés del estudio es conocer los

factores psicosociales que inciden en la dinámica y en la calidad de vida, algunas características que este fenómeno presenta en la realidad social y local.

Descriptiva, porque se desea describir la realidad de la incidencia de los factores que se pretende analizar, planteando lo más relevante de estos factores psicosociales. El propósito final con la elección del tipo de investigación, es identificar los factores psicosociales y aspectos específicos de la realidad particular de los pacientes y su familia, además se observará el estilo de afrontamiento de la enfermedad y el efecto y/o consecuencias en su calidad de vida y bienestar.

3.3. Tipo de Muestra

Muestreo no probabilístico es una técnica alternativa, es habitual seleccionar elementos para la muestra basándose en hipótesis relativas a la población de interés, lo que se conoce como criterios de selección. En estos casos, debido a que la selección de las unidades de la muestra no es aleatoria, cuando hablamos de muestreo no probabilístico no deberíamos hablar de estimaciones de error. Dicho de otra forma, una muestra no probabilística nos informa de cómo es un universo, pero no nos permite saber con qué precisión: no podemos establecer unos márgenes de error y unos niveles de confianza.

El muestreo por conveniencia

Es una técnica comúnmente usada. Consiste en seleccionar una muestra de la población por el hecho de que sea accesible. Es decir, los individuos empleados en la investigación se seleccionan porque están fácilmente disponibles, no porque hayan sido seleccionados

mediante un criterio estadístico. Esta conveniencia que se suele traducir en una gran facilidad operativa y en bajos costes de muestreo, tiene como consecuencia la imposibilidad de hacer afirmaciones generales con rigor estadístico sobre la población.

Para abordar la presente investigación, se escogió una muestra de 50 pacientes y su familiar, las cuales fueron elegidas por el investigador, según los criterios de selección impartidos por la investigación. (De acuerdo a las características de la muestra, los pacientes con insuficiencia renal y su familiar).

En cuanto a los criterios de selección de la muestra, se comprenden los siguientes criterios de inclusión:

- Hombres y mujeres que padezcan insuficiencia renal crónica.
- Hombres y mujeres que se sometan al tratamiento de hemodiálisis.
- Pacientes que se atienden en el Centro de Atención para Pacientes Renales (CAIPAR) de la unidad ejecutora Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, Provincia de Colón.
- Hombres y mujeres de diferentes edades.
- Familiar y pacientes que acepten responder las entrevistas o cuestionarios de manera voluntaria.
- Pacientes y familiar que estén de acuerdo con el llenado de la encuesta y reservando su identidad.

3.4. Universo de estudio

Como mencionamos anteriormente, los pacientes que tenga, insuficiencia renal crónica y las familias de pacientes que estén sometidas al tratamiento de hemodiálisis del Programa de Atención para Pacientes Renales (CAIPAR), de la unidad ejecutora Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, Provincia de Colón, y que estén de acuerdo en responder y colaborar con la entrevista.

3.4.1. Unidad de observación

Pacientes y familia del sexo femenino y masculino, que padezcan de insuficiencia renal crónica, que estén en tratamiento de hemodiálisis del Programa de Atención a Pacientes Renales, (CAIPAR), de la unidad ejecutora Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, Provincia de Colón.

3.4.2. Unidad de análisis

Consecuencias y efectos de los factores psicosociales que inciden en un grupo de 50 pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia, a quienes se les entrevistó; del Programa CAIPAR de la unidad ejecutora Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, Provincia de Colón. Actualmente en el centro de atención a pacientes renales (CAIPAR) de la unidad ejecutora de la Policlínica Hugo Spadafora de la provincia de Colón desde su inicio en el sistema.

Año	Total de pacientes atendidos
2015	3,104 pacientes en todas las atenciones
2016	2,464 pacientes en todas las atenciones
2017	881 pacientes en todas las atenciones
2018	1,386 pacientes en todas las atenciones
2019 hasta septiembre	950 pacientes en todas las atenciones

De estas atenciones se contempla de la siguiente manera: 245 pacientes en la atención de hemodiálisis, 86 pacientes en atenciones de diálisis peritoneal, 52 pacientes de protocolo de trasplantes, estos divididos en 28 activos y 24 pasivos y 567 pacientes en consulta externa.

3.5. Diseño de investigación exploratoria

Los estudios exploratorios se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que tan sólo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas. (Sampieri, Metodología Quinta Edición). El tipo de estudio que se emplea determina la estrategia de la investigación y este se selecciona de acuerdo con los fines, tanto prácticos como teóricos que el autor persiga con su investigación.

Las investigaciones no tienen que ser exclusivamente de un tipo de estudio, pueden contener elementos de varios tipos, de acuerdo con los objetivos que se tracen y

procedimientos que sigan (Hernández, 2006). Los estudios son un diseño exploratorio, sirven para analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes. Tal sería el caso de investigadores que pretendieran analizar fenómenos desconocidos o novedosos: una enfermedad de reciente aparición, una catástrofe ocurrida en un lugar donde nunca había sucedido algún desastre, inquietudes planteadas a partir del desciframiento del código genético humano y la clonación de seres vivos, una nueva propiedad observada en los hoyos negros del Universo, el surgimiento de un medio de comunicación completamente innovador o la visión de un hecho histórico transformada por el descubrimiento de evidencia que antes estaba oculto.

Tanto el tipo de estudio, como el tipo de diseño utilizados fueron necesarios para cumplir los objetivos trazados en los inicios de la investigación. La problemática seleccionada para desarrollar la investigación ha sido poco abordada en el contexto del corregimiento de Cristóbal, Provincia de Colón, en el Centro de Atención a Pacientes Renales (CAIPAR) Programa de la unidad ejecutora de la Policlínica Hugo Spadafora; por lo que se seleccionó este tipo de estudio con la finalidad de construir una aproximación inicial al tema, tomando como referencia investigaciones en alusión a un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica y sus familias.

3.6. Instrumento de recolección de datos de investigación cualitativa

Este estudio se realizará incorporando al trabajo un carácter metodológico cualitativo, de manera que el concepto de la investigación es obtener los datos e información desde los sujetos de investigación y la opinión de expertos relacionados con la salud que sustenten el conocimiento de este tema.

(Rodríguez Campuzario, 2005, pág. 267), quienes señalan: “La investigación cualitativa es aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas (habladas o escritas) y la conducta observable.” Analizando el objetivo del presente estudio el cual es conocer e identificar los factores psicosociales que inciden en la relación de la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia se ha considerado la elección de esta metodología ya que, describe su situación actual ante dicho procedimiento y permite un acercamiento del tema mencionado, puesto que no existen registros locales del problema.

De esta manera y considerando el objetivo general de la investigación, el cual implica la expansión del conocimiento sobre los actores involucrados en el fenómeno estudiado, es que se decide optar por una investigación cualitativa, ya que el objetivo central es obtener los factores que inciden en la calidad de vida de un grupo de pacientes y sus familias. Otra razón por la cual se realizará una investigación de tipo cualitativa es debido a que se considera que es la más adecuada para el presente estudio, siguiendo como referente las siguientes características:

- La investigación cualitativa es inductiva, es decir, que los investigadores pueden desarrollar conceptos y establecer la comprensión, partiendo de pautas, de datos, informes. Sin embargo, deben dejar de lado las teorías preconcebidas sobre él o los asuntos que trate el tema investigado.
- En la metodología cualitativa el investigador ve al escenario y a las personas desde una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no

son reducidos a variables, sino que son considerados como un todo.

- Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio, se interactúa con el informante de modo natural y no intrusivo.
- Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas utilizando la empatía, por lo tanto, es esencial experimentar la realidad tal como los otros la experimentan.
- Para el investigador cualitativo, todas las perspectivas son valiosas. Este investigador no busca la verdad o la moralidad sino una comprensión detallada de las perspectivas de otras personas. A todas se las ve como iguales.

El investigador cualitativo silencia sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones. De esta manera, cada elemento emergente constituye un tema de investigación, todo merece ser aclarado, sin dudar en caer en repeticiones, puesto que mientras más clara se tenga la información, más completo será el estudio. Los investigadores cualitativos dan énfasis a la validez de la investigación, es decir, estos permiten permanecer próximos al mundo empírico.

En consecuencia, el presente estudio busca conocer a partir de los propios sujetos su perspectiva en relación al impacto que generan los factores que inciden en la calidad de vida de un grupo de pacientes, profundizando en la comprensión particular de las personas consultadas.

Las características de la investigación cualitativa:

- Cuestiona la neutralidad de la ciencia y debido a esto la de la investigación.
- Asume la investigación y propicia la reflexión y crítica de los intereses, interrelaciones y prácticas educativas.
- En lo conceptual y metodológico tiene similitudes con el paradigma interpretativo añadiéndose ideología para transformar y comprender la realidad.
- Tiene un impacto en algunos ámbitos de la educación tales como: estudio de currículo, administración educativa y formación del profesorado.

Entrevista de investigación estructurada: Para Denzin y Lincoln (2005, p. 643, tomado de Vargas, 2012) la entrevista es “una conversación, es el arte de realizar preguntas y escuchar respuestas”. Como técnica de recogida de datos, está fuertemente influenciada por las características personales del entrevistador.

Esta definición demasiado genérica y poco operativa, incluye cualquier encuentro entre dos personas, un investigador y su entrevistado, en el que el investigador hace preguntas que pueden ir desde las encuestas de opinión o los cuestionarios, es decir, instrumentos altamente estructurados y las entrevistas abiertas donde es posible, incluso, que el investigador sea preguntado e interpelado por el informante.

En investigación cualitativa la entrevista no se basará en cuestionarios cerrados y altamente estructurados, aunque se puedan utilizar, sino en entrevistas más abiertas cuya máxima expresión es la entrevista cualitativa en profundidad, donde no sólo se mantiene

una conversación con un informante, sino que los encuentros se repiten hasta que el investigador, revisada cada entrevista, ha aclarado todos los temas emergentes o cuestiones relevantes para su estudio.

Un investigador que hace un abordaje desde la perspectiva cualitativa utilizará la entrevista en sus distintas formas de presentación, pero sus preferencias irán orientadas hacia la entrevista en la que el entrevistado habla de forma abierta. Veamos pues, los tipos de entrevistas y sus usos en investigación cualitativa. La entrevista de investigación estructurada se rige por un derrotero de preguntas estandarizadas. Estas preguntas se plantean de la misma manera y en el mismo orden a cada uno de los objetos de estudio. Este tipo de entrevista de investigación precisa de la elaboración de un formulario, donde se incluyen todas las preguntas relevantes para la investigación.

Por tal motivo, el investigador tiene menos libertad para plantear las preguntas al sujeto de estudio. Esta condición limita la interacción personal entre los participantes de la entrevista.

Ventajas: La entrevista de investigación estructurada asegura que se planteen las mismas preguntas a todos los sujetos de estudio. Por tal motivo, la información resultante puede ser manipulada de forma estandarizada, sencilla y objetiva.

Por otro lado, el entrevistador requiere de una capacitación menor sobre el tema de estudio antes de hacer la entrevista, ya que la interacción con el sujeto de estudio es limitada. **Amador, M. G. (29 de Mayo de 2009).**

3.7. Tipos de análisis de datos de hipótesis

Existe una relación directa entre los factores psicosociales que inciden en la calidad de vida de un grupo de pacientes con insuficiencia renal y sus familias.

En función de los objetivos basados en la investigación sobre las ideas de los factores psicosociales, nos planteamos nuestra hipótesis:

- ¿Existe relación directa entre los factores psicosociales que inciden en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal?

CAPÍTULO IV

MARCO INSTITUCIONAL CENTRO DE ATENCIÓN A PACIENTES RENALES (CAIPAR)

4.1. Centro de Atención para Pacientes Renales CAIPAR

4.1.1. Reseña Histórica

En 1995 durante la visita del Presidente de la República, su Excelencia Ernesto Pérez Balladares a la ciudad de Colón, la Sra. Hermelinda Ceballos (q.e.p.d.) paciente con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis quien debía viajar tres veces por semana al Hospital de la Caja de Seguro Social, solicita de un servicio de diálisis en la ciudad.

Por orden del Señor Presidente y a través del Fondo de emergencia Social (FES) se asigna B/550.000.00 para la remodelación y equipamiento de una sala de hemodiálisis en el antiguo hospital Manuel Amador Guerrero administrado por el Ministerio de Salud. Bajo la supervisión del Vice Ministro de Salud, Dr., Giuseppe Corcione y el director del Sistema Integrado de Salud de Colón Doctor Damián Quijano se da inicio al levantamiento del proyecto (planos de remodelación, pliegos de cargos, análisis de propuesta presentada por la empresa PROMED, entre otros). Como producto del diagnóstico, se pretende establecer una serie de lineamientos estratégicos y metodológicos para fortalecer la intervención del profesional del trabajo social con la población atendida en este programa.

El proyecto además contemplaba B/118.085.00 para el mejoramiento y adecuación de infraestructura física, equipamiento del laboratorio de diálisis por B/95.070.00 financiado por el FES y al que se sumó la JAPAC (Junta Asesora del Presidente para Asuntos de Colón), de manera que se contemplaba terminarlo con el aporte de esta

última cifra de B/.1.020,252.00. En 1995, diez y ocho (18) pacientes acudían a hospitales nacionales (Santo Tomas, Caja de Seguro Social), en 1996 la cifra ascendió a veinticuatro (24) pacientes de los cuales diez y nueve (19) eran asegurados y cinco (5) no asegurados.

El 24 de junio de 1997 fue inaugurado el Servicio de Diálisis, realizándose el primer procedimiento el diez de julio del mismo año, con insumos suficientes para continuar funcionando por 12 meses o cuando se consumieran 2,600 paquetes para diálisis. Posteriormente, sería financiado por el MINSA ya que se encontraba en una instalación de su propiedad, siendo un procedimiento de alto costo se acuerdan tarifas promedios en la CSS en el Convenio No. DALC-081-2001, por B/.152.00 por procedimiento.

Ante esta situación, desde el año 2000 y hasta la actualidad, se dan acuerdos verbales por ambas instituciones MINSA Y CSS, para la gestión de insumos en la diálisis, algunos medicamentos y eventualidades que se presentan en el funcionamiento diario.

Es así como actualmente la Caja de Seguro Social:

- Costea la compra de los insumos usados en la diálisis a todos los pacientes, la alimentación durante el procedimiento (desayuno o almuerzo dependiendo del turno)
- Mantenimientos de los equipos de hemodiálisis de sus propiedades.
- Medicamentos aplicados durante los procedimientos y los indicados ambulatoriamente.
- Banco de medicamento de urgencia y enfermera

Mientras que el MINSA se encargaría de:

- Aportar el recurso humano necesario para su funcionamiento
- Los pagos de los servicios básicos
- Mantenimiento de riñones artificiales del MINSA, infraestructura y aire acondicionado.

El Centro de Atención para Pacientes Renales (CAIPAR) de la Caja de Seguro Social, en Colón, cuenta con diez años, fundado el 29 de febrero de 2009.

Durante los años 2015 fueron atendidos 3,104 pacientes en todas las especialidades, hemodiálisis, diálisis peritoneal, consulta externa y protocolo de trasplante y en el año 2016 un total de 2464 pacientes. El Director del Centro de Atención a Pacientes Renales (CAIPAR) Dr. Jermaine Tolinson encargado del Centro desde el año 2015 hasta la fecha es el médico coordinador de este Centro.

Actualmente, en este año 2017 el Centro de Atención a Pacientes Renales cuenta con un total de 881 pacientes, atiende a 101 pacientes de hemodiálisis, 48 diálisis peritoneales, protocolo de trasplantados 45 (15 activos y 30 pasivos), y en consulta externa 687. Además, en esta instalación también se da seguimiento al paciente (para trasplante) en lista de espera.

Todos los equipos que se utilizan son de última tecnología y se cuenta con profesionales capacitados para la delicada labor que se desarrolla desde enero del año 2009 hasta la fecha.

4.2. Fundamentos Legales

BASE LEGAL

- Ley No. 51 de 27 de diciembre de 2005, que modifica la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social y dicta otras disposiciones, publicada en la Gaceta Oficial N°. 25,453 de 28 de diciembre de 2005.
- Ley N°68 del 20 de noviembre de 2003 la cual “Regula los Derechos y Obligaciones de los pacientes en materia de información y de decisión libre e informada”
- Reglamento de Prestaciones Médicas de la Caja de Seguro Social (1984)
- Contrato N° 2110006-08-21-D.C. suscrito entre la Caja de Seguro Social y el Consorcio IBT Medical Outsourcing Services, S.A.

4.3. Políticas y Lineamientos

El presente procedimiento es de cumplimiento obligatorio para el trámite y control de las cuentas por suministro de equipos e insumos para atención de pacientes bajo tratamiento de reemplazo renal. Su incumplimiento se considerará una falta al Artículo N° 20 numeral 1 del Reglamento Interno de Personal.

- La Coordinación Nacional de Hemodiálisis trimestralmente hará un estimado del crecimiento de pacientes susceptibles a tratamiento por hemodiálisis.
- El Departamento de Trámite, Control y Seguimiento de los Servicios Médicos Externos de Salud llevará el control del gasto establecido en el Contrato de Hemodiálisis con la finalidad de que la suma de estos no exceda del monto contratado y rendirá un informe anual sobre el consumo del presupuesto asignado.

- Se deberá llevar control y seguimiento de las cuentas presentadas a fin de mantener informada a la Dirección General y a la Dirección Ejecutiva Nacional de los Servicios y Prestaciones en Salud sobre el estado de las mismas.
- La Coordinación Nacional de Hemodiálisis preparará mensualmente un reporte de todos los tratamientos realizados durante el periodo.
- El Departamento de trabajo social deberá cada tres (3) meses verificar si el estatus del paciente en relación con la Caja de Seguro Social, le da continuidad a su derecho a recibir prestaciones en salud.
- Lo anterior no aplica a pacientes no asegurados que sean atendidos en áreas o instalaciones bajo el proceso de separación y compensación de costos vigente entre la Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud, los cuales serán manejados por la Unidad de Costos y se aplicarán las normativas que giren en torno a este acuerdo.
- Trabajo Social deberá informar oportunamente a la Coordinación Nacional de Hemodiálisis los casos de pacientes en mora en la validación del derecho.
- En caso de fallecimiento del paciente, el formato Control de Sesiones deberá ser firmado por un familiar, acompañante y/o médico a cargo de la sala; cuando se trate de un paciente que se encuentre imposibilitado de firmar este debe estampar su huella dactilar aunada a la firma de un familiar acompañante y/o médico a cargo de la sala.
- El médico general asignado a la Unidad de Hemodiálisis, debe seguir y cumplir las normas emanadas de la Coordinación Nacional de Hemodiálisis.

- Es responsabilidad de todos y cada uno de los involucrados en el proceso, actuar como mecanismos de verificación, a beneficio de las partes, a fin de garantizar la validez e integridad de los sustentadores que avalan la prestación del servicio.
- Es responsabilidad de la nutricionista de las unidades extra hospitalarias, monitorear que los alimentos suministrados por el proveedor al paciente, estén acordes con la dieta previa aprobada.

La Caja de Seguro Social debe:

Supervisar las condiciones físicas de las Unidades extra hospitalarias y velar que el proveedor cumpla a satisfacción con el plan de mantenimiento de la Infraestructura (edificios, instalaciones físicas, equipo no médico, etc.) y áreas adyacentes.

Garantizar el abastecimiento de los medicamentos de las unidades extra hospitalarias de los casos agudos, según lo que se requiera.

- Es responsabilidad del Departamento de Biomédica llevar los controles sobre los mantenimientos correctivos y preventivos de los equipos, que debe realizar el proveedor conforme a lo estipulado en el contrato; así como controlar e informar sobre los equipos que hayan sobrepasado su vida útil (30,000 horas)

Los (as) Oficiales de Atención al Asegurado presentes en las Unidades Extra Hospitalarias, facilitarán a los pacientes del Programas de Hemodiálisis, la consecución de las citas con los profesionales de la salud que estos requieran en atención a su condición clínica.

4.4. Misión

La sala de Hemodiálisis brinda apoyo al paciente de nefropatía con un equipo profesional de médicos, enfermeras, trabajadores sociales y equipo potencial con el cual organiza el trabajo, registra acciones y valora la aplicación del programa.

4.5. Visión

Nos distinguimos por ser un equipo especializado, multidisciplinario, encaminado a que el paciente tenga una calidad de vida que le permita ser útil dentro de la sociedad y el seno familiar.

4.6. Objetivo

Regular el funcionamiento del Programa de Diálisis cuya finalidad es determinar una mejor atención al asegurado y a sus dependientes, diagnosticados como pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que recibirán tratamientos en instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social. Resaltando aspectos de cumplimiento de funciones laborales y recepción de tratamiento con sistemas automatizados; suministro oportuno de medicamentos; calidad de vida y mejoramiento en los usos de los recursos e instalaciones institucionales.

4.7. Valores.

Pasión por lo que hacemos, comunicación, trabajo en equipo y orientado a resultados. Enfoque, compromiso, transparencia, honestidad, responsabilidad, pertenencia, calidad y calidez, respeto sentido solidario.

4.8. Infraestructura del Centro de Atención al Paciente Renal.

La infraestructura de las unidades de hemodiálisis intrahospitalarias y periféricas deben contar con las condiciones básicas que permiten brindar una atención de calidad al paciente. Sala de espera, sala de tratamiento de hemodiálisis, estación de enfermería, área de preparación de medicamentos, área de consulta, área de administración, vestidores y baños para el personal, vestidores y baños para pacientes, área de diálisis peritoneal, depósitos de materiales, depósitos de insumos de hemodiálisis.

4.9. Prioridades del Programa de Insuficiencia Renal Crónica, funciones de atención, administrativa, docente y de investigación de la enfermera de hemodiálisis.

La prioridad del programa es prolongar y mejorar la calidad de vida del paciente con insuficiencia renal crónica, este cuenta con cinco programas:

- Hemodiálisis: Este programa cuenta con 101 pacientes los cuales se dividen en dos grupos de atención en turnos de **primer grupo** lunes, miércoles y viernes horario de 6:00 a.m. a 10:30 a.m. 11:00 a.m. a 3:30 p.m. 4:00 p.m. a 8:30 p.m. **Segundo grupo** martes, jueves y sábado horario de 6:00 a.m. a 11:00 a.m. 11:30 a.m. a 2:30 p.m. 2:45 p.m. a 6:00 p.m.
- 1. Diálisis: Cuenta con 48 pacientes, estos se realizan sus diálisis en casa, cada tres meses acuden a consulta externa.
- 2. Protocolo de Trasplante: Este programa cuenta con 45 pacientes, quienes están divididos en activos y pasivos.
- 3. Pacientes activos 15.

4. Pacientes Pasivos 30: Pacientes pasivos son aquellos que han suspendido el protocolo porque se le ha diagnosticado otra patología (afecciones cardíacas, diferentes clases de cáncer, hepatitis C, serología, Infecciones de transmisión sexual).
5. Consulta Externa: Este programa cuenta con 687 pacientes. Estos se dividen por estadio del 1 al 5, grado de afección y funcionabilidad del riñón, esto se observa en los valores químicos.
6. Pacientes en lista de espera (dividido a nivel nacional).

4.9.1. Funciones de Atención.

- Preparar el monitor de diálisis, seguir protocolo
- Valorar al paciente al ingresar a la unidad identificando posibles problemas asociados a su condición.
- Valorar el estado de acceso vascular, registrando cambios detectados.
- Contestar y comenzar la diálisis según protocolo.

4.9.2. Funciones Administrativas.

- Planificar, organizar y controlar los recursos con los que cuenta el programa.
- Colaborar en la definición de estándares de calidad.
- Participar en la elaboración de estudios encaminados a nuevos métodos de trabajo.

4.9.3. Funciones del Docente.

- Enseñar al enfermo y su familia para que sean capaces de autocuidarse
- Auto cuidado del acceso vascular o catéter peritoneal
- Enseñar a adaptar la alimentación a su situación.

4.9.4. Funciones del médico coordinador de diálisis peritoneal.

- Es el encargado de evaluar a los pacientes por ingresar al programa de diálisis peritoneal, orientar, y dar seguimiento al tratamiento de los mismos y atención a las complicaciones.
- Evaluar la necesidad y sesiones de entrenamiento, colocación eritropoyetina, realización de pruebas de equilibrio peritoneal.
- Cambio de líneas de transferencia, atender las urgencias de los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal, realizar prescripción mensual de diálisis peritoneal y eritropoyetina.

4.9.5. Funciones de la Enfermera y el Técnico de Enfermería.

Funciones de la enfermera de la unidad hemodiálisis: Es la responsable de la unidad en los turnos de tardes, noche fines de semanas y cuando sea necesario, indica a los pacientes, la próxima sesión de diálisis, brinda cuidado integral de enfermería a los pacientes en la unidad de hemodiálisis, supervisa y guía a la persona a su cargo.

4.10. Actividades que debe realizar la enfermera de la unidad de hemodiálisis:

- Verificar el área asignada
- Revisar la hoja de actividades diarias
- Llamar a los pacientes para la realización del tratamiento según listado

- Verificar que todos los pacientes estén pesados y con presión arterial tomadas antes de conectarlos a la máquina
- Verificar que el sistema extracorpóreo esté listo y seguro
- Conectar y desconectar al paciente según técnica y el orden asignado en la lista
- Realizar revisión periódica del buen funcionamiento de las máquinas
- Toma y evalúa la presión de los pacientes cada hora
- Cumple prescripciones médicas
- Elabora notas de admisión a pacientes de nuevo ingreso
- Comunica al médico tratante los cambios que presente el paciente antes, durante o después del tratamiento
- Notificar a la administración de ingreso, el egreso de pacientes del programa de diálisis peritoneal
- Notificar a la administración las necesidades del servicio
- Notificar al conductor de los pacientes hospitalizados para su traslado
- Llevar estadística de los pacientes del programa de diálisis peritoneal y notificar a REMES.
- La enfermera de diálisis peritoneal deberá estar disponible vía telefónica para responder dudas y dificultades de los pacientes,
- Anotar en el libro a los pacientes de nuevo ingreso
- Realizan rondas con objetivo de observar las condiciones de los pacientes
- Mantiene actualizado el informe de enfermería en cada turno,
- Realiza el control de las actividades diarias, dializa al paciente de cuidados críticos, según asignación

- Asiste a las actividades de docentes asignadas, efectúa trabajos de investigación, realiza murales asignados, debe estar disponible vía telefónica para responder dudas y dificultades técnicas de los pacientes.

4.11. Funciones de la enfermera básica en la consulta externa de hemodiálisis

Brinda orientación al paciente y familiar sobre auto cuidado, ofrece orientación sobre alternativas de tratamiento, coordina con el equipo de trasplante el protocolo de paciente, coordina con el equipo multidisciplinario el seguimiento del paciente, coordina con la jefa de la unidad de hemodiálisis el uso del acceso vascular. Actividades que realiza esta enfermera básica en la consulta externa de hemodiálisis: Indica los laboratorios a los pacientes para su próxima cita, programa las citas de los pacientes para cada mes, verifica que todos los pacientes sean evaluados cada mes, cumple prescripciones médicas, coordina con la enfermera de procedimiento para el retiro o colocación de catéteres.

4.11.1. Funciones de la enfermera básica del área de procedimiento

Coordina con la enfermera de diálisis, peritoneal, sala de hospitalización y servicios de urgencia, la colocación o retiro de catéteres y otros procedimientos.

Actividades que realiza la enfermera básica del área de procedimiento: verifica la existencia de equipo e insumos propios de la unidad, asiste en la colocación y retiro de catéteres y otros procedimientos, verifica la desinfección y esterilización del equipo utilizado, reporta daños y necesidades de insumos y equipo.

Al llegar un paciente referido, coordina con REGES el registro de las citas del paciente en el aplicativo de Citas Médicas.

Oficial de REGES.

- Acceso al sistema de citas médicas.
- Asigna un cupo con enfermería y con medicina general por cada día programado por la enfermera.
- Imprime los cupos y los remite a la Unidad de Hemodiálisis Extra Hospitalaria.

Recepción (Proveedor)

- Solicita al paciente firmar hoja de asistencia.
- Entrega número de cupo y llave para el gabinete.
- Le entrega una bata al paciente.
- Le indica que espere a ser llamado para la atención.
- Traslada documentos clínicos al área de atención.

Enfermera

Antes de la sesión

- Se acerca a la recepción y recoge la lista de asistencia.
- Llama a los pacientes según el orden de llegada.
- Guía al paciente al equipo dializador correspondiente.
- Inicia proceso de hemodiálisis.

Después de la Sesión

- Desconecta al paciente del equipo de hemodiálisis.
- Actualiza el control de sesiones aplicadas por paciente.

- Solicita al paciente firmar tal cual aparece en su cédula, el formulario control de sesiones después de diálisis.

4.11.2. Funciones del técnico de enfermería

Ayudar y asistir al médico en procedimientos y a la realización de recambios de diálisis peritoneal asignados por la enfermera de diálisis peritoneal, notificar a enfermería y al médico coordinador la identificación de algunas complicaciones en el paciente de diálisis peritoneal.

Actividades que realiza el técnico de enfermería: coloca los sistemas extracorpóreos de las máquinas, mantiene el área limpia y equipada, mantiene las máquinas con soluciones dializantes, pesa a los pacientes antes y después del tratamiento, toma temperatura a los pacientes, vigila que el paciente se lave el acceso vascular antes del tratamiento, asiste al paciente en sus necesidades.

4.11.3. Funciones del trabajador social

La unidad de Trabajo Social es la encargada de orientar a los candidatos a participar en el programa de hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, en cualquiera de las instalaciones que brinda este programa, deberá explicar a los candidatos en la entrevista, sobre los requisitos necesarios para ingresar y permanecer en el programa de hemodiálisis de la Caja de Seguro Social especialmente en lo referente a estar al día en el pago de las cuotas, deberá solicitar a estos en la entrevista los siguientes requisitos:

- Cédula de identidad personal (si es mayor de edad)
- Carnét de Seguro Social
- Ficha de comprobante de salario (si labora en la empresa privada) o talonarios de cheque (si es servidor público) Si el candidato es beneficiario, además deberá solicitar el nombre del asegurado directo y el parentesco con el mismo.
- Pacientes no asegurados, cédula
- Pacientes extranjeros, pasaporte
- Evaluará la situación y dará respuesta escrita a la referencia en el término de 24 horas, la cual se anexará al expediente clínico del paciente.
- El trabajador social elaborará un informe social, cuya copia reposará en el expediente clínico del paciente en la unidad de hemodiálisis.
- El trabajador social realiza las prestaciones económicas si el paciente activo y cotizante necesita:
 - incapacidad (definido por el médico)
 - proceso de invalidez
 - proceso de inscripción de beneficiario (papá, mamá, hijo que no tiene seguro se le da el 70% al que tiene derecho el seguro, si el paciente tiene la enfermedad avanzada)

El trabajador social realiza enlace con algunas instituciones gubernamentales o no gubernamentales.

Envío de caso social adjunto con certificaciones médicas.

En caso de pacientes jóvenes se realiza enlace con el colegio para apoyo en el comedor o bienestar estudiantil.

Control de casos en los diferentes programas de hemodiálisis y diálisis peritoneal.

Seguimiento de caso:

- Monitoreo de visitas cada seis meses.
- Monitoreo de apoyo familiar.
- Monitoreo para conocer si el paciente se encuentra laborando.
- Monitoreo para conocer si el paciente cuenta con procesos legales (pensión alimenticia).
- Monitoreo si existe violencia intrafamiliar
- Presentación de casos evaluados en las reuniones de equipo.
- Recibo y respuesta de las interconsultas de equipo.
- Formación de grupos de apoyo a pacientes y familiares.
- Visitas domiciliarias de ingreso a los diferentes programas cuando su condición así lo amerite.

En base al trabajo del trabajador social este, se basa en su programación con la utilización de varias técnicas, a nivel del paciente se procede a un registro básico utilizando una encuesta social de datos que incluye diversas variables, lo que se recoge a través de una entrevista estructurada. Se obtienen aquí los datos primarios de la situación social del paciente que nos permitirán aportar una valoración al procedimiento de diálisis peritoneal o hemodiálisis, en ambos casos se utiliza en la entrevista un registro básico a través de una ficha de datos que nos permiten corroborar los datos aportados por el paciente. En la entrevista domiciliaria interesa observar el entorno

social del paciente. El rol que juegan los integrantes de la familia que contribuye al diagnóstico social del sistema familiar en la rehabilitación del paciente.

NOTA

Si como resultado de las verificaciones periódicas realizadas por trabajo social, en relación al estatus del paciente con referencia a la Caja de Seguro Social, se encontrará que, el asegurado ha perdido el derecho, informará sobre el particular en Hoja de Control del Derecho al Coordinador Nacional de Hemodiálisis. Además, procederá a notificar al paciente que, como consecuencia de lo anterior, no podrá seguir recibiendo atención en el Programa de Hemodiálisis.

4.12. Atención dirigida al paciente

- El paciente candidato al programa de hemodiálisis será referido por el médico para la evaluación de trabajo social
- Evaluar el entorno social del paciente y de su familia a fin de conocer y valorar los aspectos emocionales, económicos, culturales y familiares que favorecen o limitan el éxito del tratamiento.
- A los pacientes del interior del país o Colón se les atenderá de inmediato. A los del área metropolitana se le dará igual prioridad si el tiempo lo permite; de lo contrario se le asignará una cita.
- Cuando se trata de pacientes para diálisis peritoneal, antes de su selección, la trabajadora social deberá efectuar visita domiciliaria para evaluar las condiciones de la vivienda y del ambiente.

- Si el paciente es seleccionado al programa de hemodiálisis, la trabajadora social le efectuará visita domiciliaria para enriquecer el conocimiento del entorno social.
- En el caso de los pacientes del interior del país, una vez se determinen situaciones sociales que afectan la salud, se referirá el caso a la oficina de trabajo social del área, para el respectivo seguimiento.
- Entrevista social
- Encuesta social (valorar el entorno socio-económico de la familia)
- Visita domiciliaria (detectar riesgos en relación al tratamiento).

4.13. Atención dirigida al familiar del paciente

- El trabajador social con la colaboración del equipo de salud, trabajará con los familiares de los pacientes en reuniones de grupos para tratar las ansiedades que se producen en el medio familiar o laboral relacionadas con la enfermedad y sus consecuencias.
- Entrevista a los miembros de la familia que el paciente determine.
- Sección familiar
- Orientación y capacitación a los familiares en los problemas, consecuentes de la enfermedad con el fin de que asuman como agentes de prevención, promoción recuperación y rehabilitación de la salud.
- Valorar la condición familiar, e informe social.
- Grado de responsabilidad que va adquirir cada uno de los miembros de la familia en cuanto al paciente con la enfermedad

- Recomendación de habilitación y acondicionamiento del hogar lugar donde se va a realizar el tratamiento (baño y recámara).
- Orientación sobre los niveles de accesorio y salubridad.
- Orientar y conocer el soporte familiar.
- Soporte vecinal

Es importante el apoyo familiar y la valoración de su medio habitacional, en ese sentido el trabajador social evaluará y recomendará desde el punto de vista de trabajo social la viabilidad de las terapias de reemplazo renal en base al entorno social del paciente tomando en cuenta variables como: lugar de trabajo, educación, edad, condición física, vivencia y apoyo familiar.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1. Análisis de los Resultados

5.1.1. Características de la Población.

Para la información del análisis e interpretación de resultados, es necesario informar acerca de la población en estudio a la cual se le realizó la encuesta, previo consentimiento informado, quedó constituida por familiar del paciente, pacientes con insuficiencia renal crónica, atendidos en el Programa CAIPAR (Hemodiálisis) de la unidad ejecutora Policlínica Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, de la Provincia de Colón y que se encuentran en tratamiento con hemodiálisis en el periodo comprendido entre los años 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019 hasta septiembre.

La muestra quedó integrada por 50 pacientes de los cuales 16 son hombres y 29 son mujeres. En nuestra encuesta se refleja que, a nivel de atención en este programa provincial, las mayores afectadas son del sexo femenino.

I. DATOS GENERALES

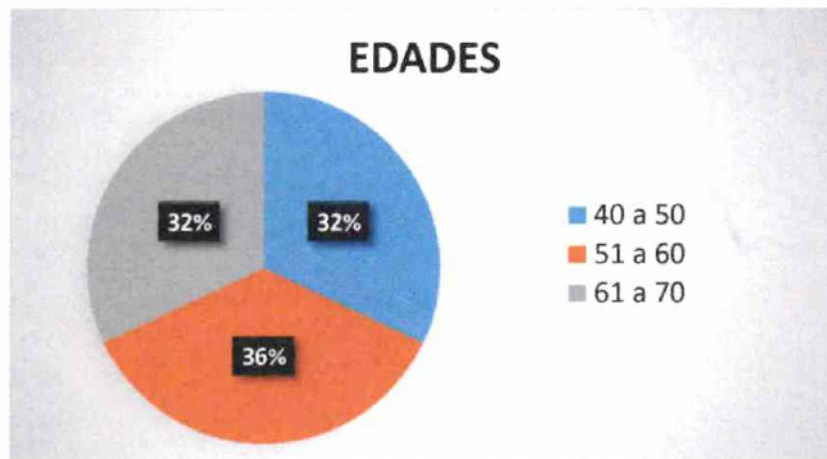
TABLA No. 1

EDADES DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS

EDAD	No. PACIENTES	PORCENTAJE
40 a 50	16	32%
51 a 60	18	36%
61 a 70	16	32%
TOTAL	50	100%

Fuente: Pacientes encuestados del Programa de Atención a Pacientes Renales (CAIPAR) de la Policlínica Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, Provincia de Colón.

GRÁFICA No. 1



Fuente: Tabla No. 1

De los pacientes incluidos en la investigación, el 32% corresponde entre las edades de 61 a 70 años. Un 36 % corresponde entre las edades de 51 a 60 años y la población adulta joven a la que corresponde otro 32% entre las edades de 40 a 50 años, entran en la estadística de esta patología. Comprendiendo que esta enfermedad afecta a personas de todas las edades, pero que se torna muy alarmante cuando hay afectación de la población adulta joven porque perturba su fase productiva y de desarrollo en la que se encuentran.

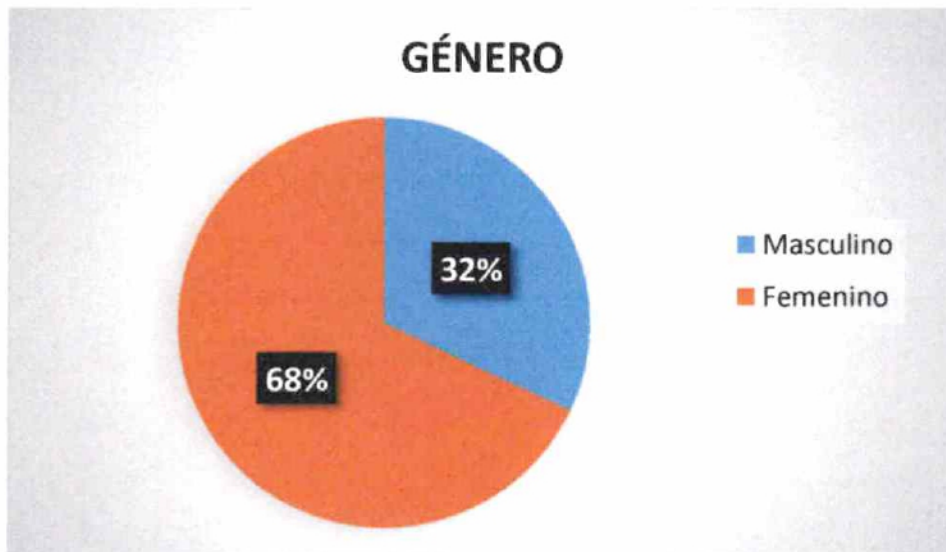
TABLA No. 2

DISTRIBUCIÓN DE GÉNERO DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS

Género	No. Pacientes	Porcentaje
Masculino	16	32%
Femenino	34	68%
Total	50	100%

Fuente: Pacientes encuestados del Programa de Atención a Pacientes Renales (CAIPAR) de la Policlínica Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, Provincia de Colón.

GRÁFICA No. 2



Fuente: Tabla No. 2

De una muestra de 50 pacientes correspondiente al 100%, el 32% pertenece al sexo masculino y el 68% pertenece al sexo femenino. Al momento de aplicar nuestra encuesta las mayores incidencias encuestadas fueron del sexo femenino.

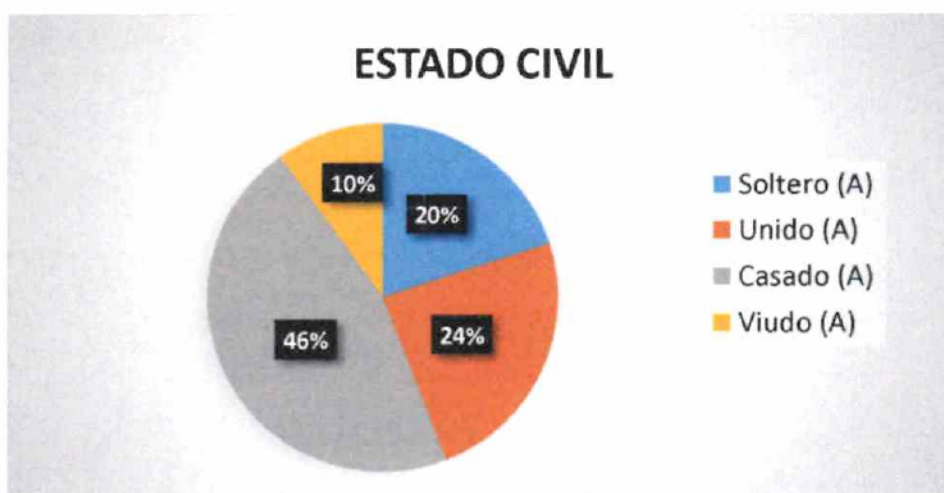
TABLA No. 3

ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS

ETADO CIVIL	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Soltero (A)	10	20%
Unido (A)	12	24%
Casado (A)	23	46%
Viudo (A)	5	10%
Total	50	100%

Fuente: Pacientes encuestados del Programa de Atención a Pacientes Renales (CAIPAR) de la Policlínica Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, Provincia de Colón.

GRÁFICA No. 3



Fuente: Tabla No. 3

De un grupo de 50 pacientes encuestados el 46% (23 pacientes entre mujeres y hombres) son unidos; el 24% (12 pacientes entre mujeres y hombres) son casados; 5 pacientes que representan un 10% (entre mujeres y hombre) son viudos, y un 20% (10 pacientes entre hombre y mujeres) son solteros.

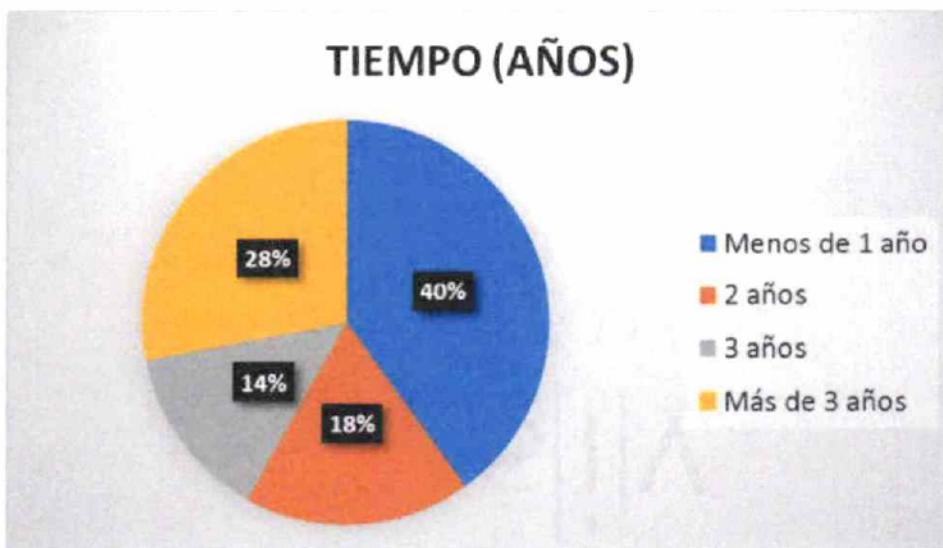
TABLA No. 4

TIEMPO (AÑOS) QUE TIENEN REALIZÁNDOSE DIÁLISIS PACIENTES ENCUESTADOS

TIEMPO	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Menos de 1 año	20	40%
2 años	9	18%
3 años	7	14%
Más de 3 años	14	28%
TOTAL	50	100%

Fuente: Pacientes encuestados del Programa de Atención a Pacientes Renales (CAIPAR) de la Policlínica Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, Provincia de Colón.

GRÁFICA No. 4



Fuente: Tabla No. 4

De la población encuestada, el 40% (20 pacientes) cuenta con menos de un año dializándose; el 18% (9 pacientes) cuenta con más de dos años en el proceso de diálisis; mientras que un 14% (7 pacientes) se encuentran aún dializándose, el 28% (14 pacientes), llevan más de 3 años realizándose diálisis, esto nos indica que conviven con la enfermedad de insuficiencia renal crónica por largos periodos de tiempo.

TABLA No. 5

**TIEMPO (DÍAS, MESES Y AÑOS) QUE TIENEN REALIZÁNDOSE DIÁLISIS
PACIENTES ENCUESTADOS**

TIEMPO	No. PACIENTES	PORCENTAJE
DÍAS	0	0%
MESES	24	48%
AÑOS	26	52%
TOTAL	50	100%

Fuente: Pacientes encuestados del Programa de Atención a Pacientes Renales (CAIPAR) de la Policlínica Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, Provincia de Colón.

GRÁFICA No. 5



Fuente: Tabla No. 5

De la población estudiada, el 52% (26 pacientes) llevan más años con insuficiencia renal crónica, el 48% (24 pacientes) conviven con la enfermedad por un corto periodo de tiempo, menos de ocho meses. Dicha estadística se vuelve preocupante porque cada día aumenta la incidencia de esta patología, conforme se describe en la contextualización de esta investigación.

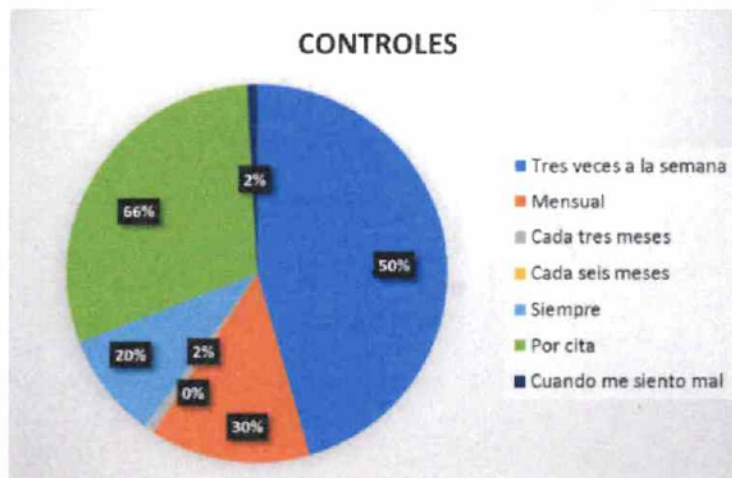
TABLA No. 6

**PACIENTES ENCUESTADOS QUE ACUDEN A SUS CONTROLES
MÉDICOS**

CONTROLES	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Tres veces a la semana	50	100%
Mensual	15	30%
Cada tres meses	1	2%
Cada seis meses	0	0%
Siempre	10	20%
Por cita	33	66%
Cuando me siento mal	1	2%
TOTAL	50	100%

Fuente: Pacientes encuestados del Programa CAIPAR de la Policlínica Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, Provincia de Colón.

GRÁFICA No. 6



Fuente: Tabla No. 6

De los pacientes incluidos en la investigación el 100% (50 pacientes) acuden a su tratamiento sustituto con hemodiálisis tres veces a la semana. Considerando además que el 66% (33 pacientes) acuden al programa por cita establecida por el médico tratante. Con lo que se muestra la necesidad de apoyo tanto psicológico como social, para que los pacientes puedan sobrellevar la enfermedad que les ha tocado vivir.

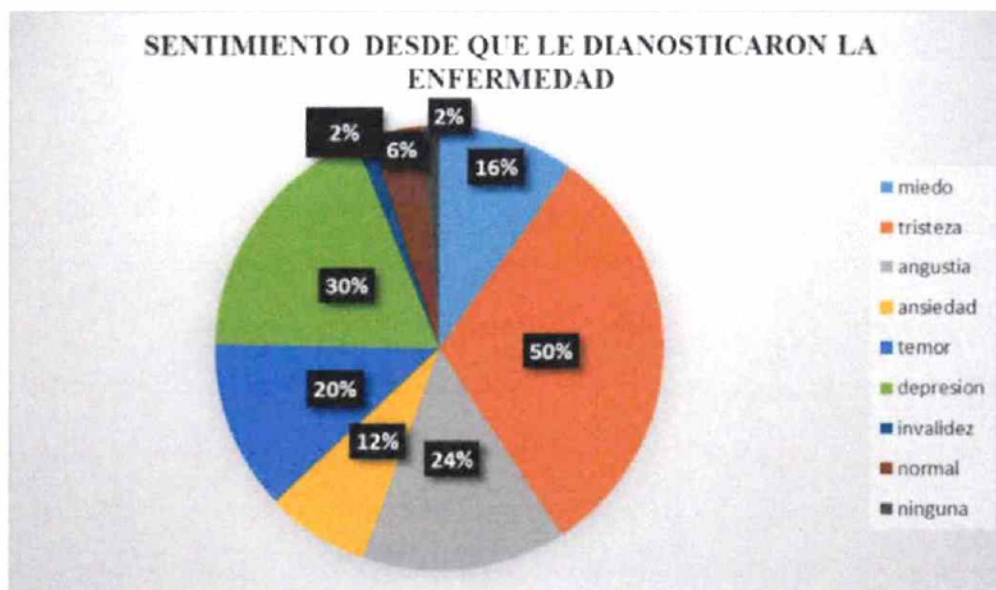
TABLA No. 7

**DESDE QUE LE DIAGNOSTICARON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA,
USTED SE HA SENTIDO CON**

Concepto o aspectos	No. Pacientes	Porcentaje
Miedo	8	10%
Tristeza	25	31%
Angustia	12	15%
Ansiedad	6	7%
Temor	10	12%
Depresión	15	19%
Invalidez	1	1%
Normal	3	4%
Ninguna	1	1%
Total	81	100%

Fuente: Pacientes encuestados del Programa de Atención a Pacientes Renales (CAIPAR) de la Policlínica Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, Provincia de Colón.

GRÁFICA No. 7



Fuente: Tabla No. 7

Cabe señalar que nuestra tabla muestra 81 pacientes, esto es debido a que algunos de los pacientes se identificaron con dos o tres sentimientos, El sentimiento mayor identificado por la población estudiada es la tristeza 31% (25 pacientes). Seguido por la depresión 19% (15 pacientes), angustia 15% (12) y el temor 12% (10 pacientes).

TABLA No.8

CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL ÁREA FAMILIAR

CALIDAD DE ATENCIÓN	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Afectividad	25	50%
Abandono	1	2%
Conflicto	4	8%
Cambio en la dinámica familiar	20	40%
TOTAL	50	100%

Fuente: Pacientes encuestados del Programa de Atención al Paciente Renal (CAIPAR) de la Policlínica Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, Provincia de Colón.

GRÁFICA No.8



Fuente: Tabla No. 8

Claramente se muestra en la gráfica que el 50% (25 pacientes) reciben mucha afectividad por medio de sus familiares. Sin embargo, un 40% (20 pacientes) nos señalaron que ha cambiado la dinámica familiar en sus hogares. Reiteramos la necesidad del apoyo psicológico y social dirigida a los pacientes y también a sus familiares en cuanto a la dinámica familiar y el conflicto que un 8% (4 pacientes) reflejan en sus hogares.

TABLA No. 9

PACIENTE CUENTA CON ACOMPAÑANTE PARA SUS CITAS

Cuenta con acompañante	No. Paciente	Porcentaje
SI	40	80%
No	10	20%
Total	50	100%

Fuente: Pacientes encuestados del Programa CAIPAR de la Policlínica Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, Provincia de Colón.

GRAFICA No. 9



Fuente: Tabla No.9

El 80% de los pacientes encuestados expresaron que cuentan con acompañante a sus controles médicos. Mientras que un 20% (10 pacientes) acuden solos a sus controles. Recomendamos que se trabaje la parte psicológica y social con este grupo de pacientes y su familiar.

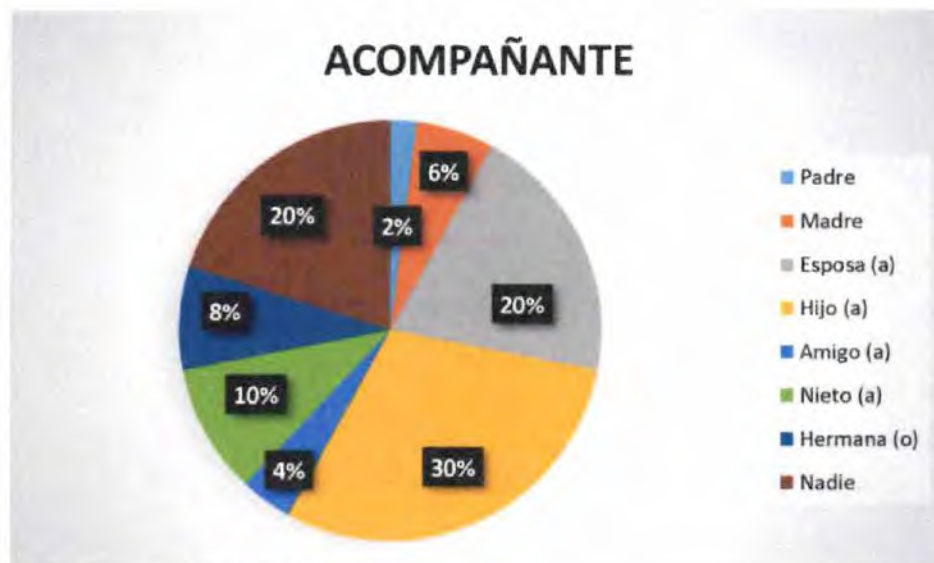


TABLA No. 10
QUIÉN LO ACOMPAÑA

LO ACOMPAÑA	PACIENTE	PORCENTAJE
Padre	1	2%
Madre	3	6%
Esposa (a)	10	20%
Hijo (a)	15	30%
Amigo (a)	2	4%
Nieto (a)	5	10%
Hermana (o)	4	8%
Nadie	10	20%
Total	50	100%

Fuente: Pacientes encuestados del Programa de Pacientes Renales (CAIPAR) de la Policlínica Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, Provincia de Colón.

GRÁFICA No. 10



Fuente: Tabla No. 10

Al analizar esta gráfica pudimos observar que el 30% (15 pacientes) acuden a sus controles acompañados de sus hijos(as); mientras que un 20% (de 10 pacientes) son acompañados de su esposa, de igual manera un 20% (10 pacientes) nadie los acompaña. Recomendamos dar seguimiento psicológico y social a estos pacientes que acuden solos a sus citas.

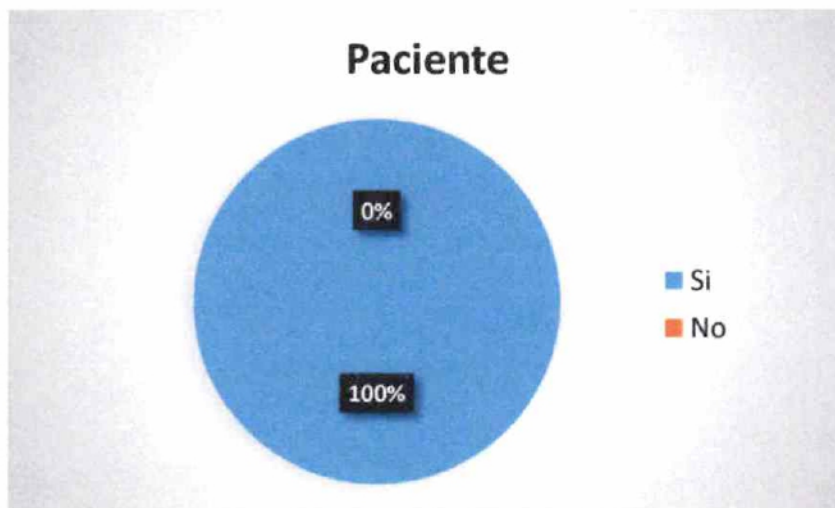
TABLA NO. 11

HA RECIBIDO INTERVENCIÓN SOCIAL POR PARTE DEL TRABAJADOR SOCIAL

Intervención Social	Paciente	Porcentaje
Si	50	100%
No	0	0%
Total	50	100

Fuente: Pacientes encuestados del Programa de Atención a Pacientes Renales (CAIPAR) de la Policlínica Hugo Spadafora del Corregimiento, de Cristóbal Provincia de Colón.

GRÁFICA NO. 11



Fuente: Tabla No.11

Es claro, mediante esta gráfica, que los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y en tratamiento con hemodiálisis que son atendidos en el Programa de atención a Pacientes Renales de la Policlínica Hugo Spadafora sí han recibido intervención social en un 100%.

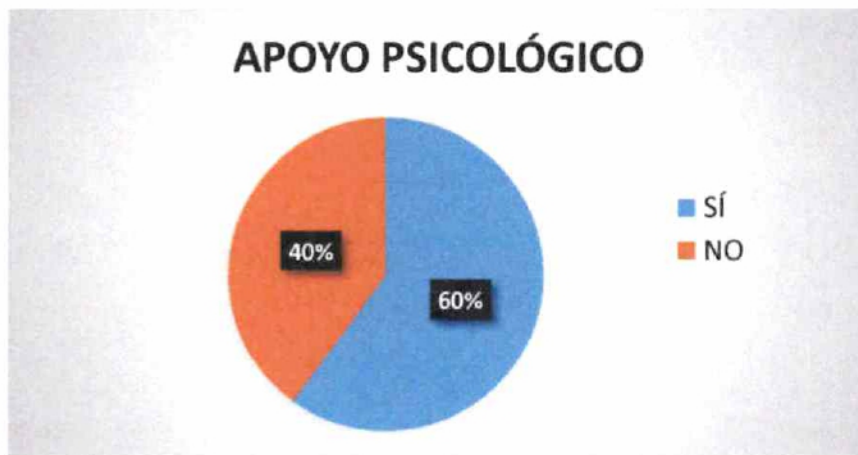
TABLA NO. 12

HA RECIBIDO APOYO PSICOLÓGICO

Apoyo Psicológico	Paciente	Porcentaje
SÍ	30	60%
NO	20	40%
TOTAL	50	100%

Fuente: Pacientes encuestados que asisten al Programa CAIPAR de la Policlínica Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, Provincia de Colón.

GRÁFICA NO. 12



Fuente: Tabla No. 12

La gráfica nos muestra que un 60% (30 pacientes) han recibido apoyo psicológico, pero el 40% de la población estudiada que son (20 pacientes) responde que no ha recibido este apoyo psicológico. Se considera que el apoyo psicológico debe seguir llegando a toda la población atendida en este programa y trabajar exhaustivamente para mejorar o minimizar los factores psicosociales que inciden en la calidad de vida de estos pacientes.

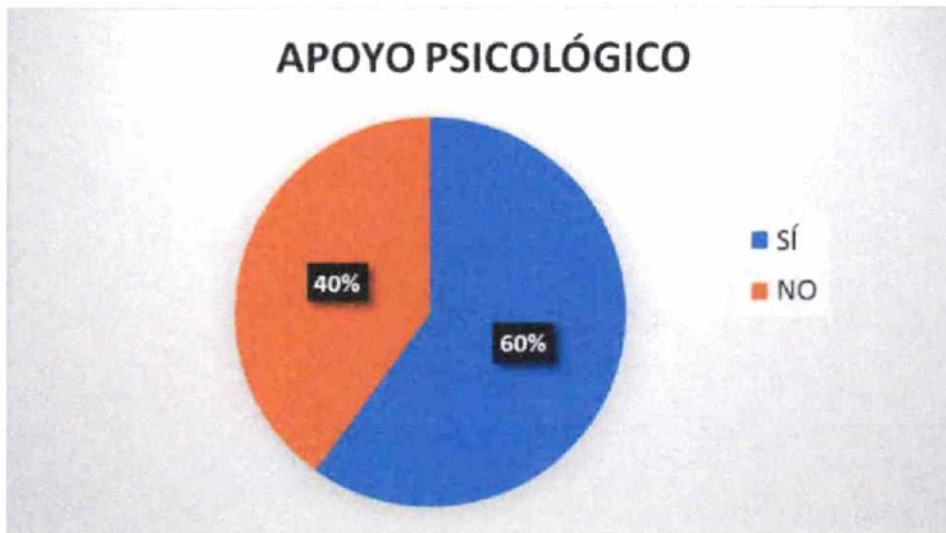
TABLA No. 13

ESTÁ EN UN PLAN PARA REMEDIAR SUS CRISIS DE SALUD

Plan para remediar sus crisis de salud	Paciente	Porcentaje
Sí	32	64%
No	18	36%
Total	50	100%

Fuente: Pacientes encuestados que se atienden en el Programa CAIPAR de la Policlínica Hugo Spadafora, Corregimiento de Cristóbal, Provincia de Colón.

GRÁFICA No. 13



Fuente: Tabla No. 13

El 64% que equivale a 32 pacientes nos refieren que tienen un plan para remediar sus crisis de salud, esto corresponde a un total de 32 pacientes.

Mientras que un 36% que representa a (18 pacientes) no cuenta con un plan para remediar su crisis de salud, sin embargo y como se describe en la gráfica No. 7 se debe trabajar la parte psicológica que sienten estos pacientes en los sentimientos de tristeza, depresión y angustia. Esto nos indica que se debe trabajar en estos factores para mejorar la calidad de vida en este grupo de pacientes.

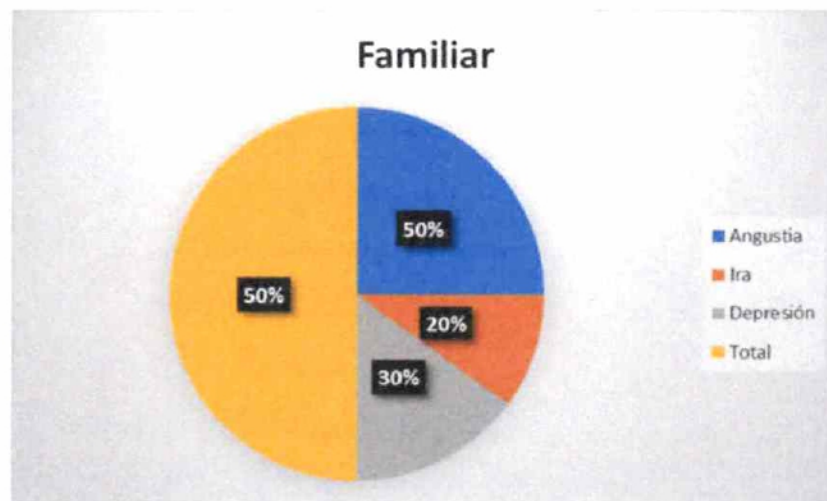
TABLA No.14

**EL FAMILIAR DE QUÉ MANERA HA ENFRENTADO LOS SENTIMIENTOS
DE**

Familiar	No.	Porcentaje
Angustia	25	50%
Ira	10	20%
Depresión	15	30%
Total	50	100%

Fuente: Familiares encuestados que acompañan a su paciente que se atiende en el Programa de Atención al Paciente Renal (CAIPAR), de la Policlínica Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, Provincia de Colón.

GRAFICA No. 14



Fuente Cuadro No.14

De 25 familiares encuestados que corresponde al 50% nos indica que sintieron angustia al conocer la enfermedad de su familiar. Un 30% (15 familiares) nos indicaron que se sintieron con depresión. Con respecto al 20% de los familiares nos refieren que sintieron ira ante la enfermedad de su familiar. Reiteramos una vez más la necesidad de brindar apoyo psicológico y social a los familiares de los pacientes que se realizan hemodiálisis.

TABLA No. 15

**SUS ACTIVIDADES DIARIAS HAN CAMBIADO DESDE QUE SE
ENCUENTRA EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS.**

Actividades diarias	Paciente	Porcentaje
Mucho	40	80%
Poco	10	20%
Nada	0	0%
Total	50	100%

Fuente: Pacientes encuestados del Programa de pacientes renales CAIPAR de la Policlínica Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, Provincia de Colón.

GRÁFICA NO. 15



Fuente: Tabla No. 15

Las actividades diarias de los pacientes con insuficiencia renal crónica y que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis del Programa de CAIPAR son muy afectados, demostrándose en nuestra gráfica que un 80% (40 pacientes) ha reflejado un cambio diario. Recomendamos la necesidad de trabajar la parte psicológica y la social para que estos pacientes que forman o son dependientes de una familia o peor aún si la familia depende de ellos puedan mejorar su calidad de vida.

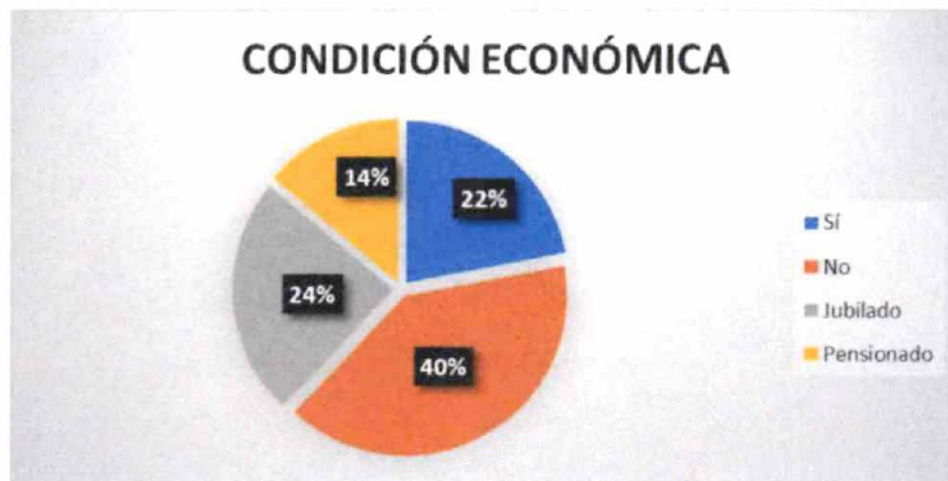
TABLA NO. 16

CONDICIÓN ECONÓMICA

Condición Económica	Paciente	Porcentaje
Trabaja Sí	11	22%
Trabaja No	20	40%
Jubilado	12	24%
Pensionado	7	14%
Total	50	100%

Fuente: Pacientes encuestados que se atienden en el Programa de Atención a Pacientes Renales (CAIPAR), de la Policlínica Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, de la Provincia de Colón.

GRÁFICA NO. 16



Fuente Tabla No. 16

El 40 % de los pacientes encuestados no trabajan ni poseen recursos económicos para solventar el tratamiento de su enfermedad renal. El 24% de la población encuestada son jubilados por lo cual este sustento sólo le sirve para los gastos de su enfermedad. Un 22% si trabaja, posee los recursos para solventar el tratamiento de la enfermedad. Incitamos a que se le pueda apoyar a los pacientes que no laboran en la parte social ya que esta afectación económica desmejora los factores psicosociales y su calidad de vida.

GRÁFICA NO. 17

CÓMO SUFRAGA LOS GASTOS DE LA ENFERMEDAD

Ingreso Propio	Paciente	Porcentaje
Sí	22	44%
No	28	56%
Total	50	100%

Fuente: Pacientes encuestados que se atienden en el Programa de Atención a Pacientes Renales (CAIPAR), de la Policlínica Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, de la Provincia de Colón.

GRÁFICA NO. 17



Fuente: Tabla No. 17

El 56% (28 de los pacientes) encuestados, no poseen una economía suficiente para solventar el tratamiento de su enfermedad renal. Mientras que el 44% (22 de los pacientes encuestados) cuentan con ingreso propio para solventar los gastos.

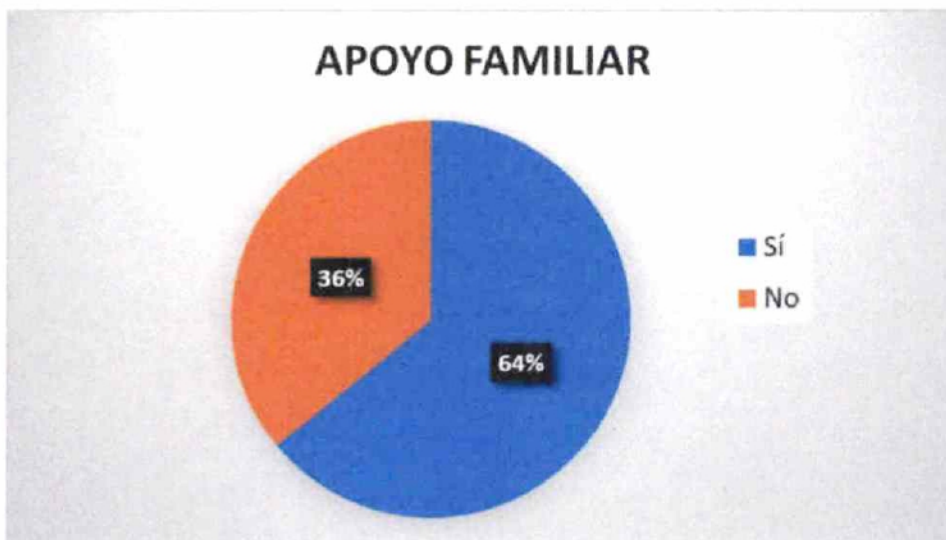
Se propone que el departamento de trabajo social junto a los familiares de los pacientes que no cuentan con ingresos se les pueda referir a alguna institución Gubernamental, no gubernamental u ONG para que se le pueda brindar el apoyo de acuerdo a la situación que ellos evalúen y que este apoyo les pueda ayudar a sufragar parte de su enfermedad renal.

TABLA NO. 18
APOYO FAMILIAR

Apoyo familiar	Pacientes	Porcentaje
Sí	32	64%
No	18	36%
Total	50%	100%

Fuente: Pacientes que se atienden en el Programa de Atención a Pacientes Renales (CAIPAR), de la Policlínica Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, de la Provincia de Colón.

GRÁFICA NO. 18



Fuente: Tabla No. 18

Nuestro gráfico nos presenta que el 64% (32 pacientes) encuestados refieren obtener apoyo económico por parte de la familia, es aquí donde se debe trabajar exhaustivamente para apoyar psicológicamente a los familiares porque además del tiempo que tienen que convivir con las dolencias y sentimientos de su paciente, se suman los gastos económicos que deben solventar y enfrentar la enfermedad.

TABLA NO.19

RECIBE APOYO DE ALGUNA INSTITUCIÓN

Apoyo de Institución	Paciente	Porcentaje
Sí	1	2%
No	49	98%
Total	50	100%

Fuente: Pacientes encuestado del Programa de Atención a Pacientes Renales (CAIPAR), de la Policlínica Hugo Spadafora Corregimiento de Cristóbal Provincia de Colón.

GRÁFICA NO.19



Fuente: Tabla No. 19

El 98% corresponde a 49 pacientes encuestados que refieren no contar con apoyo de ninguna institución. Por lo que se incita al equipo interdisciplinario a que coordinen enlaces interinstitucionales para ingresar mediante evaluación a los pacientes que requieran este apoyo.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

CAPÍTULO VI PROPUESTA

6.1. Programa de Intervención Interdisciplinario Orientado a minimizar o mejorar los factores psicosociales en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis y sus familias.

6.1.1. Antecedentes

Los avances en la tecnología de los tratamientos sustitutivos para la insuficiencia renal crónica garantizan la supervivencia de los enfermos, pero no necesariamente se traducen en un completo bienestar físico, emocional y social (**García y Calvanese, 2008**) El interés por la calidad de vida existe desde la época de los antiguos griegos. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la introducción en ámbitos como la sanidad es relativamente reciente. (**Alcario, 2010**).

La OMS define el término como la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro de un contexto cultural en que vive y en relación a sus expectativas, valores e intereses. Es un concepto tridimensional de muy difícil medición. Es por eso que el tratamiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica, debe ir orientado a conseguir una calidad de vida óptima y no sólo a conseguir una estabilidad en los criterios clínicos.

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

múltiples anulaciones, la dieta, la restricción de líquidos, las técnicas dolorosas, la pérdida de la esperanza en un trasplante renal y en muchos casos el abandono familiar, afectan notablemente al paciente, disminuyen su colaboración en el tratamiento y hacen que manifieste una actitud negativa hacia el proceso de diálisis.

Estos factores tanto psicológicos como sociales provocan emociones en el paciente, que según **Álvarez (2002)**, se basan en la elaboración de la información sobre la afectividad y en la manera en que esto repercute en sus procesos cognitivos; así, al presentarse una emoción negativa, se espera que sea acompañada también por pensamientos negativos. Esta expresión emocional es la manera en que las personas determinan su calidad de vida.

Otro factor relevante que se relaciona con la calidad de vida es el soporte social, el cual ha sido caracterizado de formas muy variadas según diversos autores. **House (1981)**, por ejemplo, lo define como una transacción interpersonal que involucra interés emocional, ayuda instrumental, información o valoración. **Bravo y Serrano (1997)**, como la descripción de los lazos que unen a las personas, por medio de los cuales se manifiesta solidaridad y ayuda. **Páez y Cols. (1993)**, lo describen como la existencia de relaciones con un significado de apoyo emocional, informacional y material y no solamente como la inserción objetiva en una red social. **Taylor (1999)** pues en ellos se dialoga sobre los problemas ocasionados por la misma enfermedad y se ofrece información sobre cómo otros los han afrontado exitosamente.

Puede decirse que el soporte social no sólo se refiere a pertenecer a un grupo con algún interés en común o recibir apoyo material proveniente de este mismo, sino más bien en cómo la persona concibe ese nivel de pertenencia y aprovecha eficazmente los recursos que el grupo, familiar, amigos, compañeros de trabajo, personal de salud, etc. le brinda **(Alcario, 2010)**. Dentro de los aspectos negativos del proceso de hemodiálisis se encuentran una obligada limitación física y numerosas respuestas emocionales negativas (depresión, miedo, etc.), por lo que los pacientes señalan que no son capaces de realizar algunas de las actividades que hacían antes y sentirse cansados la mayor parte del tiempo **(White y Grenyer, 1999)**.

Tomando en cuenta estos antecedentes y una vez que se ha llegado a la conclusión de que los factores psicosociales y la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica se relacionan de forma directa, es decir, que mientras existan dichos factores y dependiendo de su influencia, variará el sentido de calidad de vida percibida por cada individuo, se propone que la mejor alternativa para mejorar esta calidad de vida es intervenir en estos principales factores. Frente a este problema importante de salud se ha formulado un programa de intervención social y psicológica, en el que no sólo se incluya al paciente sino también a sus familiares, ya que de una u otra forma son parte de la dolencia del paciente. Una organización de esta naturaleza tiene dos funciones básicas: estructurar este programa dirigido a los pacientes y familiares para apoyarles en el manejo de su enfermedad y educarlos para que mejoren su calidad de vida.

6.2. Justificación

Se propone este programa de intervención interdisciplinario para minimizar o mejorar los factores psicosociales que afectan la calidad de vida de los pacientes debido a que

- Si no existe apoyo psicológico, este no es tan efectivo para los pacientes, y peor aún para sus familiares.
- En cuanto al factor social, si bien es más efectivo no deja de ser importante en relación con la calidad de vida de estos pacientes con insuficiencia renal crónica.
- La conveniencia de establecer este programa de intervención como parte del manejo integral de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis y su familia.
- La participación de estudiantes tanto de la carrera de Trabajo Social como de la carrera de Psicología, con el fin no solo de ayudar al paciente y a la familia, sino también a la formación de dichos estudiantes.
- Y sobre todo precautelar tanto la salud física como mental, de la familia y de los pacientes con insuficiencia renal crónica.

6.3. Objetivo General:

Orientar a un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en el programa de atención a los pacientes renales y su familia con temas de intervención social, para mejorar y/o minimizar los factores psicosociales que inciden en su calidad de vida.

6.4. Análisis de Factibilidad

La propuesta es factible porque se dispone del material adecuado para realizar esta intervención dirigida a las familias y los pacientes con insuficiencia renal crónica que se encuentran en tratamiento con hemodiálisis. Además de que la institución, donde se va a ejecutar la propuesta, cuenta con el personal capacitado, con la predisposición de los pacientes y con la **colaboración** de quienes lo aprueben, se insistirá en su ejecución porque el apoyo que necesita el paciente y su familia es muy importante. Nos apoyarán los estudiantes de Trabajo Social y de Psicología que estudian en el Centro Regional Universitario de Colón. Se insistirá en su ejecución porque el apoyo que necesitan estos pacientes y sus familias es muy importante para minimizar o mejorar los factores psicosociales que podrán cambiar su calidad de vida y sobre todo porque es responsabilidad tanto de los profesionales de la salud como de los otros futuros profesionales.

6.5. Alcance

Cincuenta (50) pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia que pertenecen al programa de atención al paciente renal (CAIPAR).

6.6. Ubicación Sectorial y Física

La propuesta se va a realizar en el área de Trabajo Social y Psicología del Programa CAIPAR (Hemodiálisis) de la unidad ejecutora Policlínica Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, de la Provincia de Colón.

6.7. Tiempo

Dos veces al mes con una duración de seis meses, se evaluará el programa por el equipo interdisciplinario que llevará a cabo el programa.

6.8. Programa.

El programa consiste en orientar a un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia en temas de intervención psicosocial, grupal, con diferentes temas destinados a minimizar y/o mejorar los factores psicosociales que inciden en la calidad de vida de esta población estudiada. Se establece el orden de actuación, temas, actividades, acciones, estrategias, indicadores, materiales a utilizar y los responsables de llevar a cabo el programa.

6.9. Modelo Operativo

La ejecución de la propuesta se les realizará en varias etapas que se iniciarán posterior a la defensa del estudio, se pondrá a consideración del Trabajador Social y el Psicólogo tratantes del Programa de CAIPAR, quienes darán el visto bueno para su aplicación, Seguidamente se brindará una capacitación al personal de apoyo en este caso a los estudiantes de Trabajo Social y de la Escuela de Psicología e iniciará su aplicación cada año deberán ser evaluados los resultados obtenidos y en base a lo que permitirá mantener, modificar o retirar el programa de intervención propuesto y sustituirlo por otro que mejore lo anteriormente aplicado en base a estudios futuros.

6.10. Administración

La propuesta se realizará en el Centro de Atención para Pacientes Renales (CAIPAR) de la Unidad Ejecutora de la Policlínica Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal de la Provincia de Colón, con la participación del personal de Trabajo Social y Psicólogo, del CAIPAR, estudiantes de Psicología, estudiantes de Trabajo Social del Centro Regional Universitario de Colón, quienes son el personal encargado de brindar información y atención personalizada a cada uno de estos pacientes.

Y quienes recibirán una capacitación previa para que tengan las bases suficientes sobre el tema y puedan llevar a cabo de forma adecuada la intervención. Por consiguiente, los pacientes y su familia puedan mejorar su percepción acerca de los factores psicosociales y de su calidad de vida.

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

6.11. Programa

Intervención interdisciplinaria orientado hacia minimizar y/o mejorar los factores psicosociales que inciden en la calidad de vida de un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis y su familia, del Programa de Atención a Pacientes Renales (CAIPAR.).

6.11.1. Tabla Programa de Intervención para los Pacientes

Temas	Actividades	Acciones	Estrategias	Indicador	Materiales	Responsables
Salud Mental	Disminuir la auto exigencia y su aspecto emocional	Desarrollar estrategias vinculadas con procesos de promoción de la salud que fomenten y fortalezcan los estilos de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> - Guía informática del taller - Elaborar tríptico - Cuestionario de evaluación 	Dos veces a la semana jueves y sábados Dirigido a 50 pacientes con IRC 25 por cada día Por seis meses.	<ul style="list-style-type: none"> - Proyector - Computadora - Pizarrón - Marcadores - Carteles - Sillas, - Papel -Copias - Impresiones 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajador Social - Psicólogo - Psiquiatra - Estudiantes de la Escuela de Trabajo Social y de Psicología
Adaptación durante el tratamiento	Ayudar a seguir adaptándose a las alteraciones que puede producir el tratamiento tanto en el cuerpo como en el estado de ánimo	Orientar hacia aquellos recursos que puedan ayudarlos tanto en el cuidado de su imagen como en las modificaciones en el ámbito familiar, laboral y social	<ul style="list-style-type: none"> - Guía informática del taller - Elaborar tríptico - Cuestionario de evaluación 	Todos los sábados. 25 pacientes cada sábado por seis meses.	<ul style="list-style-type: none"> - Proyector - Computadora - Pizarrón - Marcadores - Carteles - Sillas, - Papel - Copias - Impresiones 	<ul style="list-style-type: none"> - Médico - Enfermera - Trabajador Social - Psicólogo
Autoestima	Facilitar y promover el auto control para analizar	Participación en talleres de: auto aceptación	<ul style="list-style-type: none"> - Guía informática del taller - Elaborar tríptico 	Los martes de cada semana.	<ul style="list-style-type: none"> - Proyector - Computadora - Pizarrón 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajador Social - Psicólogo

	objetivamente su realidad	auto responsabilidad vivir conscientemente	- Cuestionario de evaluación	25 pacientes en horario matutino y 25 en horario vespertino Por seis meses.	- Marcadores - Carteles - Sillas, - Papel - Copias - Impresiones	- Estudiantes de la Escuela de Trabajo Social y de Psicología
Estilo de vida saludables	Fortalecer procesos preventivos con miras a lograr un cambio real y positivo en su estilo de vida y actividades diarias	Lograr que los pacientes asuman una responsabilidad en cuanto a la conservación de su salud.	- Guía informática del taller - Elaborar tríptico - Cuestionario de evaluación	Los miércoles de cada semana. En horario matutino y horario vespertino 25 pacientes en horario matutino y 25 en horario vespertino Por cuatro meses.	- Proyector Computadora - Pizarrón - Marcadores - Carteles - Sillas, - Papel - Copias - Impresiones	- Trabajador Social, Psicólogo - Nutricionista - Estudiantes de la Escuela de Trabajo Social y de Psicología
Sentimientos de miedo, tristeza, angustia, ansiedad, temor y depresión	Aportar elementos que capaciten al paciente a adaptarse y resolver sus sentimientos	Evaluar la capacidad que tienen para hacer frente a sus sentimientos Ayudarlos a recuperar aquellos sentimientos positivos	- Guía informática del taller - Elaborar tríptico - Cuestionario de evaluación	Días jueves 25 pacientes por cada jueves Horario matutino durante un mes	- Proyector Computadora - Pizarrón - Marcadores - Carteles - Sillas, - Papel - Copias - Impresiones	- Trabajador Social, Psicólogo - Nutricionista - Estudiantes de la Escuela de Trabajo Social y de Psicología
Fortalecimiento y convivencia del paciente hacia la familia	Cómo es la relación con su familia, que ha cambiado desde su diagnóstico Cómo es ahora la comunicación con su familia desde su enfermedad	Brindar atención social y psicológica Coordinación y comunicación que permita fortalecer los lazos familiares Conocer los problemas que inquietan a los pacientes en el área familiar	- Guía informática del taller - Elaborar tríptico - Cuestionario de evaluación	Dos veces a la semana martes y viernes 25 pacientes por día Horario vespertino y matutino Por tres meses	- Proyector Computadora - Pizarrón - Marcadores - Carteles - Sillas, - Papel - Copias - Impresiones	- Trabajador Social, Psicólogo - Estudiantes de la Escuela de Trabajo Social y de Psicología

6.11.2. Tabla No. 9 Programa de Intervención para los Familiares

Tema	Actividad	Acciones	Estrategias	Indicadores	Materiales	Responsable
Taller de Emociones Sentimientos Depresión, Angustias y de Ira	Facilitar herramientas e información adecuada para atender las necesidades de sus sentimientos	Evaluar la capacidad que tiene el familiar para hacer frente a estos sentimientos. Facilitar orientación y dotar de recursos y herramientas para resolver estas emociones.	- Guía informativa del Taller - Elaborar tríptico - Cuestionario de evaluación	Día Lunes Horario vespertino 25 familiares que indican sentimiento de angustia. 15 familiares con sentimientos de depresión. 10 familiares con sentimientos de ira. Por espacio de tres meses	- Proyector - Computadora - Pizarrón - Marcadores - Paleógrafo - Sillas, - Papel Boom - Copias - Impresiones	- Trabajador Social - Psicólogo - Terapeuta Familiar - Estudiantes de la Escuela de Trabajo Social y de Psicología
Estilo de vida saludables	Fortalecer procesos preventivos con miras a lograr un cambio real y positivo en su estilo de vida. Actividades Diarias	Lograr que las familias asuman una responsabilidad en cuanto a la conservación de la salud de los miembros de la familia más en el paciente con insuficiencia renal crónica	- Guía informativa del Taller - Elaborar tríptico - Cuestionario de evaluación	Día Viernes Horario vespertino 25 familiares en el turno matutino 25 familiares en el turno vespertino Por espacio de tres meses	- Proyector - Computadora - Pizarrón - Marcadores - Carteles - Sillas - Papel - Copias - Impresiones	- Trabajador Social, Psicólogo - Nutricionista - Estudiantes de la Escuela de Trabajo Social y de Psicología
Dinámica familiar	Identificación de las necesidades Análisis de la problemática familiar	Orientación Evaluación de la dinámica familiar Fenómenos que están influyendo en la dinámica familiar.	- Guía informativa del Taller - Elaborar tríptico - Cuestionario de evaluación	Día miércoles y sábados. Horario vespertino 50 familiares por espacio de cinco meses	- Proyector - Computadora - Pizarrón - Marcadores - Paleógrafo - Sillas - Papel Boom	- Trabajador Social, Psicólogo - Estudiantes de la Escuela de Trabajo Social y de Psicología

					- Copias - Impresiones	
Educación para la convivencia Familiar	Relación personal Relaciones interpersonales Relaciones grupales	Identificar la problemática en cuanto a las relaciones Determinar su procedencia y las consecuencias que derivan de las relaciones	- Guía informativa del Taller - Elaborar tríptico - Cuestionario de evaluación	25 familias Los días jueves de cada semana Horario matutino, vespertino Por espacio de cuatro meses	- Proyector - Computadora - Pizarrón - Fichas - Marcadores - Paleógrafo - Sillas - Papel Boom - Copias - Impresiones	- Trabajador Social, Psicólogo - Estudiantes de la Escuela de Trabajo Social y de Psicología
Fortalecimiento y convivencia del familiar hacia el miembro enfermo	Cómo es la relación con su familiar enfermo qué ha cambiado desde que se les diagnóstico la enfermedad. Cómo es ahora la comunicación con su familiar enfermo desde su tratamiento.	Brindar atención social y psicológica Coordinación y comunicación que permita fortalecer los lazos familiares Conocer los problemas que inquietan a los pacientes en el área familiar	- Guía informativa del Taller - Elaborar tríptico - Cuestionario de evaluación	Una vez a la semana viernes 25 pacientes por día Horario vespertino y matutino Por cinco mes	- Proyector - Computadora - Pizarrón - Fichas - Marcadores - Paleógrafo - Sillas - Papel Boom - Copias - Impresiones	- Trabajador Social, Psicólogo - Estudiantes de la Escuela de Trabajo Social y de Psicología

6.12. CRONOGRAMA DE GANTT

ACTIVIDADES TALLERES	NOVIEMBRE						DICIEMBRE						ENERO						FEBRERO						MARZO						ABRIL					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA	X	x																																		
DIRIGIDO A LOS PACIENTES																																				
Salud Mental				x	X	x		X				X		x					x	x					x	x					x	x				
Adaptación durante el tratamiento					X						x						x						x						x							
Autoestima				x				x						x					X						x						x					
Estilo de vida saludable			x					X						x						x																
Sentimientos de miedo, tristeza, angustia, ansiedad, temor y depresión				x						x						x																				
Fortalecimiento y convivencia del paciente hacia el familiar			x		x			x			x			x			x																			
DIRIGIDO AL FAMILIAR																																				
Taller de emociones depresión, angustia, ira					X						x						x						x						x							
Dinámica familiar			x		X			X			x			x			x			x			x			x			x							
Educación para la convivencia familiar				x						x						x						x														
Fortalecimiento y convivencia del familiar hacia el paciente					x					x						x							x													
EVALUACION DEL PROGRAMA																																			X	X

CONCLUSIÓN

Los factores psicosociales y la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en el Programa de Atención a Pacientes Renales de la unidad ejecutora de la Policlínica Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, Provincia de Colón; se relacionan de forma directa, es decir, que mientras existan dichos factores y dependiendo de su influencia en cada paciente y familia, variará el sentido de la calidad de vida, la dinámica familiar y los factores psicosociales están relacionados por el tiempo de duración del tratamiento sustitutivo “hemodiálisis”.

Una vez terminada la investigación se concluye que:

- La constelación de los y las pacientes encuestados, oscilan en las edades de 51 a 60 años, 18 pacientes encuestados refiriéndonos un a 32%, seguido de 61 a 70 no habiendo una variable en las edades de 40 a 50 años.
- Los principales factores psicológicos que afectan la calidad de vida de este grupo de pacientes son los sentimientos negativos de: tristeza, depresión, angustia, temor, y miedo
- Así mismo, en los pacientes encuestados el sexo femenino es mayoría, con un 68%. (34 pacientes).
- En cuanto al estado civil predominan los y las pacientes casados tanto en el sexo masculino como en el femenino con un 46%.
- Este grupo de pacientes encuestados manifestaron en un 40% (20 pacientes), que la enfermedad ha cambiado su dinámica familiar; mientras que a pesar de esto un 50% (25 pacientes) de esta población refiere que cuentan con la afectividad de sus familiares y amigos.

- A pesar del apoyo del equipo interdisciplinario hacia los pacientes y su familia, mediante dialogo y charlas es evidente que se debe trabajar con 40% (20) pacientes que manifestaron no haber recibido el apoyo psicológico.
- Las alteraciones de las actividades ejecutadas por este grupo de pacientes encuestados refieren que han tratado de acoplarse al ritmo que los lleva la enfermedad.

RECOMENDACIÓN

Las recomendaciones hacia la investigación realizada la fundamentamos en:

- Sintetizar los datos del porcentaje de pacientes que han reflejado el cambio de la dinámica familiar en su grupo de familia.
- Mantener un registro sistemático de los pacientes que arrojaron no haber recibido intervención psicológica.
- Realizar investigación dirigida a que factores son detonante en la población coclesana ya que es la provincia con más índice de pacientes con IRC.
- Promover el apoyo interdisciplinario, para intervenir con el grupo de pacientes que presentan tristeza, depresión, angustia, temor.
- Realizar seguimiento al 36% porcentaje de pacientes que no cuenta con un plan para remediar su crisis de salud. La intervención psicológica sería propicia en apoyar estos pacientes al descubrir un plan para sus crisis de salud.
- Desarrollar un programa educativo de sensibilización, promoción y prevención en centros educativos escuelas, colegios y universidades dirigidas a los estudiantes para adoptar estilos de vida saludables en la prevención de esta enfermedad insuficiencia renal crónica.
- Ejecución de la propuesta de intervención dirigida a las familias con los temas de orientación de prevención y promoción dirigido a cambiar los estilos de alimentación y de resolución de problemas relacionados con los factores psicosociales.
- A nuestras (os) colegas (os) que en su momento estudien esta maestría, que puedan realizar una investigación con respecto a los ciudadanos de la Provincia de Coclé ya

que esta provincia marca un alto índice de personas con insuficiencia renal crónica, cuales son los factores psicosociales que incide en esta enfermedad crónica.

- Que la propuesta vaya encaminada a la ejecución por parte del Centro Regional Universitario de Colón y el Centro de Atención al Paciente Renal en atención primaria sobre esta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- **ALONZO, L. (1994)** Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales Madrid: Síntesis
- **ÁLVAREZ, J. (2002).** Estudio de las creencias, salud y enfermedad: análisis psicosocial. México:
- **BRAVO, M. Y SERRANO, I. (1997).** La psicología preventiva y el apoyo social. En G. Buena-Casal, L.
- **DIAZ, G. (2005)** La entrevista cualitativa. Oaxaca, México Publicaciones de la Universidad Mesoamericana.
- **FERNÁNDEZ R. Y T.J. CARRASCO J. (EDS.):** Psicología preventiva. Madrid: Pirámide. Bloom, B.L. (1988).
- **FUNDACIÓN MEXICANA DEL RIÑÓN (2005).** Insuficiencia renal crónica. Disponible en línea: www.fundrenal.org.mx (Consultado el 20 de mayo de 2009).
- **GARCÍA, H. Y CALVANESE, N. (2008).** Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Psicología y Salud*, 18(1), 5-16.
- **GONZÁLEZ, C., VALENCIA, H., BERSCH, S. (2006)** Intervenciones Psicoterapéuticas en los Pacientes con Enfermedades médico Quirúrgico (Versión electrónica) *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 6, 72-88.
- **KERSNER, P.; (200).** Aspectos Psicosociales del paciente en Hemodiálisis *Rev. Soc. España Enferm, Nefrol.*, Vol. 7, No. 1 Fuente especificada no válida..
- **MARTÍNEZ, I. (2012).** Calidad de Vida de Pacientes en Programa de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (Tesis de Licenciatura en Enfermería) Universidad Veracruzana Veracruz México.

- **MERK SHARP & DOHNE; (1998).** Manual Merck de diagnóstico y terapéutica en línea España Disponible en: [http://www .msd.es/ publicaciones / mmerck_hogar/index.htm](http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/index.htm) l
- **PRESS. VIGOTSKI, L.S. (1972).** Psicología del arte. Madrid: Barral. Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S. y Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y Salud*, 15(2), 207-220.
- **RODRÍGUEZ Á., E., CAMPILLO, R. Y AVILÉS E., M. (2006).** Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia. *Procesos Psicológicos y Sociales*, 2(1-2). Disponible en línea: [www. uv.mx/ facpsi/ revista/ documents/ hacer.pdf](http://www.uv.mx/facpsi/revista/documents/hacer.pdf) (Consultado el 4 de mayo de 2009).
- **RODRÍGUEZ CAMPUZANIO, M. L. & FRÍAS MARTÍNEZ, L.; (2005).** Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad; revisión *Psicológica y Salud* Vol. 15, 2, 169-185 Fuente especificada no válida..
- **SAMPIERI, H. Y COLS. (2003)** Metodología de Investigación México McGraw Hill
- **TORRES BARRENECHEA, R.; (1995).** Interconsultas y enlace en psiquiatría *Boletín de la Escuela de Medicina, Universidad Católica de Chile*, Vol. 24 pág. 2.
- **TRILLAS. ANDREU V., Y., GALDON G., M.J. E IBÁÑEZ G., E. (1991).** Reacciones emocionales a través del estadio en el cáncer de mama. *Psicothema*, 3(2), 283-296.
- **VALERO GARCÍA, J.A. (2005)** Usos y perspectivas sociológicas de la entrevista como técnica de investigación social.

- **VELARDE-JURADO, E. & ÁVILA-FIGUEROA, C.; (2002).** Evaluación de la calidad de vida. Revista de Salud Pública de México, No. 44, 349-361. Fuente especificada no válida..
- **VINACCIA, S., QUINCENO, J.M., FERNÁNDEZ, H., CONTRERAS, F., BEDOYA, M., TOBÓN, S. & ZAPATA, M.; (2005),** Jul-Dic Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar *Psicología y salud* Vol. 15, 2, pág. 205-219.

INFOGRAFÍA

- <http://es.Sil.deshare.net/fidiase>
- Epidemiologia (2010) enfermedades-rena-crónicas%Ecuador, PA 191
- www.programas-de-saud-del-ministerio-de-saud-Venezuela

Maiquiflores

- <http://www.revistanefrologia.com/revista/P7-E110-S140>
- www.euniverso.com, pag.E8D4B087

ANEXOS

MAESTRIA

EN POLÍTICAS, PROMOCIÓN E INTERVENCIÓN FAMILIAR

Entrevista dirigida a familiares, pacientes con insuficiencia renal, atendidos en el programa de atención al paciente renal (CAIPAR) de la unidad ejecutora Policlínica Hugo Spadafora del corregimiento de Cristóbal, provincia de Colón

Como estudiante de la maestría de MPPIF de la Universidad de Panamá estamos realizando un estudio sobre Factores Psicosociales que inciden en la calidad de vida de los pacientes con IRC y su familia del programa CAIPAR (hemodiálisis).

Los resultado de esta investigación serán estrictamente confidenciales por el cual le solicitamos toda la objetividad y veracidad en la información que nos suministre desde ya agradezco su valiosa aprobación.

CÓDIGO: CE-PT-327-02-04-15-24

I. Datos generales

1. Edad _____
2. Sexo H _____ M _____
3. Estado Civil Soltero (a) _____ Unido (a) _____ Casado (a) _____ Viudo (a) _____

Hace cuánto tiempo le diagnosticaron Insuficiencia Renal Crónica.

Menos de 1 año: _____ 2 años _____ 3 años _____ Más de 3 años _____

Cuánto tiempo tiene haciéndose hemodiálisis. Escriba en Números.

Días _____ Meses _____ Años _____

Acude a sus controles médicos

Semanalmente _____ Mensualmente _____ Cada tres meses _____ Cada seis meses _____

Siempre _____ Por cita que dictaminé el médico _____ Cuando me siento mal _____

Desde que le diagnosticaron insuficiencia renal crónica. Usted se ha sentido con:

Miedo _____ Tristeza _____ Angustia _____ Ansiedad _____ Temor _____ Depresión _____

Calidad de Atención en el área familiar

Afectividad _____ Abandono _____ Conflicto _____ Cambio en la dinámica _____

Cambio en la dinámica familiar _____

Al familiar

De qué manera ha logrado enfrentar los problemas de:

Angustia _____

Ira _____

Paciente

Cuenta con acompañante para sus citas Si _____ No _____

Quien lo acompaña: Padre _____ Madre _____ Esposo (a) _____ Hijo (a) _____

Nieto (a) _____ Hermano (a) _____ Amigo (a) _____

Ha recibido ayuda en la atención de trabajo social Si _____ No _____

Ha recibido ayuda psicológica Si _____ No _____

Está en un plan para remediar sus crisis de salud Si _____ No _____

Sus actividades diarias han cambiado desde que se encuentra en tratamiento de hemodiálisis

Mucho _____ Poco _____ Nada _____

Condición Económica

Usted Trabaja Si _____ No _____ Pensionado _____ Jubilado _____

Cómo sufraga los gastos de la enfermedad

Ingresos Propios Si _____ No _____

Apoyo Familiar Si _____ No _____

Recibe apoyo de alguna institución gubernamental o no gubernamental

Si _____ No _____

De ser afirmativa mencione de qué forma y que institución

MUCHAS GRACIAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar: Programa Atención al Pacientes Renal (CAIPAR) de la unidad ejecutora Poclínica Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, de la Provincia de Colón.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre de la Investigación: Factores psicosociales que inciden en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia del Programa CAIPAR (Hemodiálisis) de la unidad ejecutora Policlínica Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal, de la Provincia de Colón.	
Nombre de la Institución Programa Centro de Atención al Paciente Renal	Área en la que se ejecutara la encuesta Trabajo Social
Fecha: _____ // _____ // _____ Día Mes Año	

Nombre de la Investigadora: Marlene Asprilla Ortiz

C.I.P. 3-114-122

Yo, _____, con C.I.P. _____ paciente del Programa CAIPAR (hemodiálisis), autorizo a la Licenciada Asprilla, quien está realizando su tesis para optar por el título en la Maestría Política, Promoción e Intervención Familiar, en el área de Trabajo Social (sala de espera) dirigido a los pacientes que se atienden en el programa a fin de que disponga y obtener los datos necesarios.

Bajo lo antes mencionado y leído acepto y doy mi consentimiento de firmar y apoyar a la investigación para la culminación de su Maestría.

Firma del Paciente

Firma de la Investigadora

ESTADÍSTICA

PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

A NIVEL NACIONAL EN LOS DIFERENTES

CENTROS DE ATENCIÓN AL PACIENTE RENAL

AÑOS

2015, 2016, 2017, 2018 Y

2019 HASTA SEPTIEMBRE

Estadística de pacientes con insuficiencia renal crónica durante el año 2015

Nº	Unidad	1er Trimestre (pacientes)	2do Trimestre (pacientes)	3er Trimestre (pacientes)	4to Trimestre (pacientes)	Total (pacientes)
1	Centro de Atención Integral para Pacientes Renales (Colón)	271	242	244	262	1019
2	Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid (Panamá)	531	594	631	632	2388
3	Hospital Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera	9	11	17	17	54
4	Hospital Rafael Estevez (Aguadulce)	449	443	436	444	1772
5	Hospital Rafael Hernández (David, Chiriquí)	579	622	639	640	2480
6	Hospital Susana Jones Cano (Panamá)	565	602	662	679	2508
7	Policlínica Santiago Barraza (Chorrera)	625	618	616	658	2517
8	Unidad Extrahospitalaria Hospital Raúl Dávila Mena (Changuinola)	103	98	102	114	417
9	Unidad Extrahospitalaria Hospital Dr. Dionisio Arrocha (Puerto Armuelle)	111	86	98	122	417
10	Unidad Extrahospitalaria Hospital Dr. Nelsón Collado (Chitré)	213	209	206	201	829
11	Unidad Extrahospitalaria Metro I (Panamá)	541	448	427	423	1839
12	Unidad Extrahospitalaria Metro II (Panamá)	465	458	454	456	1833
13	Unidad Extrahospitalaria Policlínica Horacio Díaz Gómez (Santiago)	170	183	196	197	746
14	Unidad Extrahospitalaria Hospital Dr. Ezequiel Abadía (Soná)	50	65	63	75	253
Total Anual		4,682	4,679	4,791	4,920	19,072

Estadística de pacientes con insuficiencia renal crónica durante el año 2016

N°	Unidad	1er Trimestre (pacientes)	2do Trimestre (pacientes)	3er Trimestre (pacientes)	4to Trimestre (pacientes)	Total (pacientes)
1	Centro de Atención Integral para Pacientes Renales (Colón)	270	251	279	251	1051
2	Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid (Panamá)	691	649	686	653	2679
3	Hospital Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera	22	24	20	24	90
4	Hospital Rafael Estevez (Aguadulce)	438	409	440	431	1718
5	Hospital Rafael Hernández (David, Chiriquí)	626	654	653	644	2577
6	Hospital Susana Jones Cano (Panamá)	703	710	694	691	2798
7	Policlínica Santiago Barraza (Chorrera)	688	702	715	718	2823
8	Unidad Extrahospitalaria Hospital Raúl Dávila Mena (Changuinola)	135	131	149	160	575
9	Unidad Extrahospitalaria Hospital Dr. Dionisio Arrocha (Puerto Armuelle)	136	145	165	177	623
10	Unidad Extrahospitalaria Hospital Dr. Nelsón Collado (Chitré)	206	201	199	185	791
11	Unidad Extrahospitalaria Metro I (Panamá)	415	446	463	464	1788
12	Unidad Extrahospitalaria Metro II (Panamá)	463	464	465	461	1853
13	Unidad Extrahospitalaria Policlínica Horacio Díaz Gómez (Santiago)	141	149	218	213	721
14	Unidad Extrahospitalaria Hospital Dr. Ezequiel Abadía (Soná)	85	87	94	100	366
Total Anual		5,019	5,022	5,240	5,172	20,453

Estadística de pacientes con insuficiencia renal crónica durante el año 2017

N°	Unidad	1er Trimestre (pacientes)	2do Trimestre (pacientes)	3er Trimestre (pacientes)	4to Trimestre (pacientes)	Total (pacientes)
1	Centro de Atención Integral para Pacientes Renales (Colón)	178	242	244	262	1197
2	Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid (Panamá)	531	594	631	632	2388
3	Hospital Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera	9	11	17	17	54
4	Hospital Rafael Estevez (Aguadulce)	449	443	436	444	1772
5	Hospital Rafael Hernández (David, Chiriquí)	579	622	639	640	2480
6	Hospital Susana Jones Cano (Panamá)	565	602	662	679	2508
7	Policlínica Santiago Barraza (Chorrera)	625	618	616	658	2517
8	Unidad Extra hospitalaria Hospital Raúl Dávila Mena (Changuinola)	103	98	102	114	417
9	Unidad Extrahospitalaria Hospital Dr. Dionisio Arrocha (Puerto Armuelle)	111	86	98	122	417
10	Unidad Extrahospitalaria Hospital Dr. Nelsón Collado (Chitré)	213	209	206	201	829
11	Unidad Extrahospitalaria Metro I (Panamá)	541	448	427	423	1839
12	Unidad Extra hospitalaria Metro II (Panamá)	465	458	454	456	1833
13	Unidad Extrahospitalaria Policlínica Horacio Díaz Gómez (Santiago)	170	183	196	197	746
14	Unidad Extrahospitalaria Hospital Dr. Ezequiel Abadía (Soná)	50	65	63	75	253
Total Anual		4,682	4,679	4,791	4,920	19,250

Estadística de pacientes con insuficiencia renal crónica durante el año 2018

Nº	Unidad	1er Trimestre (pacientes)	2do Trimestre (pacientes)	3er Trimestre (pacientes)	4to Trimestre (pacientes)	Total (pacientes)
1	Centro de Atención Integral para Pacientes Renales (Colón)	351	355	335	345	1386
2	Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid (Panamá)	546	614	656	649	2465
3	Hospital Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera	15	20	28	34	97
4	Hospital Rafael Estévez (Aguadulce)	464	463	464	478	1869
5	Hospital Rafael Hernández (David, Chiriquí)	612	667	670	688	2637
6	Hospital Susana Jones Cano (Panamá)	577	617	670	691	2555
7	Policlínica Santiago Barraza (Chorrera)	643	634	642	682	2601
8	Unidad Extra hospitalaria Hospital Raúl Dávila Mena (Changuinola)	116	112	114	129	471
9	Unidad Extra hospitalaria Hospital Dr. Dionisio Arrocha (Puerto Armuelle)	143	110	130	153	536
10	Unidad Extra hospitalaria Hospital Dr. Nelsón Collado (Chitré)	213	209	206	201	829
11	Unidad Extrahospitalaria Metro I (Panamá)	541	448	427	423	1839
12	Unidad Extra hospitalaria Metro II (Panamá)	569	479	449	444	1941
13	Unidad Extrahospitalaria Policlínica Horacio Díaz Gómez (Santiago)	192	196	208	173	769
14	Unidad Extra hospitalaria Hospital Dr. Ezequiel Abadía (Soná)	62	80	75	87	304
Total Anual		5,044	5,004	5,074	5,177	20,299

Estadística de pacientes con insuficiencia renal crónica durante el Tercer Trimestre del año 2019

Nº	Unidad	1er Trimestre (pacientes)	2do Trimestre (pacientes)	3er Trimestre (pacientes)	4to Trimestre (pacientes)	Total (pacientes)
1	Centro de Atención Integral para Pacientes Renales (Colón)	342	358	272	0	972
2	Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid (Panamá)	552	619	661	0	1832
3	Hospital Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera	21	28	36	0	85
4	Hospital Rafael Estévez (Aguadulce)	561	466	468	0	1495
5	Hospital Rafael Hernández (David, Chiriquí)	618	669	679	0	1966
6	Hospital Susana Jones Cano (Panamá)	583	632	679	0	1894
7	Policlínica Santiago Barraza (Chorrera)	647	646	658	0	1951
8	Unidad Extra hospitalaria Hospital Raúl Dávila Mena (Changuinola)q	116	112	114	0	342
9	Unidad Extra hospitalaria Hospital Dr. Dionisio Arrocha (Puerto Armuelle)	143	110	130	0	383
10	Unidad Extra hospitalaria Hospital Dr. Nelsón Collado (Chitré)	225	239	212	0	676
11	Unidad Extrahospitalaria Metro I (Panamá)	546	464	443	0	1453
12	Unidad Extra hospitalaria Metro II (Panamá)	584	347	400	0	1331
13	Unidad Extrahospitalaria Policlínica Horacio Díaz Gómez (Santiago)	192	211	208	0	611
14	Unidad Extra hospitalaria Hospital Dr. Ezequiel Abadía (Soná)	77	92	78	0	247
Total Anual		5,207	4,993	5,038	0	15,368

FORMULARIOS
UTILIZADOS EN EL CENTRO DE PACIENTES
RENALES
(CAIPAR)

FORMULARIOS
DEL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL



**CAJA DE SEGURO SOCIAL
PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS
HOJA DE ACEPTACIÓN DE REQUISITOS**

Es requisito ineludible entre otros para ser aceptado en el Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, que el solicitante demuestre su condición de asegurado y que se encuentre al día en el pago de sus cuotas de seguro social y se mantenga al día durante los tratamientos que ofrece el programa.

La Caja de Seguro Social se reserva el derecho de verificar la condición de asegurado, en el curso del trámite de aceptación de éste y si es aceptado, cada tres meses o antes si se estima conveniente, mientras esté en el Programa de Hemodiálisis en cualquiera de sus instalaciones que lo ofrece.

La pérdida del derecho del asegurado en cualquier momento del desarrollo del Programa de Hemodiálisis, causará la suspensión inmediata a continuar recibiendo los tratamientos que ofrece el programa.

ASEGURADO

Hago constar que he sido debidamente informado (a) e ilustrado (a) por la Caja de Seguro Social entre otras cosas, sobre el requisito de estar al día en las cotizaciones para obtener los beneficios del Programa de Hemodiálisis.

Nombre _____

Firma _____

Cédula _____ SS N° _____

Fecha _____

Dirección _____

Tel. _____

Si es Beneficiario agregar la siguiente información del Asegurado Directo:

Nombre _____ Parentesco _____

Dirección _____

Teléfono(s) _____

Firma _____

**CAJA DE SEGURO SOCIAL
PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS
HOJA CONTROL DEL DERECHO**

Nombre del Paciente _____

Asegurado Directo

S.S. _____ CIP _____

Beneficiario E/C Madre - Hijo

RESULTADO DE LA VERIFICACIÓN

FECHA	CON DERECH O	PIERDE EL DERECHO	REFERENCIA Y FIRMA

Nombre de la Unidad Ejecutora _____

Asegurado

No Asegurado
Caja de Seguro Social
Listado de Pacientes de Dializados

Unidad Ejecutora: _____

Periodo: _____

Nº	Nombre del Paciente	Sexo	Edad	Cédula	N/A	total de sesiones
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
					Total	

Director Médico / Nefrólogo

**Caja de Seguro Social
Programación de Sesiones de Hemodiálisis**

Nombre _____ Cédula _____

	FECHA		FECHA		FECHA
1		6		11	
2		7		12	
3		8		13	
4		9			
5		10			

Asegurado

**CAJA DE SEGURO SOCIAL
PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS**



**No Asegurado
CONTROL DE SESIONES**

Instalación _____

Nombre del Paciente _____ Cédula _____

Edad _____ Mes _____ Año _____

Número de Sesiones	Fecha	Turno	Firma del Paciente	Observaciones
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

Total de Sesiones

Observaciones

Firma del médico general asignado _____

Panamá

Doctor(a)

**Director(a) Ejecutivo(a) Nacional
de Servicios y Prestaciones en Salud**

Para los fines pertinentes relacionados con el proyecto de hemodiálisis –LP 2110006-08-21 nos permitimos **Certificar** que durante el período comprendido entre:

el _____ de 20__ y, el _____ de 20__
se realizaron de manera efectiva un total de _____ sesiones de hemodiálisis
a pacientes con insuficiencia renal crónica indicados en el listado oficial.

Unidad Ejecutora: _____

Atentamente

Director(a) Médico(a)

Servicio de Nefrología

**CAJA DE SEGURO SOCIAL
PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS
HOJA DE ACEPTACIÓN DE REQUISITOS**



Es requisito ineludible entre otros para ser aceptado en el Programa de Hemodiálisis de la Caja de Seguro Social, que el solicitante demuestre su condición de asegurado y que se encuentre al día en el pago de sus cuotas de seguro social y se mantenga al día durante los tratamientos que ofrece el programa.

La Caja de Seguro Social se reserva el derecho de verificar la condición de asegurado, en el curso del trámite de aceptación de éste y si es aceptado, cada tres meses o antes si se estima conveniente, mientras esté en el Programa de Hemodiálisis en cualquiera de sus instalaciones que lo ofrece.

La pérdida del derecho del asegurado en cualquier momento del desarrollo del Programa de Hemodiálisis, causará la suspensión inmediata a continuar recibiendo los tratamientos que ofrece el programa.

ASEGURADO

Hago constar que he sido debidamente informado (a) e ilustrado (a) por la Caja de Seguro Social entre otras cosas, sobre el requisito de estar al día en las cotizaciones para obtener los beneficios del Programa de Hemodiálisis.

Nombre _____

Firma _____

Cédula _____ SS N° _____

Fecha _____

Dirección _____ Tel. _____

Si es Beneficiario agregar la siguiente información del Asegurado Directo:

Nombre _____ Parentesco _____

Dirección _____

Teléfono(s) _____

Firma _____

FOTOS

PERSONAL DEL PROGRAMA

CAIPAR

DE LA UNIDAD EJECUTORA POLICLÍNICA HUGO

SPADAFORA

***QUE NOS BRINDÓ EL APOYO PARA LA
REALIZACIÓN DE NUESTRA INVESTIGACIÓN***

Entrevista con el Dr. Jeramaine Tolinson Coordinador del Centro de Atención a Pacientes Renales (CAIPAR) de Policlínica Hugo Spadafora



Entrevista con la Enfermera Encargada del programa Rosalinda Martínez



*Entrevista Para Obtener Información
Trabajadora Social Del CAIPAR
Licda. Julissa Navarro
Estudiante de Práctica Trabajo Social*



INICIO DE NUESTRA ENCUESTA DIRIGIDA A LOS Y LAS PACIENTES QUE SE ATIENDEN EN EL CAIPAR



***PRESENTACIÓN POR PARTE DE LA ENFERMERA ENCARGADA
ROSALINDA MARTINEZ***

ESTUDIANTE PRACTICANTE DE TRABAJO SOCIAL



**APLICACIÓN DE LA ENCUENTA DIRIGIDA A DIFERENTES PACIENTES
Y FAMILIAR
SALA DE ESPERA DEL PROGRAMA CENTRO DE PACIENTE RENALES**



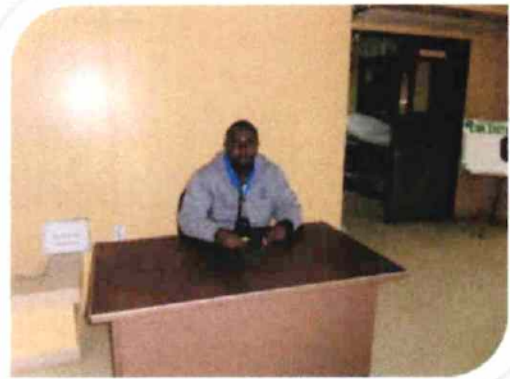
PERSONAL ADMINISTRATIVO DEL CAIPAR DIRECCIÓN

Personal de Orientación



Personal de Administración

Personal de Seguridad



Personal de Estadística





UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE COLÓN
Colón, República de Panamá
Tel. 523-7800- 7812

El suscrito Director del Centro Regional Universitario de Colón,

Prof. JUAN FIDEL MACIAS CEREZO,

CERTIFICA:

Que la Profesora **MIRNA A. ARAUZ** con cédula de identidad personal N° 3-80-2242 es docente Especial Tiempo Parcial de la Facultad de Humanidades del Centro Regional Universitario de Colón, Escuela de Español.

Que la misma revisó la tesis titulada: **Factores psicosociales que inciden en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia del programa CAIPAR (Hemodiálisis) de la unidad ejecutora Policlínica Hugo Spadafora del Corregimiento de Cristóbal de la provincia de Colón.**

Que la tesis fue realizada por la estudiante **MARLENE ASPRILLA ORTIZ** del Programa de Maestría en Política, Promoción e Investigación Familiar

Dada en la ciudad universitaria Pedro Anderson Aguilar, a los diecisiete días del mes de noviembre de dos mil veinte.

Atentamente,

PROF. JUAN FIDEL MACIAS CEREZO
Director



/esdec

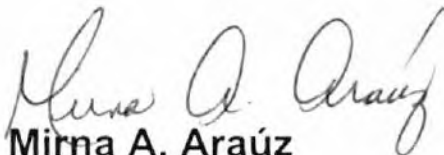
2020: "Año del Trabajo en Pro de los Objetivos para el Desarrollo Sostenible"

Colón, 20 de enero de 2020

La que suscribe **Mirna A .Araúz**, Profesora de Español de la Universidad de Panamá, certifica:

Que revisé la tesis titulada: **Factores psicosociales que inciden en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia del programa CAIPAR (Hemodiálisis) de la unidad ejecutora Policlínica Hugo Spadafora del corregimiento de Cristóbal de la provincia de Colón.**

Realizada por la estudiante **Marlene Asprilla Ortiz** del Programa de maestría en política, promoción e investigación familiar. La misma contempla los requisitos que exige este tipo de escritos.



Mirna A. Araúz

Profa. de Español

Cód.B418

Dada en la ciudad universitaria Pedro A. Anderson a los 20 días del mes de enero de 2020.