

**Percepción de calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en  
hemodiálisis de la unidad renal Divita S.A.S Medellín, 2014**

**Orleides Chalá Moreno**

**Carolina Vásquez Agudelo**

**Trabajo de grado para optar al título de psicólogas**

**Alba Venegas Arbeláez**

**Asesora temática**

**Diana Cristina Buitrago Duque**

**Asesora metodológica**

**Programa de Psicología**

**Facultad de Ciencias Humanas y Sociales**

**Corporación Universitaria Minuto de Dios**

**Seccional Bello - Antioquia**

**Mayo de 2014**

## Resumen

El estudio que se presenta a continuación, se realizó con el objetivo de comprenderla percepción de calidad de vida que tienen los pacientes con enfermedad renal crónica, que se encuentran en hemodiálisis en la unidad renal DAVITA S.A.S Medellín, 2014. Se trata de un estudio de enfoque cualitativo y de tipo descriptivo. Las estrategias de recolección de información correspondieron a entrevista semiestructurada. Los participantes fueron tres pacientes de la Unidad Renal en mención. Se ha podido concluir que en la percepción que tienen estos pacientes de su calidad de vida, se encuentran constantes referencias a la afección de sus estados psicológicos, físicos y socioeconómicos, señalando la dependencia a la máquina de hemodiálisis para poder vivir, su deterioro de la salud a causa de la evolución de la enfermedad y finalmente, las dificultades socioeconómicas asociadas a la imposibilidad de contratación laboral debido al tiempo que deben invertir en el tratamiento. Igualmente, se refiere la falta de apoyo y comprensión familiar por el detrimento de las relaciones sociales, muchas veces acompañadas de sentimientos de lástima y pesar por parte de los otros. Esto refleja entonces, un deterioro en la calidad de vida de estos pacientes.

**Palabras claves:** Enfermedad renal crónica, hemodiálisis, percepción de calidad de vida.

### **Abstract**

The present study was performed in order to understand the perception of quality of life in patients with chronic kidney disease who are on hemodialysis in the renal unit DAVITA SAS Medellin, 2014. Study is a qualitative approach and descriptive. The data collection strategies were for observation and unstructured interview. Participants were three patients of the Renal Unit. It has been concluded that in the perception of quality of life of these patients, constant references are to the condition of their psychological, physical and socio-economic conditions, noting the dependence hemodialysis machine for living, his deteriorating health because of the progressive nature of the disease and finally, socioeconomic difficulties associated with the impossibility of hiring due to the time they must invest in treatment, in addition to the damage to his health. It also relates the lack of family support and understanding, coming at the expense of social relationships, often accompanied by feelings of shame and regret by others. It then reflects deterioration in the quality of life of these patients.

**Keywords:** Chronic kidney disease, hemodialysis, perceived quality of life.

## Introducción

La enfermedad renal crónica se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, que afecta tanto a hombres y mujeres, sin discriminar edades ni estratos socioeconómicos; hasta el momento no se ha descubierto ninguna cura, lo que hace que la enfermedad vaya progresando hasta llegar a una etapa terminal. Esta enfermedad es una consecuencia de otras enfermedades degenerativas como son la diabetes y la hipertensión, las cuales deterioran el riñón. En la actualidad solo se cuenta con dos terapias de reemplazo renal, una es la diálisis que se realiza en dos modalidades (hemodiálisis y diálisis peritoneal) y la otra es el trasplante de riñón (Rodal, 2009).

La hemodiálisis es un tratamiento que se realiza a través de una máquina de diálisis con el fin de suplir las funciones del riñón, este se hace en un centro de diálisis tres veces por semana con una duración de tres a cuatro horas, por tanto requiere la presencia del paciente en la unidad de diálisis (Rodal, 2009). Todo este proceso al que se debe enfrentar el paciente es algo que lo afecta, ya que se ve obligado a modificar totalmente su estilo de vida y el de su familia, lo que finalmente incidirá en la percepción que pueda tener de su calidad de vida.

Desde el área de la salud, se considera la calidad de vida como la percepción que tiene una persona de su bienestar físico, psicosocial y espiritual, es decir hace referencia a aquella sensación de bienestar físico, social, espiritual y psicológico, que equilibra su vida.

Este documento corresponde al informe de investigación que describe la percepción de calidad de vida de un grupo de pacientes con enfermedad renal crónica, que se encuentran en hemodiálisis en la unidad renal DAVITA S.A.S Medellín, 2014. Se presenta inicialmente el problema de investigación, la justificación, sus objetivos, el marco teórico, el diseño metodológico y finalmente los resultados y análisis de la información.

## Tabla de contenido

Introducción .....	4
1. Planteamiento del problema .....	8
1.1. Antecedentes .....	13
2. Justificación.....	19
3. Objetivos .....	20
3.1. Objetivo General .....	20
3.2. Objetivos Específicos.....	20
4. Marco teórico .....	21
4.1. Calidad de Vida.....	21
4.1.1. Dimensiones de la Calidad Vida .....	26
4.1.2. Dimensión física.....	26
4.1.3. Dimensión Psicológica .....	27
4.1.4. Dimensión Social. ....	27
4.2. Insuficiencia Renal Crónica .....	29
4.2.1. Enfermedad Renal.....	30
4.2.2. Hemodiálisis.....	31
4.2.3. Situación Renal en Colombia.....	31
4.3. Modelo Biopsicosocial.....	34
4.4. Teoría de Abraham Maslow .....	37
5. Diseño metodológico.....	41
5.1. Enfoque .....	41
5.2. Tipo de estudio .....	41
5.3. Estrategias de recolección de información.....	42

5.4. Población.....	42
5.4.1. Criterios de Inclusión. ....	43
5.4.2. Criterios de Exclusión. ....	43
6. Resultados y análisis .....	44
Conclusiones .....	54
Referencias Bibliográficas .....	56
Anexos.....	61
Anexo 1: Formato de consentimiento informado.....	61
Anexo 2: Guión de entrevista.....	62

## 1. Planteamiento del problema

La Enfermedad Renal Crónica, de ahora en adelante ERC, es la condición que se produce por el daño permanente e irreversible de la función de los riñones. Esta se deteriora lentamente a lo largo de varios años, generando al inicio pocos signos, permitiendo que el paciente no sienta muchos síntomas a pesar de tener anemia e incluso tener altos niveles de toxinas en la sangre. Cuando el paciente se siente mal, generalmente es porque la enfermedad se encuentra en un estado muy avanzado, por tanto, se hace necesario iniciar prontamente una terapia para reemplazar la función de los riñones.

Esta enfermedad se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, con el agravante de que implica el deterioro progresivo e irreversible de la función renal, siendo preciso instaurar un tratamiento sustitutivo para mantener la vida de estas personas (Rodríguez, 2009).

En la actualidad sólo se cuenta con dos formas de terapia de reemplazo renal: la diálisis y el trasplante de riñón; en cuanto a la diálisis, existen diversas modalidades las más utilizadas son: hemodiálisis y diálisis peritoneal.



La diálisis es un tipo de terapia de reemplazo renal usada para proporcionar una sustitución artificial de las funciones que se han perdido por el deterioro del riñón. Los riñones son los encargados de eliminar los productos de desecho de la sangre, por ejemplo úrea, creatinina, ácido úrico, uratos, iones; al igual que el exceso de líquido por medio de la orina. (Muñoz, 2012). Ahora bien, cuando el riñón falla, la diálisis realiza estas funciones por medio de dos procesos: la ultrafiltración que elimina el líquido; y la diálisis que extrae los desechos.

La diálisis peritoneal es otra forma de diálisis en la cual se utiliza el peritoneo que es una membrana biológica semipermeable a líquidos y solutos como membrana dialítica, para eliminar toxinas y exceso de agua del organismo. La diálisis peritoneal se realiza por medio de un catéter que se inserta en la cavidad peritoneal, se infunde una solución de diálisis que es mantenida en el peritoneo por un tiempo predeterminado, durante el cual, mediante mecanismos de transporte de difusión y osmosis, se produce el intercambio de sustancias desde la sangre al líquido infundido. Posteriormente éstos son eliminados al exterior a través del mismo catéter (Barcenilla & Rello, 2000).

La hemodiálisis es una terapia de reemplazo renal, que se encarga de eliminar los productos de desecho que se encuentran acumulados en la sangre, la cual se realiza tres veces por semana, con una duración de tres a cuatro horas. Este proceso se lleva a cabo con una máquina de diálisis, por medio de un filtro dializador que es el encargado de eliminar

las toxinas de la sangre que el riñón no puede excretar porque ha dejado de funcionar (Muñoz, 2012).

Cuando una persona padece de enfermedad renal crónica y se encuentra en hemodiálisis, su calidad de vida se deteriora, debido a que su condición física, psicológica y social se ve afectada por todas las alteraciones que conlleva tanto la enfermedad como el tratamiento (Alarcón, 2004). El estado físico se ve alterado porque la ERC, ocasiona cambios metabólicos, dificultades respiratorias, limitaciones motoras, y posibles deterioros cognitivos.

La ERC en algunas ocasiones se presenta asociada a otras enfermedades como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las enfermedades de hipo e hipertiroidismo y el lupus (Pérez, Lamas & Legido, 2005). Estas otras enfermedades a las que se ven enfrentados algunos pacientes renales, son también causantes de complicaciones, por ejemplo en algunos pacientes diabéticos, se presenta necrosis de tejidos por fallas en la circulación en los miembros inferiores, y debido a esto se debe amputar el miembro, además de que algunos tratamientos médicos generan náuseas, vómitos, somnolencia y cambios en la piel (Alarcón, 2004).

Todos estos cambios a los que se ve sometida una persona con ERC, afectan su salud mental, ya que al estar afectada su salud física, se altera su estado psicológico, lo cual interfiere en la autopercepción de bienestar y calidad de vida.

Como ya se enuncio en párrafos anteriores, por el deterioro progresivo que representa la enfermedad renal, los pacientes deben someterse a un tratamiento de diálisis, el cuál modifica el estilo de vida familiar, dado que el tiempo que debe dedicarse a él, incide en la reducción de las actividades sociales que la familia emprende, esta situación puede llegar a producir culpa, depresión, frustración y conflictos, al interior de la familia, y derivar en poco apoyo familiar, o en el abandono por parte de la pareja.

Debido al tiempo que deben emplear en el tratamiento muchos de ellos se quedan sin empleo, porque es muy difícil encontrar una empresa que les de trabajo día por medio, entonces esta enfermedad y el tiempo que deben emplear en el tratamiento de la hemodiálisis, se convierte en una limitante para trabajar y adquirir ingresos. Además de ello, su situación económica también se ve afectada porque se deben desplazar a la unidad renal para la realización del tratamiento de hemodiálisis además de la dieta estricta que el nutricionista les exige con el fin de complementar la terapia.

De igual manera, la dinámica de las relaciones al interior de la familia y su economía también se ven afectadas directamente por el tratamiento, porque el paciente debe asistir en compañía de un familiar, dado que sale con malestar después del tratamiento, lo que en algunos casos conlleva a que algunos familiares renuncien a sus empleos para dedicarse al cuidado de ellos.

El presente estudio, se realiza con el ánimo de explorar la percepción de la calidad de vida ya que permitirá un abordaje sobre el nivel de bienestar percibido por el paciente sometido a hemodiálisis, permitiendo examinar la percepción que se tiene frente a la enfermedad, la calidad de vida, el entorno y las áreas funcionales. A partir de lo mencionado, se concluye que el componente esencial y determinante para evaluar la calidad de vida será la percepción subjetiva que cada persona tiene (Schwartzmann, 2003).

Esta investigación brinda la posibilidad de ofrecer ventajas tanto para el profesional en psicología como para los pacientes renales y así mismo para la institución DAVITA S.A.S Medellín.

Por tanto, esta investigación busca responder a ¿Cuál es la percepción de calidad de vida que tienen los pacientes en hemodiálisis de la unidad renal DAVITA S.A.S Medellín?

## **1.1.Antecedentes**

A continuación se presentarán en orden cronológico, algunas investigaciones, tanto de enfoque cuantitativo como cualitativo, que dan cuenta del auge tomado por este tema.

En México se realizó un estudio sobre la calidad de vida en pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria, se encontró que las personas más jóvenes que se encontraban en tratamiento de diálisis peritoneal, presentaron mejor promedio frente a la calidad de vida, que las personas mayores mientras que las mujeres siempre obtuvieron puntajes altos a diferencia de los hombres en relación a la calidad de vida. (Sandoval, Ceballos, Navarrete, González y Hernández, 2006).

En ese mismo año 2006, se realiza un estudio comparativo con el fin de observar la calidad de vida en pacientes con hemodiálisis, diálisis peritoneal continúa ambulatoria y automatizada, en donde se mostraron diferencias significativas en relación a la calidad de vida, evidenciando que los pacientes en tratamiento de hemodiálisis presentan una calidad de vida más baja en relación a los que están en diálisis peritoneal ambulatoria y automatizada. (Caballero, Trujillo, Welsh, Hernández y Martínez., 2006).

De acuerdo a Rudnicki (2006) en su artículo sobre “Los aspectos emocionales del paciente renal crónico”, sugiere que la enfermedad crónica repercute no solo en los aspectos de la vida de la persona si no también, en la amenaza por su integridad, porque se precipita una pérdida del control que se ejerce sobre la propia vida y así mismo sobre su estado de salud, ya que la persona enferma pasa de tener una actitud activa a una más pasiva, en donde su salud dependerá en gran medida de una máquina y de las personas que lo atienden en su proceso de terapia.

Otro estudio realizado por García y Calvance en el año 2008 llamado “Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal” reportó una importante relación entre el estado emocional de un paciente y su calidad de vida, mostrando que las estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución activa y positiva del problema han sido asociadas con una mejor adaptación al tratamiento dialítico, en tanto que estrategias evasivas o pasivas se han asociado con una menor capacidad adaptativa y malos resultados en la intervención terapéutica.

En ese mismo año se desarrolló un estudio en Bogotá en el cual se comparó la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento de 120 pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. Para este estudio se utilizó como prueba de calidad de vida el WHOQOL-100 (Organización Mundial de la Salud, 1998) y se implementó el cuestionario de estrategias de afrontamiento de Lazarus y

Folkman. Los resultados indicaron que los pacientes en tratamiento de trasplantes tenían mejores estrategias de afrontamiento, reportando mayor calidad de vida en comparación con otros tratamientos. (Acosta, Chaparro y Rey, 2008).

En el año 2009 se realizaron 2 investigaciones enfocadas en las emociones, percepciones y estilos de afrontamiento que se presentan en los pacientes en proceso de la insuficiencia renal crónica (IRC) y así mismo el tratamiento de hemodiálisis. El primero fue realizado en México, este estudio se centró en las características de calidad de vida en pacientes sanos y en enfermos crónicos y agudos con diabetes, hipertensión, cáncer, asma, artritis, faringitis crónica, desgaste de articulaciones, insuficiencia renal; para ello se utilizó el inventario de calidad de vida y salud (INCA VISA) . En este estudio participaron 424 adultos y 11 menores, las edades oscilaron entre los 16 y los 82 años de edad, y los estudios entre media y educación superior.

En los resultados encontrados fue evidente que las personas que sufrían de enfermedades crónicas, entre ellas pacientes con insuficiencia renal crónica, tenían una calidad de vida más deteriorada que las personas sanas, como consecuencia se llegó a la conclusión de que las personas con enfermedades crónicas tienden a tener más deterioro en sus áreas de desarrollo. También se pudo destacar que la percepción sobre el control físico que tiene un paciente para desempeñar sus actividades cotidianas, y sobre su aspecto físico deteriorado por la enfermedad, cobra gran importancia en las emociones y cogniciones.

El segundo estudio de ese mismo año, se enfocó en los síntomas depresivos y ansiosos en pacientes renales, y fue realizado en seis unidades renales de la ciudad de Bogotá con pacientes mayores de 18 años en tratamiento de ERC de ambos sexos que se encontraban recibiendo 3 secciones de hemodiálisis a la semana por más de 6 meses. En este estudio se empleó HADS que se refiere a la escala de depresión y ansiedad hospitalaria y la SF-36 que se encarga de medir el funcionamiento físico, desempeño físico, dolor general, dolor corporal, salud general, desempeño emocional, salud mental, vitalidad, y funcionamiento social.

Los resultados de esta investigación arrojaron que, si la percepción del paciente frente a su calidad de vida desciende, se verá afectada su salud mental, el funcionamiento físico, el desempeño emocional y el funcionamiento social y esto conlleva a que en los pacientes aumente la depresión generando un cuadro ansioso (Gonzales, Gil, y Villegas., 2009).

Otro estudio cuantitativo exploratorio sobre la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis, hecho en Brasil a 51 pacientes en tratamiento de hemodiálisis, a los cuales se les aplicó el cuestionario de calidad de vida SF-36, mostró que los dominios de salud mental, vitalidad, función física y limitaciones de los aspectos físicos se encontraban afectados, lo cual reflejaba el deterioro de la calidad de vida de estos pacientes (Alves, Sarmiento y Alchieri, 2011).



Un estudio titulado “Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal” realizado con 83 pacientes con 20 meses de antigüedad en el tratamiento. A estos pacientes, para la evaluación del desajuste psicológico, se les aplicó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos del Instituto Mexicano de psiquiatría, el Inventario de Ansiedad de Beck (IAB). La Escala Hunter Opinions and Personal Expectations Scale (HOPES) para valorar desesperanza; Escala de Soledad en el Adulto Mayor (IMSOL-AM), la Sub-escala de enfermedad percibida (WHOQoL-Brief), escala de Ansiedad ante la Muerte y Escala de Ideación Suicida, que valora la ideación suicida, para evaluar el modo de afrontamiento, se utilizó el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), y el Cuestionario de Salud (SF-36) para la evaluación de la calidad de vida. Para estimar variables de relación, se utilizaron la Escala de Soporte Social de Salud (SSS), la escala de Soporte Social Percibido (ESS), la Escala de Bienestar Espiritual (EBE), Escala sobre la Capacidad Percibida de Dar Apoyo Emocional o Instrumental al Otro y la Escala de Economía Percibida (ENP).

Los resultados mostraron que las variables de desajuste en la calidad de vida fueron la depresión, seguida por la ansiedad y la soledad. Al evaluar la ansiedad ante la muerte se encontró que a menor calidad de vida física, mayor ansiedad ante la muerte. También se encontró que la espiritualidad basada en una relación plena con la vida (vida con sentido, adecuada integración con el otro y aceptación mutua) está asociada con depresión, desesperanza, ideación suicida, soledad y ansiedad ante la muerte.

Por otro lado, se encontró que la depresión, la desesperanza y la soledad están asociadas a un estilo de afrontamiento cognitivo disfuncional; mientras que la soledad y la ideación suicida están asociadas a un estilo de afrontamiento emotivo-agresivo. Finalmente, la capacidad percibida de dar y la espiritualidad basada en la vida, están asociadas a un estilo de afrontamiento cognitivo-positivo, el cual se centra en la solución de problemas y en la adaptación. (Rivera, Montero, Sandoval, 2012).

## 2. Justificación

Esta investigación se hace pertinente para el profesional en psicología, ya que ofrecerá un aporte que permitirá enriquecer el quehacer del psicólogo, aplicando los principios y métodos que le permitan mejorar las condiciones de vida de los pacientes sometidos a hemodiálisis y así contrastar un trabajo desde la salud no solo física si no también mental, buscando el bienestar de los pacientes. Con esto también se puede buscar nuevas alternativas y técnicas psicológicas que faciliten los sistemas de cuidado, reduciendo en gran medida el impacto que se genera a nivel psicológico por la pérdida de la salud.

Este estudio permitirá a la Institución, tener una visión más amplia sobre aquellos aspectos que influyen en la percepción de calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica, facilitando la implementación de estrategias y programas que incidan en la disminución del impacto que genera el diagnóstico de una enfermedad crónica terminal como lo es la insuficiencia renal crónica donde se pueda fusionar de manera holística los tratamientos médicos con una perspectiva psicológica que se interesa por el bienestar físico mental y emocional del paciente. Por estas razones y tal como lo exponen Gómez Vela y Sabeth (2002), estudiar la calidad de vida relacionada con la salud, se constituye en un concepto fundamental para la atención integral del paciente con enfermedad crónica.

### **3. Objetivos**

#### **3.1. Objetivo General**

Comprender la percepción de calidad de vida en 3 pacientes con insuficiencia renal crónica que se encuentran en hemodiálisis en la unidad renal DAVITA S.A.S Medellín, 2014.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- Describir la percepción que tienen los pacientes de su salud mental.
- Indagar por la percepción que tienen los pacientes de sus condiciones socioeconómicas.
- Explorar la percepción que tienen los pacientes de su salud física.

## **4. Marco teórico**

En este apartado en primer lugar se describirá el concepto de calidad de vida y sus dimensiones. En segundo lugar, se tratará el concepto de percepción, dada la importancia que tiene para el desarrollo de esta investigación la visión subjetiva del paciente. En tercer lugar, se describirá el concepto de insuficiencia renal crónica, la diálisis como tratamiento de soporte vital, la hemodiálisis como modalidad de terapia de reemplazo renal y la forma como ésta afecta la calidad de vida de un paciente, al igual que se detallará la situación de la enfermedad renal en el contexto colombiano. Por último, se expondrá el modelo biopsicosocial, que es un eje importante para abordar la enfermedad en todos sus niveles, y la teoría de la motivación humana propuesta por Abraham Maslow, donde se expone la jerarquía de necesidades y factores que motivan a las personas.

### **4.1. Calidad de Vida**

El término calidad de vida es muy variado, su concepto depende en gran medida del contexto de donde se mire, este puede ser económico, médico, psicológico o sociológico, es por esto que varios especialistas desde su terreno aportan diferentes enfoques (Gómez, & Sabeth, 2002). Los economistas se sitúan en elementos tangibles, los médicos en los

síntomas y los científicos sociales en la percepción individual sobre la calidad de vida (Cummins, 2004).

Según la OMS calidad de vida es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”. (Organización Mundial de la Salud, 1964).

Por otro lado, Lugones (2002) citado por Segura (2012, p. 33), expone que “la calidad de vida hace referencia a la percepción que tienen los pacientes sobre los efectos de una enfermedad determinada y las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social”.

Como lo vemos en el párrafo anterior para hablar de calidad de vida es necesario entender que la percepción juega un papel trascendental en el significado que el paciente tiene frente a su vida ya que por medio de la percepción “las personas interiorizan y organizan las sensaciones que se han ido adquiriendo y que a su vez permite a los

individuos reconocer su relación con las condiciones del mundo exterior” (Yewoubdar, Becker y Mayen, 2002) citado por Segura (2012, p.44). Es decir, por medio de la percepción se organiza la información que se ha recogido a través de los sentidos, teniendo en cuenta las creencias, valores, miedos y suposiciones. En otras palabras no es más que lo que aprecia una persona de su propia vida.

Como se evidencia, la esencia del concepto de calidad de vida gira en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal. Es decir que cuando se habla de calidad de vida, se refiere a un constructo que hace referencia tanto a la calidad de las condiciones de vida de una persona, como también a sus expectativas, sentimientos de satisfacción, metas personales, conjunto de valores y comportamiento social. Ante esto, es preciso determinar que la calidad de vida debe ser analizada en sus diferentes aspectos dimensionales.

Para efectos del trabajo se retomará de las anteriores definiciones la relación de la calidad de vida con la percepción, específicamente la manera como la segunda influye sobre la primera, porque hacen parte de un contexto, de una cultura y de un sistema de valores, que finalmente inciden en la creación de metas, expectativas o estándares individuales. Además de ello se tendrá en cuenta la relación de calidad de vida con el

bienestar, porque el grado de satisfacción que una persona tenga con su vida incide en la percepción de su calidad de vida.

En la actualidad, existen algunos debates sobre los criterios que se deben tener en cuenta a la hora de evaluar la calidad de vida. Parece ser que los criterios más confiables suelen ser los subjetivos, ya que estos reflejan la percepción que tiene el paciente sobre su propio estado físico, emocional y social; pero según Aranzabal, Magaz, y Olaizela (2003) afirman que las condiciones ideales para valorar la calidad de vida de los pacientes son aquellas en las que se tienen en cuenta tanto los componentes subjetivos como los objetivos.

Los investigadores con orientación clínica, que suelen definir calidad de vida en términos de salud y/o de discapacidad funcional, evalúan la calidad de vida de un paciente por el impacto que la enfermedad y su consecuente tratamiento, tienen sobre la percepción que el paciente construye respecto a su bienestar. En esa misma dirección Kalker y Roser (1987) citado por Rodríguez (1995) consideran que la calidad de vida en los enfermos crónicos está asociada al “(...) nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona, aun teniendo en cuenta las afecciones producidas por su enfermedad, tratamiento y afecciones colaterales” (p.130); el bienestar entonces ya no va a estar determinado por lo que se tiene, si no por lo que la persona consigue realizar con lo que se tiene. (Sen, 2001).



El diagnóstico de una enfermedad crónica siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales que determinarán el grado de bienestar individual que se percibe frente a la enfermedad, ya que alrededor de esta se desatan emociones y sensaciones que hablan sobre la percepción que tiene el paciente frente a su calidad de vida. Según Rodado y Grijalba “la calidad de vida debe analizarse teniendo en cuenta lo que es en esencia el ser humano, indagando que busca ese ser en virtud de lo que es y a partir de esas respuestas, determinar cuál es el conjunto de medios, condiciones y circunstancias que contribuyen de manera decisiva a crear el ambiente adecuado para que la persona, individual o colectivamente logren el objetivo que buscan”. (2001, p. 27).

Lo anterior hace entender que la calidad de vida en los pacientes con ECR no se debe entender en términos de salud, ya que la enfermedad de por sí genera una incapacidad sobre el funcionamiento físico en la persona, sino que también se debe entender que a pesar de que existe la enfermedad, los factores externos como el acompañamiento familiar las relaciones con los otros y lo que el ambiente le proporciona al paciente a nivel psicológico, va a intervenir sobre la percepción de calidad de vida y de bienestar, haciendo que la enfermedad sea más llevadera; así entonces, la calidad de vida no es el reflejo de las condiciones de los escenarios físicos, interpersonales y sociales, sino cómo dichos escenarios son evaluados y juzgados por el individuo (Andrews y Witney 1989).

#### **4.1.1. Dimensiones de la Calidad Vida.**

La calidad de vida para su análisis y comprensión puede ser vista como un fenómeno que se enfoca en varias dimensiones, las que a su vez comprenden las diferentes categorías que se han de tener en cuenta al estudiarla. Las dimensiones que a continuación se presentan: la física, psicológica y social, son expuestas por Ferrell (1996), citadas por Medellín (2012).

#### **4.1.2. Dimensión física.**

Considera aquella percepción que tiene una persona de su estado de salud físico, el cual hace referencia a sentirse saludable, sin la presencia de enfermedades o dolores que lo limiten para valerse por sí solo.

#### **4.1.3. Dimensión Psicológica.**

Alude a la percepción que tiene una persona de su estado emocional, al control frente a situaciones que le puedan generar sentimientos de miedo, angustia o ansiedad, teniendo en cuenta sus creencias, valores y opiniones personales.

En este mismo sentido, Vinaccia y Orozco, señalan que “la dimensión psicológica se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento” (2005, p. 127).

#### **4.1.4. Dimensión Social.**

Esta dimensión comprende la percepción que tiene una persona de sus relaciones interpersonales y del rol que desempeña en la sociedad. En esta dimensión se incluyen aspectos que hacen referencia al desempeño laboral, al funcionamiento sexual, al aislamiento social, como también al apoyo familiar y social.

Alarcón (2004) expresa que “la enfermedad renal provoca aislamiento social, generado porque el sujeto puede sentirse deprimido e incluso avergonzado por su enfermedad y evitar el contacto social” (p. 23).

Para el caso específico de la investigación, es pertinente señalar que cada dimensión está compuesta por factores que finalmente influirán en la percepción que el paciente renal tenga sobre su calidad de vida; así mismo que la dimensión psicológica va a dar cuenta de las dos dimensiones restantes, ya que lo social y lo físico generan un impacto a nivel emocional en el paciente afectando su salud mental; pero a pesar de ello en la evaluación del paciente deben mirarse cada una de las dimensiones (física, social y psicológica), porque puede encontrarse que una dimensión esté más afectada que otra, lo que influirá en la percepción que este tenga sobre su calidad de vida.

Ahora bien, la enfermedad renal crónica es por sus características una condición de gran impacto en la calidad de vida, ya en estadios precoces se acompaña de síntomas que se reflejan en la vida diaria, en los programas de Terapia de Reemplazo Renal (TRR) los pacientes están obligados a someterse a un estricto tratamiento, lo que indudablemente modifica su vida social; la dieta, restricción de líquidos, la pérdida de esperanzas de trasplante y en muchos casos el abandono familiar, afectan notablemente al paciente y

disminuyen su colaboración con en los procesos médicos, lo que conduce a conductas negativas frente a la diálisis.

Por consiguiente, la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) no afecta únicamente las condiciones físicas de los enfermos, sino que, al igual que sucede con otras enfermedades crónicas, también repercute en su estado emocional y sus hábitos cotidianos (Levenson y Glochesiki, 1991), es por ello, que para valorar el estado de salud de un paciente renal habrá que tener en cuenta cómo se siente, además de su funcionamiento orgánico (Sensky, 1993).

#### **4.2. Insuficiencia Renal Crónica**

Es una alteración de la función de los riñones en la cual éstos son incapaces de excretar las sustancias tóxicas del organismo de forma adecuada. Las causas de la insuficiencia renal son diversas; algunas conducen a una rápida disminución de la función renal (insuficiencia renal aguda), mientras que otras conducen a una disminución gradual de dicha función (insuficiencia renal crónica). La insuficiencia renal crónica es una lenta y progresiva disminución de la función renal que evoluciona hacia la acumulación de productos metabólicos de desecho en la sangre (Merck Manual, 2012).

#### 4.2.1. Enfermedad Renal.

Según las guías de manejo para la enfermedad renal crónica, propuestas por el Ministerio de la protección social (MPS), Es el daño renal por más de tres meses, esta consistente en la alteración funcional o estructural del riñón, con o sin disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG), manifestada por: marcadores de daño renal (anomalías en la composición de la sangre o la orina, o de los exámenes con imágenes). Es la tasa de filtración glomerular  $TFG < 60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$  de superficie corporal, con o sin daño renal. (2007). Es decir que el riñón solo está cumpliendo con la mitad de la función que debe realizar, que es filtrar las toxinas, para evitar complicaciones fisiológicas.

La enfermedad renal crónica se divide en cinco estadios, el mayor de ellos representando la peor función renal. En el primer estadio están los pacientes que no tienen un claro déficit de filtración y se define como una función renal normal o elevada de  $\geq 90 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ . El segundo estadio es un daño renal con disminución leve, con una TFG de  $60 - 89 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ . El tercer estadio es una disminución moderada con una TFG de  $30-59 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ . El cuarto estadio se trata de una disminución grave con una TFG  $15-29 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ . Y el quinto estadio se define como Falla renal crónica, con una  $TFG < 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$  (MPS, 2007). Es decir, cuando un paciente se encuentra en este estadio, requiere de terapia de reemplazo renal (diálisis) para poder seguir viviendo.

#### **4.2.2. Hemodiálisis.**

Es una terapia de sustitución renal, que tiene como finalidad suplir parcialmente la función de los riñones. Consiste en extraer la sangre del organismo a través de un acceso vascular y llevarla a un dializador o filtro de doble compartimiento, en el cuál la sangre pasa por el interior de los capilares en un sentido, y el líquido de diálisis circula en sentido contrario bañando dichos capilares, así, ambos líquidos quedan separados por una membrana semipermeable. Este método consigue la circulación de agua y solutos entre la sangre y el baño para, entre otros fines, disminuir los niveles en sangre de sustancias tóxicas cuando están en exceso y que elimina el riñón sano, por ejemplo el potasio y la urea. En pacientes oligúricos o anúricos también se programa la eliminación de una cantidad de agua de la sangre, ya que se va acumulando en los periodos interdiálisis por incompetencia del riñón (MPS, 2007).

#### **4.2.3. Situación Renal en Colombia**

Según los datos reportados por el Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (2010) se evidencia que para Colombia la prevalencia de ERC terminal ajustada por edad es 454 pacientes por millón (ppm) cifra inferior a la prevalencia de Estados

Unidos 1100 ppm y superior a la prevalencia promedio de los países latinoamericanos registrada en el 2005 que fue de 381 ppm.

A nivel departamental, se observa que en el 21% de los departamentos, la prevalencia de la ERC es superior al referente nacional, en primer lugar, se encuentra Quindío con 723 ppm, seguido de Antioquia con 618 ppm y finalmente Huila con 606 ppm. Entre las ciudades capitales el orden de prevalencia es el siguiente: Armenia 836 ppm, Medellín 794 ppm y Neiva 777 ppm, seguidas de Bucaramanga, Cali, Tunja, Popayán, Manizales y Bogotá.

La prevalencia en el régimen subsidiado es 368 ppm y 142 ppm menos que en el régimen contributivo y 86 ppm menos que el sistema en general. Sin embargo, en el régimen subsidiado se observa que el 22% de los departamentos presenta prevalencia superior al referente nacional, entre los más afectados se encuentra: Quindío con 703 ppm, Antioquia con 690 ppm, Risaralda con 676 ppm y las ciudades capitales como: Medellín con 1155 ppm, Armenia con 932 ppm y Neiva con 733 ppm.

Con respecto a la edad, se observa que existe una clara tendencia de aumentar el riesgo de ERC (Cabrera, 2004), es decir, a mayor edad mayor el riesgo de desarrollar la enfermedad, las personas mayores de 60 años, se observa que presentan una probabilidad



del 58% mayor de desarrollar ERC que en las personas menores de 60 años y en los mayores de 75 años el riesgo de desarrollar ERC es 2.3 veces más que en las personas menores de 75 años. Es así, como el incremento de la edad se vuelve un factor condicionante para el desarrollo de la ERC.

Respecto a ser hombre, no se considera como factor de riesgo para desarrollar ERC en estadios de 1 a 4, sin embargo, al determinar la asociación entre los pacientes con enfermedad renal crónica terminal y sexo, se encontró que los hombres tienen 2.30 veces más riesgo de desarrollar ERC estadio 5 que las mujeres.

Según estudio el género y la enfermedad renal crónica (Silbiger & Neugarten, 2008) la ERC progresa lentamente en las mujeres debido posiblemente a diferencias hormonales, dieta o estructura del riñón que hace que en las mujeres sea más lenta la progresión a estadio 5 y en hombres más rápido.

Por otro lado, se observa que los pacientes con diabetes, presentan una probabilidad del 28% de desarrollar ERC es del 28%, mientras los hipertensos presentan una probabilidad del 21%. Por tanto la diabetes se considera como el principal factor de riesgo para desarrollar ERC.

Para el 2030 se estima que en el mundo existirán 439 millones de personas entre 20 y 79 años con diabetes, según la Federación Internacional de la Diabetes (2010) y en el caso de la hipertensión arterial, la OMS estima que se incrementara la prevalencia para el 2025 de 972 millones a 1.56 billones de personas.

Según Otero (2010) en Colombia existen aproximadamente 28220 pacientes en diálisis de los cuales el 70% son aptos para recibir un trasplante, solo en el 2009 se realizaron 846 trasplantes de riñón y en el primer trimestre del 2010, se registraron 206, en la base de datos resolución 4700 (2008) desencadenando un alto impacto y alto costo generado por este tipo de patologías no solo en Colombia sino a nivel mundial (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2010).

### **4.3. Modelo Biopsicosocial**

Hegel (1977) propone un paradigma que incluye científicamente el dominio humano en la experiencia de la enfermedad, en ese sentido hace una crítica al modelo biomédico, el cual considera que la discapacidad en una persona es causada directamente por la enfermedad, y que esta última requiere solo de tratamientos y cuidados médicos de los profesionales. Para Hegel los aspectos psicológicos y sociales están relacionados en los procesos de salud –enfermedad y con ellos se busca integrar de manera holística los

fenómenos que se dan a nivel ambiental y cultural, ya que el individuo hace parte de las esferas biológicas, psicológicas y sociales.

Se debe de entender que la salud no es solamente la mera ausencia de enfermedad física, sino que además cualquier alteración psicológica o social, puede determinar el estado de enfermedad o discapacidad de un individuo y su estado completo de bienestar. (OMS, 1964). Por este motivo no se puede separar de la enfermedad las dimensiones que conforman a la persona en su totalidad.

Bishop define el modelo biopsicosocial como “un acercamiento sistemático a la enfermedad que enfatiza la interdependencia de los factores físicos, psíquicos y sociales que intervienen en ella, así como la importancia de abordar la enfermedad en todos sus niveles” (1994, p. 60-61). Se entiende entonces que los factores psicológicos y sociales intervienen en el aspecto biológico y así mismo, en la salud de una persona; en ese mismo sentido, se puede decir que las alteraciones bioquímicas, anatómicas o funcionales que se generan en torno a la enfermedad no se pueden separar de los aspectos psicológicos, familiares y sociales que influyen en la percepción del paciente frente a su enfermedad y a su calidad de vida.

Según Piña López la salud es “la condición del organismo en la que los sistemas biológicos de respuesta mantienen un nivel bajo de vulnerabilidad, en su estructura y función al entrar en contacto e interactuar con el ambiente o sus partes –objetivos, eventos u otros organismos – modulado por procesos psicológicos y el ejercicio de competencias conductuales que cada individuo desarrolla”. Interrelación que presenta una persona enferma, sobre su calidad de vida juega un papel trascendental en el mantenimiento o predisposición que tenga para mejorar su condición de enfermo, ya que los factores psicológicos y sociales intervienen a nivel biológico en el ser humano existiendo una relación entre lo psicosocial y la salud.

Las variables psicosociales son determinantes en la salud de un paciente ya que su percepción de calidad de vida supone que el paciente ponga en práctica, determinadas conductas y pensamientos de salud que llevarán a desarrollar hábitos eficaces que ayuden al mejoramiento de la salud frente a la enfermedad, sin dejar a un lado que la salud y la calidad de vida están ligadas con el comportamiento o estilo de vida, estatus social y nivel económico que influirán también en la percepción del paciente frente a su enfermedad.

El proceso multidimensional en el cual interactúa lo biológico, psicológico, social, familiar y lo ambiental, constituyen una variante significativa en el proceso de la

enfermedad y a su vez en los tratamientos y terapias a emplear para mejorar la salud, por lo cual se debe tener en cuenta a la persona en su contexto vital para así mejorar las condiciones de vida y la percepción frente a esta.

#### **4.4. Teoría de Abraham Maslow**

Abraham Maslow (1908 – 1970) desarrolló una teoría llamada jerarquía de las necesidades humanas, en la que clasifica en escalas de forma ascendente las necesidades humanas, donde a medida que se satisface un grupo de necesidades, el siguiente se vuelve dominante; es decir, una vez cumplidas las necesidades primarias se escala a un nivel de necesidades que predominan en la vida de las personas.

Su teoría explica que los primeros dos niveles de necesidades se consideran primarios o de orden inferior y los otros tres niveles se consideran secundarios o de orden superior, ya que no adquieren importancia para el individuo hasta que puede aspirar a satisfactores internos de naturaleza psicológica. Ésta es sin dudas una perspectiva que explica la manera en que los hombres acceden a lo largo de su vida a ascender en la búsqueda de enriquecer la calidad de vida.

Maslow en su teoría presenta una escala de necesidades entre lo lógico para el ser humano, pero se debe tener en cuenta que este orden puede variar dependiendo de las circunstancias y las diferentes etapas de la vida en las que se encuentre una persona.

Los niveles postulados por Maslow son los siguientes:

- Necesidades fisiológicas
- Necesidades de seguridad
- Necesidades sociales
- Necesidades de estima
- Necesidades de autorrealización

Desde la perspectiva de la teoría de Maslow, la percepción de calidad de vida se verá favorecida de manera positiva o negativa en un individuo, en la medida que las necesidades sean satisfechas.

Si bien es cierto que la satisfacción influye en el desarrollo personal y social de una persona, en una situación de enfermedad juegan un papel transcendental porque inciden no solo en la evolución de la enfermedad, sino en la misma salud del paciente.

En el caso de la enfermedad renal crónica se producen necesidades que se derivan de las nuevas condiciones ambientales y físicas que experimenta el paciente, y que influirán en gran medida en la percepción que tenga respecto a su estado de salud y frente a su vida tanto en el presente como en el futuro. Para optimizar la calidad de vida se debe satisfacer algunas necesidades psicológicas a fin de preservar la salud, ya que se debe buscar satisfacer las aspiraciones y deseos que el paciente tiene frente al nuevo reto que enfrenta en su vida el de ser un paciente con ERC.

Maslow menciona las siguientes necesidades psicológicas básicas: “de seguridad, integridad y estabilidad, de amor y sentido de pertenencia, y de estima y respeto a sí mismo. Además de estas, cada persona tiene necesidades de crecimiento, de materializar sus potencialidades y capacidades, y de autoactualización”. (Maslow, 1948, p. 49).

Por necesidades de seguridad, Maslow alude a la necesidad del individuo por un entorno relativamente estable, seguro y predecible para vivir. Al igual que con las necesidades fisiológicas, la mayor parte de las personas requieren una sociedad estable, bien gobernada y que brinde protección para un pleno desarrollo humano. (Maslow A. 1948). En palabras del autor: “Todas las personas tienen necesidades relacionadas con el sentido de pertenencia y el amor, todos los seres humanos son motivados por la búsqueda

de relaciones íntimas que permitan establecer lazos afectivos y sentirse parte de diversos grupos como la familia y los compañeros”. (Maslow, 1948 p. 462).

Maslow expone dos tipos de necesidades de estima, el primero se refiere al deseo de competir y de sobresalir como personas y el segundo a la necesidad de sentirnos respetados por los otros refiriéndose a la posición, fama; y a la apreciación y reconocimiento de nuestros propios méritos (1987, P.464) además dice que cuando este tipo de necesidades no están satisfechas las personas se pueden sentir inferiores débiles y desamparadas.

Lo dicho en párrafos anteriores hace entender que para Maslow (1908 – 1970) la calidad de vida es proporcional según la satisfacción de las necesidades.



## **5. Diseño metodológico**

### **5.1. Enfoque**

Se trata de un estudio de enfoque cualitativo. El cual evalúa el desarrollo natural de los sucesos, sin manipulación ni estimulación con respecto a la realidad (Corbetta, 2003). Por medio del método cualitativo se intenta dar cuenta de una realidad social como lo es la ERC, más allá de comprender cuál es su naturaleza, es describir el fenómeno a partir la subjetividad, puesto que es el paciente, quien desde su experiencia puede expresar lo que siente y piensa de su calidad de vida.

### **5.2. Tipo de estudio**

El presente estudio es de diseño descriptivo, ya que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier fenómeno que se quiera analizar (Dankhe, 1986). De esta manera, este diseño permite describir y comprender desde la misma persona, como percibe su calidad de vida al

vivir con una enfermedad renal crónica, que le implica iniciar un tratamiento de hemodiálisis.

### **5.3. Estrategias de recolección de información**

Entrevista semiestructurada, la cual se basa en una guía de asuntos o preguntas, aunque el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas (Grinnell y Unrau, 2007)). De esta manera, la entrevista se convierte en la herramienta idónea y flexible para recolectar los datos, a través de las experiencias y opiniones detalladas que son expresadas por los participantes en su propio lenguaje, sin ser influenciados por la perspectiva del investigador.

### **5.4. Población**

Se tomaron 3 pacientes (2 mujeres y 1 hombre) con edades entre los 25 y 45 años, que estaban en tratamiento de hemodiálisis en la unidad renal DAVITA S.A.S Medellín; la

decisión de participar en la investigación fue voluntaria, y se acompañó con el debido diligenciamiento del consentimiento informado.

#### **5.4.1. Criterios de Inclusión.**

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión:

- Participantes en el programa de hemodiálisis
- Mayores de 18 años
- Paciente con las capacidades cognitivas y mentales suficientes para mantener actitudes y comportamientos coherentes en el tiempo.
- Que acepten participar de la investigación y por tanto firmen.
- 

#### **5.4.2. Criterios de Exclusión.**

- Menores de edad.
- Pacientes con enfermedad renal aguda.
- Pacientes con desordenes psiquiátricos, mentales o con capacidad cognitiva alterada.

- Pacientes que no acepten participar en la investigación.

## **6. Resultados y análisis**

El proceso de análisis se inició considerando las categorías que los objetivos del proyecto sugerían, siendo estas cada una de las dimensiones señaladas por el concepto de calidad vida, es decir, dimensión social, dimensión psicológica y dimensión física. Con el proceso de codificación emerge la categoría dimensión espiritual.

### **6.1. Dimensión espiritual**

De acuerdo al análisis de los datos se encuentra que los pacientes recurren a las creencias religiosas como un medio para afrontar la enfermedad. Según Vinaccia y Orozco “el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior; es decir, el paciente renal a través de las creencias religiosas trata de trascender y generar un equilibrio espiritual para poder sobrellevar la enfermedad y el tratamiento” (2005, p.127) esto lo podemos evidenciar en el siguiente fragmento de uno de los entrevistados:

*“hay veces le he pedido mucho a Dios que me dé mucha fortaleza de volverme a parar, porque me he visto muy decaída, pero el señor ha estado con uno, él es el que me da la fortaleza y vuelvo y me paro (Entrevista 1, líneas 73-75)*

Maslow dice “necesitamos algo más grande que nosotros, algo por lo que sintamos reverencia y con lo que podamos comprometernos en un sentido nuevo” (1968, p. 164) algo más allá en el cual se pueda descargar las desesperanzas, tristezas y temores, algo en que creer que genere fe y esperanza como mediador entre las condiciones ofrecidas, en este caso por la enfermedad, generando una fuente de fortaleza espiritual para sobrellevar la enfermedad y las diferentes circunstancias de la vida, buscando trascender la enfermedad a través de la sabiduría interior. La propia experiencia mística está determinada por la tradición de lo místico no se le puede separar de un contexto religioso y cultural sin que pierda su significado (Kart, 1987).

## **6.2. Dimensión Psicológica**

Esta categoría se encuentra conformada por los siguientes códigos: conceptos de calidad de vida: bienestar; percepción de calidad de vida; enfermedad: tristeza, depresión; enfermedad: desmotivación, depresión.

Según Vinaccia y Orozco (2005, p. 127) la dimensión psicológica se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento; esto puede evidenciarse en expresiones de los pacientes como:

*“esto le da mucha depresión a uno, esto lo pone a uno muy triste, muchas veces uno no se levanta todos los días con el mismo genio, muchas veces uno es aburrido”* (Entrevista 1, líneas 45-47)

Es así, como las respuestas que se producen a nivel cognitivo en el paciente con ERC desatan una reacción emocional, que genera actitudes o juicios que impactaran de manera favorable o desfavorable la percepción sobre su calidad de vida.

Uno de los pacientes en su discurso expone lo siguiente:

*“la calidad de vida es sentirme bien, tener salud, sentirme alegre y estar bien en todos los factores”* (Entrevista 1, líneas 5-6).

Lo antes mencionado es lo que entienden los pacientes frente al concepto de calidad de vida, siendo este muy diferente a la percepción que tienen a raíz de la enfermedad y de las diferentes situaciones que con ella se vivencian. La cita que a continuación se referencia permite acercarse a los componentes subjetivos de la calidad de vida, lo que indudablemente contrasta con los aspectos objetivos del concepto de la calidad de vida que se exponía en la cita precedente:

*“Mi calidad de vida en estos momentos siento que es regular, porque uno siente que no sirve para la sociedad, ni para nada, ni para un trabajo, ni nada, entonces uno siempre se afecta emocionalmente”*(Entrevista 2, líneas 165-167).

De lo anterior podemos inferir que la calidad de vida en los pacientes con ERC responde al nivel de satisfacción y bienestar que se alcanza tanto en la dimensión social, psicológica, física y espiritual; aunque en el discurso de las personas entrevistadas se aprecia que la dimensión psicológica se ve afectada en gran medida por la dimensión física y social, ejemplo de ello son las siguientes palabras:

*“es una enfermedad que uno pues tiene que saberla llevar y esto, esto nos da mucha depresión, mucha tristeza, eh esto es de pensar mucho, porque es una enfermedad que no es fácil de llevar, porque sentirse uno, sentirse uno pegado a una máquina día de por medio cuatro horas y medias no es bueno, en la forma que uno sale, uno muy mareado, con vómito, mucho desaliento y mucha depresión, y es que es mucha la depresión y la tristeza”*. (Entrevista 1, líneas 11-14).



### 6.3. Dimensión social

Respecto a esta dimensión se puede decir que los pacientes que están en tratamiento de hemodiálisis, poseen una disminución de su vida social, a raíz de la enfermedad. Algunos autores indican en sus conceptualizaciones, lo que los datos de la investigación arrojaron en este aspecto, Alarcón (2004) expresa que “La enfermedad renal puede provocar aislamiento social, generado porque el sujeto puede sentirse deprimido e incluso avergonzado por su enfermedad y evitar el contacto social” (p. 23); mientras que los pacientes así lo enunciaban:

*“entonces no quiere que nadie le hable a uno, o muchas veces tratan de hablarle a uno muy feo, entonces uno les tiene que contestar igual feo, y debido a la enfermedad, yo me he retirado mucho de tener como amistad con las vecinas”* (Entrevista 1, líneas 47-50).

Estas situaciones determinan en gran parte la tristeza que los pacientes mostraron al no poder llevar una vida social como la que tenían antes de tener la enfermedad. El cambio de las rutinas sociales se observa en el fragmento de la entrevista que a continuación se presenta.

*“siempre me siento triste porque estoy acostumbrado a trabajar, y a levantarme tempranito, para irme a trabajar, y allá no me siento como, como con eso de ser útil para uno trabajar, entonces siempre se siente uno mal, entonces prácticamente siempre se siente uno triste, porque en este momento a uno nadie le va a dar trabajo, entonces uno se siente como triste, no sirve aquí para la sociedad o para trabajar alguna cosa, y eso lo afecta a uno bastante, me hace falta el trabajo en estos momentos, pero no puedo trabajar, porque nadie me da trabajo por mi enfermedad”*(Entrevista 2, líneas 156-162).

Por lo expresado en el párrafo anterior, es evidente que la dimensión social se ve afectada por los cambios, las molestias y las limitaciones que conlleva el tratamiento de hemodiálisis, provocando en algunos pacientes el aislamiento social para evitar aquellos sentimientos de pesar y lástima por parte de los otros. Las palabras de Alarcón (2004) apoyan esta conclusión: “El sujeto que recibe tratamiento médico como consecuencia de la ERC, debe abandonar o por lo menos reducir el ejercicio de ciertas funciones a nivel familiar y laboral, que deben ser asumidas por otros” (p. 22).

Según Vinaccia y Orozco “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” (2005, p. 127). Es de decir, para que una persona pueda tener un bienestar social, es necesario que cuente con adecuadas relaciones interpersonales, con un empleo que le provea estabilidad económica y con afecto que lo haga sentir bien y le brinde equilibrio a nivel emocional.

En este mismo orden de ideas, Maslow (1971, p. 462) afirma que “todos tienen necesidades relacionadas con el sentido de pertenencia y el amor, a todos nos motiva la búsqueda de relaciones íntimas y de sentirnos parte de diversos grupos, como la familia y los compañeros”. En este sentido, es importante reconocer que para que haya un bienestar social, es necesario que exista una satisfacción a nivel de interacción, es decir, que una persona interactúe y se relacione con el medio que lo rodea.

#### **6.4. Dimensión física**

El paciente que decide recibir tratamiento de hemodiálisis, debe hacerle frente a una cantidad de efectos biológicos y cambios físicos, puesto que por la enfermedad se presenta una pérdida del funcionamiento corporal de una manera óptima. En las tres entrevistas se escucharon relatos sobre los cambios que se habían dado a nivel físico, como por ejemplo la caída del cabello, disminución del apetito, caída de las uñas, pérdida de peso y disminución de la visión. Esto se apoya con el siguiente fragmento de una de las entrevistas.

*“el cambio mío es que he adelgazado mucho, se han caído las uñas, me he visto más bien con poco pelo y entonces vivo muy triste” (Entrevista 1, líneas 66-65).*

Estos cambios en la apariencia física que experimenta un paciente renal, terminan provocando en él sentimientos de baja autoestima, de tristeza y depresión, donde finalmente hacen que el paciente recurra al aislamiento social como forma de escape, para evitar sentirse así.

Dentro de las necesidades que plantea Maslow encontramos que “necesitamos el respeto de los demás: posición, fama, reconocimiento y apreciación de nuestros méritos. Cuando estas necesidades no se satisfacen, el individuo se siente inferior, débil o desamparado” (1987, p. 462). Como seres humanos necesitamos ser reconocidos, apreciados, sentirnos protegidos por las personas que nos rodean, ya que como lo expone Maslow, esto hace parte de las necesidades de segundo orden, las cuales al ser satisfechas, juegan un papel importante en la calidad de vida de un paciente con enfermedad renal, llevándolo experimentar niveles altos de autoestima, evitando sentirse insignificante, frágil y desprotegido, y en consecuencia niveles bajos de autoestima cuando no se encuentran satisfechas, al respecto uno de los pacientes enuncia:

*“siempre me siento triste porque estoy acostumbrado a trabajar, y a levantarme temprano, para irme a trabajar, y allá no me siento como, como con ese de ser útil pa’ uno trabajar, entonces siempre se siente uno mal, entonces, prácticamente siempre se siente uno triste, porque en este momento a uno nadie le va a dar trabajo, entonces uno se siente como triste, no sirve aquí pa’ la sociedad o pa’ trabajar alguna cosa, y eso lo afecta a uno bastante, me hace falta el trabajo en estos momentos, pero no puedo trabajar, porque nadie me da trabajo por mi enfermedad”* (Entrevista 2, líneas 156-162).

En este sentido, se hace necesaria la satisfacción de la necesidad de estima, ya que un paciente renal, por su condición, se ve enfrentado a muchas limitaciones que le impiden ser reconocido y apreciado dentro del contexto que le rodea. De esta manera, su bienestar físico se ve afectado, dada las limitaciones que se presentan por la enfermedad y el tratamiento, que lo lleva a sentirse inferior e inútil ante la sociedad.

## Conclusiones

La dimensión psicológica permite valorar el grado de bienestar percibido por un paciente frente a la enfermedad y al contexto social.

La calidad de vida puede traducirse en términos subjetivos ya que puede variar dependiendo de la situación personal que vivencia cada persona.

En la percepción que tienen estos pacientes de su calidad de vida, se encuentran constantes referencias a la afección de sus estados psicológico, físico y socioeconómico.

De acuerdo a los resultados obtenidos de la población estudiada, en relación a la percepción de la calidad de vida, se puede inferir que la mayoría de los pacientes entrevistados perciben su calidad de vida de manera aceptable, debido a las limitaciones que provoca tanto la enfermedad como el tratamiento de hemodiálisis ya que no se sienten en completo bienestar físico, mental, y social.

Dentro de los resultados, se puede concluir que las tres dimensiones que componen la calidad de vida: física, social y psicológica, se ven afectas por la ERC, pero en la mayoría de los participantes se aprecia mayor alteración en la dimensión psicológica, debido a las limitaciones que ocasiona la enfermedad, los cambios físicos y a los efectos que produce el tratamiento.

Por otro lado, la dimensión espiritual que emergió en los resultados, se aprecia fortalecida, dada la fe que poseen para superar las dificultades, pero a pesar de las creencias y la fe que expresan, la dimensión psicológica se ve afectada por el temor y la angustia de enfrentarse día a día con la muerte, lo que afecta su bienestar psicológico.

Estos pacientes presentan un deterioro en su calidad de vida debido a que tienen que depender de una máquina para poder vivir, al deterioro de la salud que se da a causa de la evolución de la enfermedad y finalmente por las dificultades socioeconómicas asociadas a la imposibilidad de contratación laboral por el tiempo que deben invertir en el tratamiento.

Además del quebranto de su salud, la falta de apoyo y comprensión familiar, hace que entren en detrimento las relaciones sociales, por los sentimientos de lástima y pesar propiciados por parte de los otros.

## Referencias Bibliográficas

- Acosta, P, Chaparro, L & Rey, C. (2008). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. *Revista colombiana de psicología*, (17), 9-26.
- Alarcón, A. (2004). Aspectos psicosociales del paciente renal. Bogotá: La silueta ediciones.
- Alves de Sousa, M, Sarmiento, T & Alchieri, J. (2011). Estudio quantitativo sobre a qualidade de vida de pacientes hemodialíticos da Paraíba, Brasil. *Revista Ces Psicologia*, 4(2), 1-14.
- Andrews, F. & Withey, S. (1989). Social indicators of well-being: American's Perceptions of life quality. New York: Plenum Press.
- Aranzabal J, Magaz A, Olaizela P. (2003). El proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos. Curso de posgrado. Servicio vasco de salud. Org De Trasplante.
- Barcenilla F, Rello J. (2000). Soporte renal. Barcelona: Edikamed.
- Base de datos resolución 4700. (2008). Población DANE. Base de datos única de afiliados. .Ministerio de la protección social.
- Bishop, G. (1994). Health psychology :integrating mind and body. Boston, Ma: Allyn & Bacon.
- Caballero, S, Trujillo, J, Welsh, Hernández, U y Martínez, J. (2006). Calidad de vida en pacientes con hemodiálisis, diálisis peritoneal continua ambulatoria y automatizada. *Revista archivos en medicina familiar*; 8(3), 163-168.ontinua ambulatoria y automatizada
- Cabrera S. (2004). Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica.



Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 24(6), 29-34.

Corbetta, P. (2003). Metodología y técnicas de investigación social. Madrid: McGraw-Hill.

Cuervo, M. (1993). La calidad de vida. Juicios de satisfacción y felicidad como indicadores actitudinales de bienestar. *Revista de psicología social*, 8(1), 101-110.

Cummins, R. (2004). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, (49), 699-706.

Dnnkhe, G. (1986). Investigación y comunicación. México: McGraw-Hill.

Engel, G. (1977). La necesidad de un nuevo modelo médico: un reto para la biomedicina. *Revista ciencia*, 196(4282), 129-136.

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. (2010). Bogotá DC.

García, H y Calvanese, N. (2008). Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Revista psicología y salud*, 18(1), 5-15.

Gil, A. (2003). Aproximación conceptual a los términos: desarrollo, bienestar, calidad de vida. *Revista páginas*, (65), 45-68.

Gil, A. (2005). Calidad de vida. *Revista cuadernos de línea*, (3), 17-34.

Gómez, M & Sabeth, E. (2002). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación en la investigación y la práctica. *Revista publicaciones del inicio*, 1-7.

Hernández, R, Fernández, C & Baptista, M. (2010). Metodología de la investigación. 5 Edición. México: McGraw-Hill.

- Maslow, A. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- Medellin, J. (2012). Soporte social percibido y calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal (Tesis de maestría inédita). Universidad nacional de Colombia, Bogotá.
- Merck manual. (2012). Insuficiencia renal, Sección 11, capítulo 123. Merck Sharp & Dohme.
- Millan, R, Gómez, C, Gil, A, Oviedo, G. & Villegas, F. (2009). Calidad de vida relacionada con la salud y prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes en hemodiálisis, en 6 unidades renales de Bogotá Colombia. *Revista artículos originales*, 38(4), 622-637.
- Ministerio de la Protección Social de Colombia – FEDESALUD. (2007). Guía para el manejo de la enfermedad renal crónica y modelo de prevención y control de la enfermedad renal crónica. En: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guiarenal.pdf>. 372p.
- Muñoz, J. (2012). Nefrología. Medellín: Cib.
- Organización Mundial De La Salud. (2008). Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: Aplicación de la estrategia mundial. Informe de la Secretaria. 61<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud.
- Organización Mundial De La Salud. (1964). Preámbulo de la constitución de la asamblea Mundial de la Salud. Actas oficiales de la OMS No. 2. New York.
- Otero, A, De Francisco, A, Gayoso, P & García, F. (2010). Prevalence of chronic renal disease in Spain: Results of the EPIRCE study. *Nefrologia*, 30(1), 78-86.
- Pérez, J., Lamas, F. & Legido, A. (2005). Insuficiencia renal crónica: revisión y tratamiento

conservador. *Archivos de Medicina*, 1(3), 1-10.

Piña, J. (1991). Alternativa conductual sobre la salud: justificación para el cambio conceptual.

*Revista de la psicología de la salud*, 3(1), 45-54.

Rivera, A, Montero, M-López & Sandoval R.(2012). Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal.

*Revista salud mental*, 35(4), 329-337.

Riveros, A, Castro, C. & Lara, H. (2009). Características de la calidad de vida en enfermos crónicos y agudos. *Revista latinoamericana de psicología*, 41(2), 291-321.

Rodal, X. (2009). La insuficiencia renal crónica y su influencia en la relación de pareja, de los pacientes de la unidad renal del austro (Tesis de maestría inédita). Universidad de Cuenca, Ecuador.

Rodríguez, J. (1995). Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis.

Rodríguez, K. (2009). Situación de la nefrología en Colombia. *Revista Colombiana de nefrología*, 1(4), 5-17.

Rolando, C & Grijalba, E. (2001). La tierra cambia de piel: una visión integral de la calidad de vida. Bogotá: editorial planeta.

Rudnicki, T. (2006). Aspectos emocionales del paciente renal crónico. *Revista diversitas*, 2(2), 279-288.

Sandoval, L, Ceballos, Z, Navarrete, C, González, F y Hernández, V. (2007). Calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. *Revista médica del Instituto*

*Mexicano del Seguro Social, 45(2), 105-109.*

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Revista ciencia y enfermería, (2), 9-21.*

Segura, I. (2012). Percepción de la calidad de vida en personas con situación de enfermedad crónica en una institución prestadora de servicios de salud barranquilla (Tesis de maestría inédita). Universidad nacional de Colombia, Bogotá.

SEN, A. (2001). El Nivel de Vida. España: Editorial Complutense.

Shaw J, Sicree, R & Zimmet, P. (2010). Diabetes Atlas Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract, 87, 4-14.*

Silbiger S. Neugarten J. (2008). Gender and Human Chronic Renal Disease. *Gender medicine, 5(A):S3-S10.*

Tuesca, R. (2005). La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Revista científica salud uninorte, 21, 76-86.*


Urzúa, A & Caqueo, A. (2012). Calidad de Vida: una revisión teórica del concepto. *Revista terapia psicológica, 30(1), 61-71.*

Vinacia, S., & Orozco, L. (2005). Aspectos Psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Revista perspectiva en psicología, 1(2), 125-137.*

Yewoubdar, B, Becker G, Mayen, N. (2002). Perception of aging and sense of well-being among latino elderly. *En Journal of Cross-Cultural Gerontology, 17(2), 155-172.*

## Anexos

### Anexo 1: Formato de consentimiento informado

<p><b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p>	 <p><b>UNIMINUTO</b>  <small>Corporación Universitaria Minuto de Dios</small></p>
<p>He sido informado(a) de las actividades de campo que se desearán llevar a cabo para este trabajo de grado con la claridad y veracidad debida respecto al curso y proceso de la investigación, sus objetivos y procedimientos. Que decido consciente, libre y voluntariamente ser participante de la presente investigación, contribuyendo a la fase de recolección de la información. Sé que se respetará la buena fe, la confidencialidad e integridad de la información suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.</p>	
<p>A CONSTANCIA FIRMAN:</p>	
<p>FECHA _____</p>	
<p>Nombre estudiante _____ Edad _____</p>	
<p><b>RESPONSABLES:</b></p>	
<p>Programa de Psicología          Facultad de Ciencias Humanas y Sociales</p>	

## Anexo 2: Guión de entrevista

1. ¿Qué entiendes por calidad de vida?
2. ¿Cómo te has sentido emocionalmente desde que estas en tratamiento?
3. ¿Cómo ha sido el apoyo que has recibido de tu familia?
4. ¿Cómo han cambiado tus relaciones sociales desde que empezaste la hemodiálisis?
5. ¿Qué cambios has tenido en tu cuerpo desde que estás en hemodiálisis?
6. ¿Cómo te has sentido frente a esos cambios físicos?
7. ¿De qué manera te ha afectado económicamente el tratamiento de hemodiálisis?
8. ¿Qué cambio se ha generado a nivel laboral?
9. ¿Cómo crees que es tu calidad de vida en este momento?