

Catedra de taller de trabajo final

Cuidados de enfermería desde los aspectos psicológicos y sociales, según la opinión de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis.

Estudio descriptivo a realizarse en el IMAC, Hospital Córdoba en el periodo de abril a julio del 2019.

Asesor Metodológico: Lic. Díaz, Estela

**Autoras: Alfaro, Melina Celeste
Virgolini, Magali de Lourdes**

2018

DATOS DE LOS AUTORES

Alfaro, Melina Celeste: Egresada de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, en el año 2014. Actualmente se desempeña como enfermera operativa en el Hospital Córdoba en el área de Trasplante Renal.

Virgolini, Magali de Lourdes: Egresada de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, en el año 2012. Actualmente se desempeña como enfermera operativa en el Hospital Córdoba en el área de cuidados críticos UTI.

Las autoras realizan el presente proyecto de investigación en el marco de la asignatura Taller de Trabajo Final para la obtención del título de grado de Licenciado en Enfermería, de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba, en el año 2018.

AGRADECIMIENTOS

ALFARO, MELINA CELESTE: A mis padres por la contención, paciencia y apoyo durante estos años, por ayudarme con la crianza de mis hijos y brindarme las herramientas necesarias para seguir adelante ante las adversidades.

A mis hijos por compartir conmigo este momento, siendo mis motivadores y más preciados tesoros, que iluminan mi existir día a día.

A mi esposo Franco Balastegui, por su cariño, por apoyarme en mis proyectos, siempre creyendo en mí.

A mis amigos, compañeros, por el apoyo y consejos útiles en cada momento.

A las asesoras metodológicas: Lic. Díaz, Estela y Lic. Soria, Valeria por su dedicación docente en este proceso, tan importante en mi vida.

Y a todos aquellos que de una y otra forma contribuyeron en este trabajo.

VIRGOLINI, MAGALI DE LOURDES: A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mis hermanos y sobrinos por estar siempre conmigo, los quiero.

A Ezequiel Quinteros, por darme la fuerza y las palabras justas cuando más lo necesité.

A mis amigos y compañeros de trabajo que, de una u otra forma, formaron parte de este proceso de aprendizaje.

A la Lic. Díaz, Estela por su paciencia y dedicación a lo largo de este año 2018. Gracias por creer en nosotras y darnos la motivación para seguir adelante. Por compartir su tiempo y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional.

A la Lic. Soria, Valeria por su asesoría y orientación en la elaboración de la tesis.

“Todo este trabajo, ha sido posible gracias a ellos”

INDICE

PROLOGO	5
CAPITULO 1	6
“El Problema de Investigación”	6
Planteo del problema	7
Antecedentes de investigación	12
Definición del problema	18
Justificación	18
Marco Teórico	20
Definición conceptual de la variable	35
Objetivos	36
CAPITULO 2	38
“Diseño Metodológico”	38
Operacionalización de la variable	39
Población y muestra	41
Fuente de información	44
Técnica e instrumento de recolección de datos	44
Prueba piloto del instrumento	44
Plan de recolección de datos	45
Categorización de datos	45
Procesamiento de datos	47
Análisis de datos	48
CRONOGRAMA	54
PRESUPUESTO	55
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	56
BIBLIOGRAFIA	58
ANEXOS	61
Anexo I: NOTA DE AUTORIZACIÓN	62
Anexo II: NOTA DE AUTORIZACION	63
Anexo III: CONSENTIMIENTO INFORMADO	64
Anexo IV: INSTRUMENTO	65
Anexo V: TABLA MATRIZ	71
Anexo VI: TABLA MATRIZ	72
Anexo VII: TABLA MATRIZ	72
Anexo VIII: TABLA MATRIZ	72

PROLOGO

Las personas con enfermedades crónicas tienen que lidiar de forma permanente con ellas en las áreas físicas, psíquicas y simbólicas de la individualidad, pero el ser humano es un ser social que se expresa y proyecta en diferentes espacios de la vida cotidiana, por lo que está obligado a trascender dicha individualidad en aras del mantenimiento de las relaciones interpersonales, espejo fundamental desde los cuales los sujetos reconstruyen su imagen social y personal.

Las enfermedades crónicas suelen vivirse como experiencias de profundo impacto. El diagnóstico de la enfermedad, la multiplicidad de sus manifestaciones, el carácter crónico y algunas particularidades subyacentes en los procesos de atención matizan, en íntima relación con sus significados y determinantes, la complejidad de estas experiencias de salud y sus secuelas a nivel psicosocial.

Es preciso sostener una perspectiva de equidad y participación en los procesos de salud, que legitime los significados que los sujetos construyen sobre sus experiencias.

Por dicho motivo, el presente proyecto fue diseñado con el objetivo de conocer cómo realiza los cuidados enfermería desde los aspectos psicosociales de los pacientes en tratamiento hemodiálisis.

CAPITULO 1: Comprende definición y planteo del problema, antecedentes de investigación previos, la justificación de su elección, marco teórico de referencia, conceptualización de la variable de estudio y objetivos del proyecto.

CAPITULO 2: Comprende lo relacionado al diseño metodológico, que incluye, operacionalización de la variable, tipo de estudio, población y muestra, los procedimientos de recolección, procesamiento, presentación y análisis de datos, cronograma de actividades, presupuesto. Por último, se encuentra los datos bibliográficos y los anexos correspondientes.

CAPITULO 1

“El Problema de Investigación”

Planteo del problema

En el mundo el incremento de las enfermedades crónicas degenerativa amenaza el desarrollo social y económico, la vida y la salud de millones de personas¹.

Dentro de las enfermedades crónicas con mayores índices de mortalidad, duración e incidencia, así como mayores costos personales y sociales, están las enfermedades que afectan el corazón, el cáncer, infección por. HIV, el asma, la diabetes mellitus y las enfermedades reumáticas, no obstante, dentro de este grupo también podría incluirse a la Enfermedad Renal Crónica².

Esta es considerada como una patología secundaria ya que se produce como un efecto del tratamiento inadecuado de enfermedades endócrinas como la diabetes, cardiovasculares o hipertensión arterial, trayendo consigo serias repercusiones en la homeóstasis del organismo, como así en la convivencia familiar, laboral o social. Por ello se le ubica como una enfermedad de salud pública que exige de una intervención rápida ya que afecta la calidad de vida.

Se entiende por insuficiencia renal crónica al funcionamiento anormal de los riñones por más de 3 meses que genera la alteración estructural de los mismos, a su vez produce mayor deficiencia en el aspecto emocional, físico, funcional y psicosocial, debido a que implica un deterioro lento, progresivo e irreversible de la función renal durante un período de meses o años.

Los posibles tratamientos sustitutos de la función renal son: el trasplante renal y la diálisis en sus dos modalidades la hemodiálisis o diálisis peritoneal. Si bien la expectativa de muerte debido a la falla no necesariamente es inmediata si hay tratamiento, se considera que a partir de este nivel hay una posibilidad importante de muerte en los próximos años³⁻⁴.

En Europa la causa más frecuente de enfermedad renal crónica en diálisis son la glomeronefritis seguidas muy de cerca de la diabetes. En Estados Unidos y en

Sudamérica la principal causa es la diabetes seguida de la nefropatía vascular hipertensiva⁵.

En Argentina existe información desde el año 2004, de las tasas de los nuevos pacientes ingresados a hemodiálisis crónica y de los pacientes que se encuentran en el tratamiento. Con el advenimiento del Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA) del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI): se conforma el Registro Argentino de Diálisis Crónica que informa que al 31 de Diciembre de 2007 se encontraban en diálisis crónica 24.218 pacientes y el crecimiento promedio anual desde 2004 en cantidad de pacientes prevalentes resultó en 4.8%. Al 31 de Diciembre de 2007 la tasa cruda resultó en 615 pacientes por millón de habitantes y el crecimiento anual promedio de esta tasa cruda fue de 3.8% entre 2004 y 2007. Considerando el tipo de población, que es cada vez más añosa y los más añosos son los que ingresan a diálisis crónica, mucho más que los jóvenes. Por otro lado, la tasa ajustada de Trasplante renal en Argentina creció entre 2005 y 2006 el 13% pasando de 19.2 a 21.8 trasplantes por millón de pacientes año⁶.

En lo que respecta a la atención de la persona con enfermedad renal crónica, se entiende que esta patología debe ser considerada como una condición que requiere un ambiente humanístico para su cuidado, así como un abordaje integral basado en el diálogo y trabajo colaborativo entre los profesionales que brindan sus cuidados al individuo y su familia. De tal forma, es primordial reconocer el papel que desempeña enfermería como disciplina que lidera el cuidado, y como principal responsable en la monitorización y control de la asistencia sanitaria⁷⁻⁸.

En el país coexisten dos sistemas de salud, uno perteneciente al sector Privado donde se encuentran las clínicas y sanatorios que son de gestión y administración privada, las cuales son abordadas por pacientes particulares, de obras sociales y prepagas, y por el otro lado, se encuentra el Sistema Público de Salud, que depende del estado ya sea nacional, provincial, municipal, este ofrece una

atención gratuita; los usuarios del mismo proceden de diferentes condiciones socioeconómicas.

A dicho sector adhiere el Hospital Córdoba dependiendo del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Este Nosocomio forma parte de una organización sanitaria, tanto preventiva como curativa, con transcendencia asistencial y académica.

Es una institución polivalente, corresponde al III nivel, de alta complejidad Médico Quirúrgico, realiza procedimientos diagnósticos y terapéuticos de vanguardia, es referente en servicios como hemodiálisis, diálisis peritoneal, quemados y cirugía reconstructiva de los mismos, patologías hematológicas, trasplantes renales, hepático, de corazón y de pulmón.

Se lo considera como uno de los hospitales de referencia de provincia de Córdoba, brindando atención los 365 días del año las 24 horas del día.

El Hospital Córdoba Cuenta con el “Instituto Médico de Alta Complejidad” (IMAC) donde se realizan las diálisis. El mismo se encuentra a cargo de Servicio de Nefrología del hospital.

El IMAC comenzó a funcionar a partir de julio de 2011, contando con aparatología de alta complejidad y de una de infraestructura única en el país.

Asisten al centro un total de 120 pacientes. En promedio, el 55% de ellos no posee cobertura social, y el 45% restante pertenece al Programa Incluir Salud. El servicio se divide en dos grupos: el primero integrado por 61 pacientes que asisten los lunes, miércoles y viernes, y el segundo por 59, que concurren los martes, jueves y sábados, divididos a su vez en tres turnos —mañana, mediodía y tarde—.

Además de recibir atención médica, los pacientes también reciben atención de enfermería, nutrición, salud mental y la contención de un equipo de asistentes sociales especializados. El Dr. Germán Llanacamán 2012, director del nosocomio

afirma que: “El perfil del servicio es brindar a los pacientes una atención integral de la salud, desde una perspectiva bio-psico-social” (p.1).

El instituto cuenta también con una sala para realizar hemodiálisis para agudos, para aquellas personas de reciente diagnóstico de la enfermedad. Esta sala posee cuatro sillones y los pacientes reciben la misma atención integral⁹.

El servicio incluye el traslado en automóvil o ambulancia, según sea la necesidad específica, la entrega de la medicación correspondiente y parte de la cobertura nutricional que los pacientes necesitan diariamente: desayuno, almuerzo, cena y/o colaciones, dependiendo del turno al que asistan⁹.

Un alto porcentaje de los pacientes disponen de ingresos por debajo de la línea de pobreza. Muchos de ellos cuentan con una pensión como único ingreso económico y la gran mayoría se encuentran incorporados al mercado informal de trabajo.

Teniendo en cuenta las características socioeconómicas en la que se hallan los pacientes, el equipo de asistencia social del hospital trabaja de forma personalizada, procurando identificar las problemáticas de cada individuo, generando intervenciones familiares y de gestión de recursos. Por otra parte, también se realizan actividades informativas y socioeducativas, coordinación de estrategias con centros de atención primaria, el Ente Coordinador de Ablación e Implante de Córdoba (ECODAIC) y demás instituciones del Estado. También se incluye la inscripción en el Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA)⁹.

Previendo la realidad situacional del paciente renal debido a que la cronicidad modifica el estilo de vida que conlleva el tratamiento de la misma, sumado las importantes alteraciones emocionales y trastornos des adaptativos, valorados por la enfermera que lo asiste se observa:

- Cambios en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

- Aspecto social del sujeto, afectado en algunos casos.
- Afrontamiento focalizado generalmente a la solución de problemas.
- Escasa adhesión por parte de los pacientes con enfermedad renal crónica al tratamiento de hemodiálisis.
- Mínimo apoyo familiar al paciente con enfermedad renal crónica en el tratamiento de hemodiálisis.
- Deficiente manejo de información sobre el tratamiento de la enfermedad crónica por parte de los pacientes en el tratamiento de hemodiálisis.
- Enfermería realiza atención personalizada al paciente con enfermedad renal crónica según la realidad del mismo.

A partir de lo anteriormente detallado surgen los siguientes interrogantes:

- ¿Cómo es la calidad de vida del paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis?
- ¿Cómo es la vida social de los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis?
- ¿Las estrategias de afrontamiento que utiliza el paciente están focalizadas a la resolución de problemas?
- ¿Qué emociones surgen en el paciente con enfermedad renal crónica frente al tratamiento de hemodialítico?
- ¿Cuáles son los posibles causales a la escasa adhesión de los pacientes al tratamiento de hemodiálisis?
- ¿Por qué es mínimo el apoyo emocional que brinda la familia al paciente en su tratamiento de hemodiálisis?

- ¿Qué clase de información debe manejar el paciente renal crónico sobre el tratamiento hemodialítico?
- ¿Cómo influye el proceso de enfermedad crónica en la vida cotidiana del paciente (aspectos sociales, psicológicos, entre otros)?
- ¿Cuáles son los cuidados que recibe de enfermería según su realidad psicosocial, el paciente renal crónico?

Antecedentes de investigación

En Investigaciones realizadas se han demostrado que tanto, la Enfermedad Renal Crónica y sus tratamientos afectan en gran medida las áreas de desempeño de los pacientes, especialmente a nivel emocional, cognitivo, físico y social, lo que altera de manera notable su calidad de vida global (Cidoncha et al., 2003) citado por Paola Andrea Acosta Hrenández, Leidy Carolina Chaparro López & César Armando Rey Anacona, (2008).

Son muchos los factores estresantes a los que se enfrentan estas personas, tensiones matrimoniales y familiares, dependencia forzada del personal y del sistema hospitalario (Anderson & Levine, 1985), restricciones alimentarias, limitaciones funcionales, pérdida total o disminución de la capacidad de empleo, cambios en la percepción de sí mismo, alteraciones en el funcionamiento sexual, percepción de los efectos de la enfermedad, uso de medicamentos para tratar la enfermedad y temores relacionados con la muerte (Kimmel, 2001).

La calidad de vida incluye una combinación de elementos objetivos y subjetivos, refiriéndose tanto a las condiciones de vida del individuo, como a la satisfacción que experimenta con dichas condiciones. Esta satisfacción depende, en gran parte, de la escala de valores, las aspiraciones y las expectativas personales de cada uno (Badia & Lizán, 2003).

En el caso de los pacientes con este padecimiento, el eje afectado de manera más evidente, es el de la salud física, que, al estar en estrecha relación con el trabajo, intelecto, espiritualidad, recreación, sexualidad y afectividad, los modifica necesariamente, unos más que a otros y de manera diferente en cada sujeto, dependiendo de las particularidades de cada paciente (Alarcón, 2004).

En relación al tratamiento Kimmel (2001) afirma que la posibilidad de escogerlo es una variable que influye sobre medidas psicológicas, les da una sensación de no haber perdido el control sobre su salud. La mayoría de los estudios realizados con esta población parecen sugerir que la calidad de vida es muy similar en los pacientes con hemodiálisis y con diálisis peritoneal, siendo ambas terapias superadas ampliamente por el trasplante renal (Valderrabano, Jofre, & López Gómez, 2001).

Afrontar es, en sí mismo, indicativo de un cierto nivel de adaptación, independientemente de los resultados que se deriven de la actuación; por ello, el concepto de adaptación se convierte en una clave primordial para entender la calidad de vida, vinculándose directamente con el proceso de afrontamiento (Rodríguez, Pastor & López, Roig, 1993).

En la actualidad, las enfermedades como la Insuficiencia Renal Crónica son consideradas como fuentes generadoras de estrés, ya que implican un proceso de deterioro continuo y constante de varios años, afectando el estilo de vida de la persona y originando nuevas exigencias para ellas; el afrontamiento que se haga de esta condición es vital para poder anticipar el impacto que pueda ocasionar en la persona la enfermedad ya que este puede mediar, aminorar y/o amortiguar los efectos del estrés.

Se encontró evidencia que existen pacientes con información válida, que no presentaban adhesión al tratamiento. Lo que corresponde con la escasa adhesión encontrada en estudios de (Cvengros, Christensen & Lawton, 2004), esto puede

tener relación con el bajo nivel educativo, aspecto que ya ha sido comprobado (Kaveh & Kimmel, 2001).

El alto índice de no adhesión pone de manifiesto la importancia de abordar el fenómeno, para evitar complicaciones para el sujeto, su familia y el sistema sanitario.

Los pacientes que no presentan adhesión al tratamiento consideran que su condición de salud no limita substancialmente sus actividades físicas, acorde con ello, los individuos con adhesión al tratamiento por su parte, presentan medias superiores en dolor corporal (refieren menor dolor), función social, rol emocional, salud mental y componente mental. Tales diferencias, están indicando que la adhesión constituye una variable que diferencia el componente físico del mental entre los pacientes con y sin adhesión respectivamente.

Es probable que dichas diferencias obedezcan por una parte, a que los pacientes que presentan adhesión al tratamiento eviten experimentar los efectos físicos adversos que el proceso de sustitución renal conlleva y evitar los efectos secundarios de los medicamentos (Kaveh & Kimmel, 2001), aspecto que puede reforzar el comportamiento de no adhesión y generar graves consecuencias para el paciente, entre ellas, malnutrición, neuropatías, enfermedad en los huesos, falla cardiaca e incluso la muerte (Hersh-Rifkin & Stoner, 2005).

Por otra parte, la adhesión al tratamiento parece fortalecer la percepción de control que tiene el individuo sobre su enfermedad y tratamiento, lo que puede tener incidencia sobre los aspectos emocionales (...), en estos estudios se destaca la importancia de los aspectos cognitivos y emocionales en el comportamiento de adhesión, Hailey & Moss (citado por Francoise Contreras, Gustavo Esguerra, Juan Carlos Espinosa, Carolina Gutiérrez & Laura Fajardo, 2006).

En lo que se refiere al vínculo familiar del paciente con Enfermedad Crónica, se detectó la existencia de evidencia que demuestra que, para el caso de personas

con Insuficiencia Renal Crónica, la mejor opción es la colaboración y participación de la familia extensa¹⁰.

Una familia nuclear se agota más rápidamente en su capacidad de apoyo dado que su número de integrantes es reducido y ello no favorece la corresponsabilidad distribuida entre los miembros para la atención de las necesidades del familiar afectado. El paciente en un hogar con muchos integrantes tiene mayor posibilidad de contar con escucha, alguien con quien compartir ideas, sentimientos, temores y finalmente, un miembro a quien confiarle la realización de gestiones fuera del hogar relacionadas con el tratamiento. (Jorge García Escobar, 2014, p.205).

Aunque no existe un tipo de familia mejor que otro, estos sistemas familiares responden y se vuelven necesarios, en relación a los dilemas psicosociales que deben de afrontar o a la dificultad que puede procesar alguno de sus integrantes. Puede pasar que en determinadas circunstancias el tipo de red primaria pensada como la mayoritaria e ideal para el estado, el aparato ideológico y las representaciones colectivas (familia nuclear), termine quedándose corta en sus posibilidades de brindar ayuda eficaz e integral a su miembro afectado con un mal de salud crónico¹⁰.

En cuanto a la información, sobre el proceso y alternativas del tratamiento, que el paciente debe conocer y entender, se encontró estudios en los que concluyen que los pacientes de más edad tienen más dificultades para comprender las diferencias entre las modalidades de diálisis¹¹.

La Diálisis Peritoneal es una opción de tratamiento que los pacientes eligen en base a un adecuado conocimiento de las diferentes modalidades, lo cual les capacita para tomar la decisión basada en el mantenimiento de estilo de vida,

mediante la realización del procedimiento en su propio domicilio. La Hemodiálisis se asocia en gran medida al desconocimiento de los pacientes, de la posibilidad de escoger la opción domiciliaria. (...), la mayor parte no disponen de conocimiento suficiente sobre la DP. A medida que incrementa la edad media del paciente, el conocimiento de las modalidades sufre una caída progresiva, afectando muy especialmente a la DP que prácticamente es desconocida entre los mayores de 75 años. (J.L. Pastor & J.C. Julián, 2010, p.19)

Los pacientes de Hemodiálisis en ese estudio, mostraron un gran desconocimiento sobre las técnicas disponibles en general, y un escasísimo, por no decir, anecdótico, conocimiento sobre lo que es, representa y aporta la DP. Por el contrario, los sujetos que realizan DP, sí confirmaron un notable conocimiento de la HD y han optado a la DP por elección propia, tras pasar por un proceso de información, y después de haber evaluado pros y contras de cada uno de los tratamientos. Desde las fases iniciales existe un sesgo informativo que predispone a elegir la HD¹¹.

En lo relacionado a la fuente de la información, el médico especialista es el profesional, que mencionaron de manera casi unánime los individuos en dicho estudio. Los pacientes de Diálisis Peritoneal, sin embargo, también refirieron que han obtenido información de enfermería¹¹.

La popularidad y omnipresencia de la HD hace que los procesos de información de DP sean precarios, siendo los pacientes jóvenes (menores de 65 años) los que manejan un mayor nivel de información en la fase de pre-diálisis sobre las posibles técnicas para su tratamiento. Las críticas al proceso de información se producen de modo global, pero alcanzan sus cotas máximas entre los pacientes de DP. El

material didáctico utilizado, la falta de claridad de las explicaciones, el reducido detalle de los beneficios e inconvenientes sobre cada técnica, el tiempo dedicado por el especialista o la predisposición de éste a solventar dudas son aspectos mal valorados. (J.L. Pastor & J.C. Julián, 2010, p.19)

En cuanto al Instituto Médico de Alta Complejidad, del Hospital Córdoba se halló, información referida a su perfil de funcionamiento, la cual data desde el 12 de julio del 2012, en torno de una entrevista de prensa del Gobierno de la Provincia de Córdoba⁹, donde el director del Hospital Córdoba, el Dr. Llancamán (2012), refiere que:

“El perfil del servicio es brindar a los pacientes una atención integral de la salud, desde una perspectiva bio-psico-social”, (...). Un alto porcentaje de nuestros pacientes disponen de ingresos por debajo de la línea de pobreza. Muchos de ellos cuentan con una pensión como único ingreso económico y existe un porcentaje que se encuentra además incorporado al mercado informal de trabajo”. (Llancamán, 2012, p.1)

La calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica se ve afectada mayormente en lo físico e inmediatamente repercute en su función psicosocial, lo cual lleva al paciente a elegir un tratamiento adecuado. De parte del servicio sanitario se brinda la información pertinente y en función a ello se encontró que se adhieren con mayor frecuencia a la Hemodiálisis, pero aun así existe baja adhesión al tratamiento, tema que se ve relacionado con los aspectos cognitivos y emocionales en el comportamiento de adhesión. En lo que respecta a la familia existe evidencia que la familia extensa acompaña y colabora mejor con la persona en tratamiento.

Se realizó una revisión de los estudios referidos a los pacientes con esta dolencia; se puede considerar como escasa la existencia de estos trabajos basados en el cuidado enfermero, sobre la problemática psicosocial de los sujetos, en algunos casos se hallan adjetivando las consecuencias, pero no buscando los motivos, los cuales son determinantes de la necesidad del sujeto. Por ello se considera importante basar la definición del problema desde los aspectos psicosociales, ya que la realidad de las personas es cambiante, por ello amerita su estudio.

Definición del problema

Teniendo en cuenta la revisión de antecedentes de investigación y los datos observados y recabados de la realidad, surge la siguiente definición del problema:

¿Cuáles son los cuidados de enfermería desde los aspectos psicológicos y sociales, según la opinión de los pacientes con insuficiencia renal crónica, en tratamiento de hemodiálisis Hospital Córdoba Ciudad de Córdoba en el periodo de abril – julio del 2019?

Justificación

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad progresiva e irreversible que produce cambios rotundos en la vida de quienes la padecen, requiriendo dependencia al tratamiento de HD.

Considerando que la concepción de salud y enfermedad, depende de las definiciones que el común de la gente tenga sobre su padecimiento, estas serán las que condicionaran los tipos de ayuda a buscar.

Existe un complejo mundo de creencias y valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud que interaccionan permanentemente con la medicina oficial y que dan cuenta no solo de las

modalidades de gestión de salud, sino también de la relación que el sujeto tiene con su cuerpo, con la alimentación, con los hábitos de vida, con el tiempo libre, y con el conjunto de los servicios sanitarios, entre otros aspectos.

En lo relacionado al cuidado de estos pacientes, lo que conforma la esencia de la profesión enfermera, se lo puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación enfermera/o – paciente.

Es entonces que debido a la realidad presente de los pacientes con este trastorno en tratamiento de Hemodiálisis, en relación a la modificación de su calidad de vida, de su función social, el modo de afrontamiento frente la enfermedad, la escasa adhesión al tratamiento, el mínimo apoyo familiar que reciben y las intervenciones que enfermería imparte a los mismos, es que se considera pertinente realizar la investigación sobre los cuidados enfermeros en los aspectos psicológicos y sociales de las personas que sufren esta afección, ya que existen muy pocos trabajos de investigación documentados que se relacionen con la variable de este estudio.

Dicho trabajo será de gran aporte para la profesión, ya que le permitirá tener nuevas estrategias de intervención, conocimientos científicos y planificar el cuidado de una manera integral abarcando holísticamente las necesidades del sujeto. Contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los pacientes con este padecimiento.

En cuanto a los aportes, que se producirán a la persona y a su familia, será en lo relacionado al acompañamiento psicológico y social, que promoverá una participación activa del círculo familiar en el tratamiento, produciendo cambios positivos para el sujeto en sus vínculos afectivos y de relación.

A nivel social, resulta importante realizar esta investigación ya que la función social de los pacientes con este padecimiento es un pilar fundamental para el afrontamiento de la enfermedad, y dicha sociedad donde se encuentra, no posee

la información pertinente de las características psicosociales de las personas con ERC, actualmente. Y la averiguación de datos posiblemente permitirá innovar en estrategias inclusivas en la comunidad.

En lo que respecta a la institución, el desarrollo de este proyecto permite actualizar protocolos de intervención sanitarios, y adaptarlos a la realidad psicosocial actual que transita el paciente en tratamiento de Hemodiálisis.

Por dichos motivos, surge la necesidad de reflexionar acerca de la importancia del cuidado de enfermería en los aspectos psicosociales, de los pacientes con ERC en tratamiento de HD; ya que este repercute y forma parte de campo de conocimiento enfermero y la intervención psicosocial contribuye para mejorar el afrontamiento de la enfermedad por parte de los pacientes, permitiendo una readaptación más rápida, con la finalidad de volver a una nueva faceta de vida igualmente satisfactoria.

Marco Teórico

Las enfermedades crónicas son problemas de salud de larga duración (la palabra "crónico" proviene del término griego *chronos*, que significa tiempo).

A pesar de que los síntomas de una Enfermedad Crónica pueden desaparecer con los cuidados y tratamientos médicos, generalmente la persona sigue padeciendo la enfermedad subyacente, aunque los procesos que recibe pueden implicar que se sienta sano y se encuentre bien gran parte del tiempo.

Cada trastorno Crónico tiene sus propios síntomas, tratamiento y evolución. Exceptuando el hecho de que son relativamente duraderas, las distintas Enfermedades Crónicas, no se parecen necesariamente entre sí, sino en otros aspectos. La mayoría de las personas que las padecen, no piensan en ellas mismas como en un "enfermo crónico", sino como en alguien que sufre un trastorno específico, como el asma, la artritis, la diabetes, el lupus, la anemia falciforme, la hemofilia, la leucemia o la enfermedad concreta que tengan.

La mayoría de los individuos atraviesan varias fases en el proceso de asumir que padecen una Enfermedad Crónica y de aprender a vivir con ella.

Cuando a una persona le diagnostican una afección Crónica en concreto, puede sentir muchas cosas. Algunas personas se sienten vulnerables, confundidas y preocupadas por su salud y su futuro. Otras se decepcionan y se auto compadecen. Algunas encuentran injusto lo que les ha pasado y se enfadan consigo mismas y con la gente a quien quieren. Ante esto, existen autores, que lo denominan, el proceso de afrontamiento, siendo este el periodo donde la persona aquejada comienza atravesando las siguientes etapas, según Manuel Nevado, (2012):

Negación: es la primera de las etapas del duelo y por lo tanto está presente en el momento del diagnóstico de cualquier enfermedad crónica. La negación es un mecanismo de defensa que impide la toma de conciencia de la patología en ese momento, es un proceso adaptativo que impide que la información caiga de golpe.

Esta negación inicial es sana, porque permite ir tomando conciencia del proceso poco a poco, permite ir adaptándose a la nueva realidad.

Ira: es la segunda etapa del proceso de duelo. Si en la primera etapa se niega una realidad, en la siguiente el paciente se enfada debido a que poco a poco va tomando conciencia de la nueva realidad, comienza a ser consciente de que la patología detectada será para toda la vida y comienzan a aparecer sentimientos de incompreensión hacia todo lo que le rodea, incluidos sus seres más queridos, rechazo a las ayudas que los demás le ofrezcan y frases acusadoras del tipo: “Nadie me comprende, todo el mundo me aconseja y me dice que salga y que me recupere, pero nadie me escucha”.

La pregunta más repetida en esta fase es: “¿por qué a mí?”. Y lógicamente es una pregunta sin respuesta, en esta fase se dará cuenta de que existen muchas

preguntas que no tienen ninguna respuesta, aumentando, por lo tanto, las reacciones desproporcionadas.

Culpa: poco a poco los enfados comienzan a disminuir, la ira comienza a apaciguarse y se llega a la etapa de la culpa. El ser humano tiene una tendencia innata a buscar culpables a las distintas desgracias con las que la vida le suele premiar. Así, se inicia un proceso de búsqueda de culpables. La misma comienza en personas externas: el médico, la familia, los acontecimientos externos, los momentos en los que se podía haber actuado de una manera distinta. Con el tiempo, y en la mayoría de los casos, se tiende a disminuir esta culpa hacia el exterior y entonces comienza la búsqueda del culpable en el interior.

Esta etapa puede llegar a ser una de las más importantes a la hora de elaborar el proceso de duelo, entre otras cosas, porque va a estar presente prácticamente a lo largo de toda la vida.

Depresión: la depresión sigue el curso del ciclo de duelo. La persona se enfrenta a la penúltima etapa del proceso de duelo. Después de haber negado la patología y su realidad, de haber sentido ira, sufrido enfados atravesando la llanura larga y tormentosa del duelo, se camina hacia la depresión. En esta etapa comienza a tomar conciencia de la pérdida. La realidad de la enfermedad ya es inevitable, ha pasado un tiempo prudencial desde el diagnóstico y no hay vuelta atrás. La realidad hace daño, pero al mismo tiempo sirve para asumir la pérdida.

Al ir asimilando la situación, comienza a plantear el futuro, y éste siempre es incierto porque nunca se sabe cómo responderá, comienzan a aparecer asuntos pendientes de solucionar, como la gestión de recursos y ayudas. La pregunta más frecuente es: “¿y ahora qué hago yo?”.

Aceptación: tras un largo discurrir por el camino se llega a esta última etapa. Es el momento de aceptar la realidad y tratar de rehacer la vida. En esta fase el estado de ánimo no resalta por nada especial, ni por alto ni por bajo, es un estado de afectividad plana, en el que no se está ni deprimido ni animado, pero en el cual

se puede comenzar a tomar decisiones con respecto a nuestra vida y a plantearse objetivos de acción concretos.

En este momento es donde se aprende a convivir, se llega a la conclusión de que las situaciones pasadas, la vida anterior, no volverá, que hay que aprender a convivir con la nueva realidad y se intenta aparcar los recuerdos en algún lugar a mitad de camino entre el corazón y la razón, de tal manera que permita al paciente seguir con el curso de su vida.

Es el momento de tomar decisiones sobre cómo será a partir de ahora la vida y de cómo quiero seguir viviendo, de redescubrir el nuevo YO.

En relación con el proceso de la Enfermedad Crónica, se encontró evidencia sobre el modelo sistémico según Rolland, (1994), que describe los procesos de interacción entre las demandas psicosociales derivadas de la enfermedad crónica y las fases cronológicas de ésta (fase de crisis, fase crónica y fase terminal).

Es necesario hacer referencia en los siguientes aspectos:

Tipología psicosocial de la enfermedad crónica:

Es importante conocer los aspectos psicosociales que pueden influir en la EC para facilitar un mayor vínculo entre el mundo psicológico y el biológico.

Fases cronológicas de la Enfermedad Crónica:

Para intentar analizar las fases cronológicas en la historia natural de la EC, ésta puede dividirse en tres fases: fase de crisis, fase crónica y fase terminal.

- En la fase de crisis: Los síntomas son manifiestos pero el diagnóstico aún no está claro. En esta fase la familia se enfrenta al dolor y la incertidumbre e intenta dar un sentido a la enfermedad.
- En la fase crónica: Incluye el tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta la fase terminal. En esta se producen alteraciones continuas a nivel

psicológico o de organización interna que deben ser abordados por el núcleo familiar.

- La fase terminal: Está marcada por la inevitabilidad de la muerte. La familia elabora la fase de duelo y predominan los sentimientos de dolor, separación y muerte.

Una de las cualidades básicas de las Enfermedades Crónicas tiene que ver con sus impactos sobre las personas que la padecen, justamente en la cronicidad. Esta propiedad impone en primer lugar lidiar de forma permanente con ella en lo físico, psíquico y simbólico, en tanto el ser humano es un ser social que se expresa y proyecta en diferentes espacios de la vida cotidiana.

Las relaciones interpersonales en general, las ocupaciones, la familia y la pareja constituyen las dinámicas de interacción fundamentales donde los procesos de salud y enfermedad se expresan.

Según Roca Perara (2007), las EC rebasan los marcos institucionales sanitarios y abarcan la vida cotidiana de la persona, así como sus redes sociales. Una vez instauradas pueden producir cambios psíquicos y corporales intensos y modificar áreas de vida significativas, lo cual demanda de las ciencias de la salud superar el enfoque exclusivamente centrado en signos y síntomas físicos para dirigir la atención hacia la repercusión de la enfermedad sobre los diferentes ámbitos de la vida de la persona enferma, defendiendo un marco de comprensión y abordaje cada vez más holístico¹².

Brannon y Feist (2001), citado por Vinaccia y Orozco (2005), afirman que las EC, no solo 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, y afectar las relaciones con los miembros de la familia y amigos.

En general, es posible encontrar en los sujetos referencias a un proceso de reestructuración de dichas áreas como consecuencia de la enfermedad y de los retos que la misma impone.

Kalker y Roser (1987), citados por Rodríguez (1995), definen la calidad de vida en los enfermos crónicos como el nivel persona, aun teniendo en cuenta las afecciones producidas por su enfermedad, tratamiento y efectos colaterales. Según esta definición, Haes y Van Knippenberg (1985-1987), citados por Rodríguez (1995), proponen que la calidad de vida dentro de la perspectiva de las personas con enfermedades crónicas debe ser vista como un constructo multidimensional que incluye, al menos, estatus funcional, síntomas relacionados con la enfermedad, funcionamiento psicológico y funcionamiento social.

El estatus funcional se refiere a la capacidad para ejecutar una gama de actividades que son normales para la mayoría de personas; incluye tres categorías; autocuidado, movilidad y actividad física. En cuanto a los síntomas relacionados con la enfermedad, son diversos en función del tipo de enfermedad y tratamiento. En el caso de pacientes con cáncer, los síntomas que se reportan con mayor frecuencia son dolor, fatiga, malestar corporal, estreñimiento, náuseas, vómitos, trastornos del sueño.

Cuando se evalúa este aspecto en la afección Crónica, se puede sobreestimar la prevalencia del estrés o de los trastornos debido a la inclusión de ítems que reflejan manifestaciones somáticas de perturbaciones psicológicas, tales como el cansancio físico y la pérdida del impulso sexual o del apetito. Entre los pacientes con cáncer estos síntomas pueden reflejar efectos físicos, directos de la enfermedad o de su tratamiento.

En cuanto al funcionamiento social se hace referencia, según World Health Organization (2003), al trastorno de las actividades sociales normales y es el resultado de diferentes factores, como limitaciones funcionales debidas al dolor y/o fatiga, el miedo del paciente de ser una carga para los demás, el temor por los síntomas o las discapacidades, sentimientos de incomodidad entre los miembros de la red social del paciente, miedo al contagio, etc. Dentro de este apartado, hay que considerar también las actividades de rol, esto es, desempeño de papeles asociados con el trabajo y la familia.

En suma, cuando se habla de calidad de vida en el paciente crónico se hace alusión a su propia valoración global frente a la adaptación funcional, cognitiva, emocional, social y laboral. Algunos trabajos en los que se ha evaluado el importante papel que juegan diferentes variables psicológicas y sociales en el mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud, incluyendo estudios sobre los problemas de la adhesión al tratamiento y calidad de vida.

La gran cantidad de aspectos psicosociales que son parte de los cuidados en los trastornos Crónicos, surge de las respuestas individuales de los pacientes, las familias, los amigos y la sociedad, frente al diagnóstico y pronóstico. Cualquiera que sea el resultado de la enfermedad, el objetivo es mejorar la calidad de vida.

La calidad de vida abarca:

- 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, 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.
- El bienestar espiritual: abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fuerza interior. (Vinaccia y Orozco, 2005)

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente.

Cuidar implica conocer a cada ser humano, interesarse por él exige un esfuerzo de atención, una concentración a veces más agotadora que el esfuerzo físico. El

valor del cuidado se fundamenta en la enfermera creativa cuyo ser es trascendente.

Los modelos y teorías de enfermería se fundamentan en una visión humanista del cuidado, como por ejemplo Watson (1979), la cual refiere que, el cuidado es para enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y el paciente.

El cuidado debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. La enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimientos de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como participe en las transacciones de cuidados humanos.

Para Peplau (2012), enfermería es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal que actúa de forma conjunta con otros procesos humanos que posibilitan la salud. Es una relación humana entre un individuo que está enfermo que siente una necesidad y una enfermera que está preparada para reconocer y responder a las necesidades de ayuda.

Según Martha E. Rogers (2000), a la función de la enfermería la define como ciencia humanitaria y arte. Sus actividades irán encaminadas hacia el mantenimiento y promoción de la salud, prevención de las enfermedades y rehabilitación de enfermos y discapacitados. El objetivo de la enfermera es ayudar a los individuos para que puedan alcanzar su máximo potencial de salud. Para ello la enfermera debe tratar de fomentar la interacción armónica entre el hombre y su entorno. Los cuidados de enfermería se prestan a través de un proceso planificado que incluye la recogida de datos, el diagnóstico de enfermería, el

establecimiento de objetivos a corto y largo plazo y los cuidados de enfermería más indicados para alcanzarlos.

En 1970, Leininger elaboro el modelo del sol naciente que describe a los humanos como personas que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción del mundo, de su trayecto vital y el contexto de su entorno.

Leininger creó la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales enfermeros, que tiene sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los profesionales y de este modo, podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen y necesiten de estos profesionales. *La cultura* representa los modelos de su vida sistematizados y los valores que las personas que influyen en sus decisiones y acciones.

Por tanto, la teoría está enfocada para que las enfermeras descubran y adquieran los conocimientos acerca del mundo del paciente y para que estas hagan uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y prácticas, todo con la ética adecuada.

Enfermería transcultural: se refiere a las enfermeras que están formadas en enfermería transcultural y que tienen como labor desarrollar el saber y la práctica de la enfermería transcultural.

Conceptos según la teoría de transculturación:

- Salud: se considera como un estado de bienestar, es culturalmente definida, valorada y practicada. Incluye sistemas de salud, prácticas de cuidados de salud y mantenimiento de la salud. Es universal a través de todas las culturas, aunque se define de forma distinta en cada cultura para reflejar sus valores y creencias específicas.
- Cuidados: acciones dirigidas a la asistencia, al apoyo o a la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida.

- Cuidados culturales: son todos los alores, creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupos a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte.
- Persona: Leininger se refiere a ella como un ser humano que se cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas.
- Etnoenfermería: se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tienen de ellos una cultura determinada, a través de las experiencias, las convicciones y el sistema de valores sobre fenómenos de enfermería reales o potenciales, como puede ser la asistencia, la salud y los factores ambientales.
- Diversidad de los cuidados culturales: variación o diferencia que existe en significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos, con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas a las personas.
- Universalidad de los cuidados culturales: la similitud o uniformidad dominante en los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados que se manifiestan entre muchas culturas y reflejan los modos de apoyo, asistencia, capacitación para ayudar a las personas¹³.

El modelo de Neumann (1972) se ocupa primordialmente de los efectos y de las reacciones ante la tensión, en el desarrollo y mantenimiento de la salud.

Conceptos de la disciplina según la teoría:

- Enfermería: Neumann cree que la enfermería debe cuidar a la persona en su totalidad, que es una profesión única que debe ocuparse de todas las

variables que afectan al individuo frente al estrés. La percepción de la enfermera influye en el cuidado que se suministra.

- Persona: el modelo de sistemas de Neumann presenta el concepto persona como un cliente/sistema, sistema que, puede ser un individuo, una familia, un grupo, una comunidad o un problema social. El sistema cliente es un compuesto dinámico de interrelaciones entre los factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Se considera que el cliente cambia o se mueve constantemente y se observa como un sistema abierto que interacciona recíprocamente con el entorno.
- Salud: es un movimiento continuo del bienestar a la enfermedad, dinámico y sujeto a un cambio constante. Capacidad de flexibilidad para mantener el equilibrio contra cualquier estresor.
- Entorno: el entorno y la persona son los fenómenos básicos del modelo de sistemas de Neumann. Estos dos elementos mantienen una relación recíproca. El entorno se define como los factores internos y externos que rodean o interaccionan con la persona o el cliente. Los elementos estresantes (intrapersonal, interpersonal y extra personal) son importantes para el concepto del entorno y se describen como fuerzas del entorno que interaccionan con la estabilidad del sistema y pueden alterarla¹³.

Cuando se examinan algunas de las teorías de enfermería, se hace obvio que el cuidado de ciertos grupos de pacientes puede ser mejorado si se utilizan algunos de los diferentes modelos de enfermería.

La fusión de los modelos y las teorías de enfermería con la práctica clínica se hace necesaria, para lograr el fortalecimiento de esta profesión, resaltando la importancia y aplicación de algunos modelos teóricos de enfermería integrados al cuidado del paciente nefrológico.

En este sentido se abordará el cuidado enfermero en la EC sobre las diferentes áreas: psicológicas y sociales, de vida cotidiana. Lo que permiten visualizar de

forma más integral la realidad actual de la vida de personas con Enfermedad Renal Crónica.

Según el Modelo de Virginia Henderson, que parte de la teoría de las necesidades humanas, para la vida y la salud, como núcleo central para la actuación enfermera¹³.

De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial¹³.

V. Henderson (citado por José Carlos Bellido Vallejo & José Francisco Lendínez Cobo, 2010) considera que la función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible. (V Henderson, 1966, p. 18)

El máximo principio de la autora, para aplicar su modelo teórico a la práctica, consiste en que la enfermería debe ser capaz de fomentar la actividad del paciente para que éste adquiera su independencia¹⁴.

Para que el individuo pueda desarrollar esa independencia, es necesario tener en cuenta el conjunto de influencias externas que afectan a la vida y desarrollo de una persona¹⁴.

Respecto al modelo teórico se han descrito cuatro conceptos en relación con su paradigma¹³:

- Salud: La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. El objetivo es que los individuos recuperen la salud o la mantengan, si tienen

la voluntad, fuerza y conocimientos necesarios. Se considera salud la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas. Henderson equipara salud con independencia¹³.

- Persona: Es aquel individuo que necesita ayuda para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales¹³.
- Entorno: Para Henderson un individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede influir en esta capacidad. El entorno incluye la relación del individuo con la familia. También incluye la responsabilidad de la comunidad de proveer cuidados¹³.
- Enfermera: (cuidados o rol profesional): La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) actividades que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible¹³.

Conceptos y definiciones para la práctica de la enfermería:

➤ Necesidad:

Henderson establece 14 necesidades básicas que todo ser humano tiene. Estas necesidades normalmente están cubiertas por un individuo sano y que tiene el suficiente conocimiento para ello. Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales¹⁴.

Las 14 necesidades fundamentales descritas en el modelo de V. Henderson son:

1. Respirar normalmente.

2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud.

Todas las necesidades adquieren un pleno significado cuando son abordadas desde su doble sentido de universalidad y especificidad. Universalidad porque son comunes y esenciales para todos los seres humanos; y especificidad, porque se manifiestan de manera distinta en cada persona¹⁴.

Las actividades que enfermería realiza, encaminadas a cubrir las necesidades del paciente, son denominadas por V. Henderson como cuidados básicos de enfermería. Estos se aplican a través de un plan de cuidados de acuerdo a las necesidades específicas del paciente¹⁵. Sin embargo, estas carencias se modifican en función de dos tipos de factores:

- Factores permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, o capacidad física.
- Factores variables: que son estados patológicos como: falta aguda de oxígeno, estados de inconsciencia, lesión local, etc.

Las fuentes de dificultad según Henderson son una causa o un impedimento que genera dependencia. Puede ser de orden psicológico, físico, social o de falta de conocimientos. Puede tener su origen en experiencias o situaciones del presente, pero también puede estar originada por experiencias del pasado¹⁵.

Relación enfermero/a-paciente según V. Henderson¹⁵:

Se establecen tres niveles:

1- Enfermera/o como sustituto del paciente (enfoque de suplencia):

Se realiza una relación de suplencia debido a una carencia respecto a la fortaleza física, de voluntad o de conocimientos del paciente. Puede ser de carácter temporal si la persona es capaz de recuperar y/o adquirir la fuerza, conocimientos y voluntad; o puede ser de carácter permanente si la persona no podrá recuperar la fuerza, conocimientos y/o voluntad¹⁵.

2- Enfermera/o como auxiliar del paciente (enfoque de suplencia y ayuda):

La/el enfermera/o realiza actividades de ayuda parcial, nunca suple totalmente las actividades del paciente que puede realizar por sí mismo¹⁵.

3- Enfermera/o como acompañante del paciente (enfoque de ayuda): La o el enfermera/o supervisa y educa al paciente, pero es éste quien realiza sus cuidados¹⁵.

Al considerar la opinión de los pacientes, ya sean favorables o desfavorables, se entiende que la misma deviene de la experiencia vivida por cada sujeto.

La experiencia supone, en primer lugar, un acontecimiento o, dicho de otro modo, el pasar de algo que no soy yo. Y "algo que no soy yo" significa también algo que no depende de mí, que no es una proyección de mí mismo,

que no es el resultado de mis palabras, ni de mis ideas, ni de mis representaciones, ni de mis sentimientos, ni de mis proyectos, ni de mis intenciones, es algo que no depende ni de mi saber, ni de mi poder, ni de mi voluntad. "Que no soy yo" significa que es "otra cosa que yo", otra cosa que no es lo que yo digo, lo que yo sé, lo que yo siento, lo que yo pienso, lo que yo anticipo, lo que yo puedo, lo que yo quiero. (...)

Se trata, por consiguiente, de un sujeto abierto, sensible, vulnerable, expuesto. Por otro lado, el "principio de subjetividad" supone también que no hay experiencia en general, que no hay experiencia de nadie, que la experiencia es siempre experiencia de alguien o, dicho de otro modo, que la experiencia es, para cada cual, la propia, que cada uno hace o padece su propia experiencia, y eso de un modo único, singular, particular, propio. (Larrosa, 2006, p.88)

Definición conceptual de la variable

- A partir de lo mencionado anteriormente, se adhiere a la definición conceptual de Virginia Henderson para la variable en estudio, la cual será el cuidado enfermero. Sera estudiada en las dimensiones psicológica y social, presentes en la teoría de Henderson

En su libro *The Nature of Nursing* (La Naturaleza de la Enfermería) publicado en 1966, Virginia Henderson ofrecía una definición de la enfermería:

“Asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible”.

Cuidados: Está dirigido a suplir el déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

Psicológica: será estudiada a partir de los cuidados enfermeros, que se impartan a la satisfacción de las necesidades, según refieren los pacientes, relacionada con:

- Capacidad de comunicación del paciente
- El grado de realización personal del mismo
- Satisfacción de la curiosidad en relación a su diagnóstico, tratamiento y cuidado.

Social: será estudiada a partir de la atención prestada por enfermería, según la opinión de los pacientes en relación a:

- Capacidad del mismo para evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
- A vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
- A participar en actividades recreativas.

Objetivos

Objetivo General:

- ❖ Establecer los cuidados de enfermería desde los aspectos psicológicos y sociales, según la opinión de los pacientes con insuficiencia renal crónica, en tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Córdoba de la ciudad de Córdoba en el periodo de abril – julio del 2019.

Objetivos Específicos:

- ❖ Indicar los cuidados de enfermería que se dirigen a suplir las necesidades de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en relación a la capacidad de comunicación, el grado de

realización personal del mismo y la satisfacción de la curiosidad en relación a su diagnóstico, tratamiento y cuidado.

- ❖ Indicar los cuidados de enfermería que se dirigen a suplir las necesidades de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, en relación a la capacidad del mismo para evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas, a vivir de acuerdo con los propios valores y creencias y a participar en actividades recreativas.
- ❖ Analizar cuál es la dimensión predominante de los cuidados de enfermería en la satisfacción de necesidades de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

CAPITULO 2

“Diseño Metodológico”

Tipo de estudio

El estudio que se realizará será de tipo descriptivo con una variable cualitativa denominada el cuidado enfermero, que se estudiarán de forma transversal en el periodo comprendido entre abril a julio del año 2019.

Descriptivo: porque describirá los cuidados enfermeros sobre las dimensiones psicológica y social de los pacientes con IRC, en tratamiento de HD.

Transversal: porque se realizará un corte en el tiempo para realizar una descripción de los cuidados de enfermería en los aspectos psicológico y sociales, de los pacientes con IRC en tratamiento de HD durante el período abril a julio del 2019.

Operacionalización de la variable

Variable	Dimensiones	Sub dimensiones	Indicadores
Los cuidados enfermeros	Psicológica	Capacidad de comunicación de los pacientes	El enfermero hace una escucha activa de lo que el paciente refiere que siente en general.
			El enfermero le da el espacio para el dialogo al paciente.
			El enfermero escucha las necesidades relacionadas por el paciente.
			El enfermero escucha los reclamos que refiere el paciente.
			El enfermero evacua las dudas del paciente.

		Grado de realización personal del mismo.	El enfermero colabora con el paciente para el logro de metas personales.
			El enfermero propone objetivos alcanzables en común con el paciente
			El enfermero brinda apoyo en situaciones de metas no alcanzadas
		Satisfacción de la curiosidad en relación al diagnóstico, tratamiento y cuidado.	El enfermero informa claramente al paciente de los procedimientos a realizarle en el tratamiento.
			El enfermero evacua dudas e inquietudes en relación al diagnóstico.
			El enfermero evacua dudas e inquietudes en relación al autocuidado.
Los cuidados enfermeros	Social	Capacidad del paciente para evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.	El enfermero explica cómo mantener un ambiente sano y adecuado para su tratamiento.
			El enfermero explica al paciente las acciones de autocuidado y manipulación de Fistula Arteriovenosa o catéter.
			El enfermero informa al paciente sobre normativas institucionales para el desarrollo del tratamiento de HD.
		Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.	El enfermero respeta las creencias y cultura del paciente, acorde al tratamiento de HD.
			El enfermero adapta los cuidados según el paciente, no realiza prejuicios.

		Participar en actividades recreativas.	El enfermero promueve a la realización de actividades recreativas, (físicas, artísticas, etc.).
			El enfermero integra al paciente en grupos de reunión y apoyo.

Población y muestra

El Universo estará constituido por el total de pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis, pertenecientes al IMAC del Hospital Córdoba, en el periodo Abril – Julio de 2019.

Este universo estará conformado por una población heterogénea, ya que presentará características individuales diferentes, tales como la edad, el sexo, años que concurre al hospital, años que padece la enfermedad, años que se realiza el tratamiento.

La población comprende un total de 120 pacientes, de la cual se tomará una muestra representativa.

Para que la muestra sea representativa, deberá reflejar las características de la población en estudio y permitir extraer conclusiones validas de la misma. Para ello, deberá cumplir con las dos características fundamentales:

1. Tamaño de la muestra (número de pacientes que abarcará la muestra);
2. Selección de la muestra (Cómo se seleccionará el número de pacientes que conformarán la muestra).

Además, el tamaño de la muestra dependerá de tres factores a considerar:

- a) El nivel de confianza con el que se harán las estimaciones de los parámetros de la investigación. En ésta, la probabilidad usada es de

0.95 (se lo simboliza $1 - \alpha$, cuyo valor de Z es un valor fijo relacionado con la probabilidad. En este caso Z será igual a 1.96)

b) El error tolerable máximo del Proyecto será de 0.03 y se simboliza con la letra “e”. Éste se refiere a la máxima cantidad en que difiere el estimador utilizado y el valor del parámetro. El parámetro que se utilizará en el muestreo será la proporción poblacional (P) donde el estimador será (ρ).

c) La variabilidad de la población.

La fórmula utilizada para determinar la cantidad de unidades a seleccionar, teniendo en cuenta el parámetro que se va a estimar:

Proporción Poblacional = **P** es:

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q}{e^2}$$

Considerando que:

- **n**: Tamaño maestra.
- **Z**: Valor de Distribución Normal.
- **P**: Proporción Poblacional.
- **Q**: Complemento de la proporción Poblacional
- **e**: Error tolerable máximo

Por medio de la utilización de esta fórmula aplicada al universo en estudio, se llegó a la muestra representativa:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot (0,5 \cdot 0,5)}{0,03^2}$$

$$n = \frac{3,84 \cdot 0,25}{0,0009}$$

$$n = 1067$$

Como se conoce el tamaño de la población en estudio (N= 120 pacientes), la fórmula aplicada corresponde al paso previo (n_0) de la definición muestral.

El tamaño muestral definitivo se calcula de la siguiente manera:

Considerando que:

- **n**: Tamaño muestral definitivo.
- **n_0** : Tamaño muestral (Calculado).
- **N**: Población.

$$n = \frac{n_0 \cdot N}{(N - 1) + n_0}$$

$$n = \frac{1067 \cdot 120}{(120 - 1) + 1067}$$

$$n = \frac{128,040}{119 + 1067}$$

$$n = \frac{128,040}{1,186}$$

$$n = 107,96$$

$$n = 108$$

Para saber cómo se seleccionará a los individuos de la muestra, se utilizará el método de muestreo probabilístico; Dentro de éste, el muestreo aleatorio simple nos permitirá seleccionar unidades de la población de manera que las muestras posibles tengan la misma probabilidad de ser seleccionadas.

La muestra representativa está constituida por 108 pacientes que se realizan tratamiento de hemodiálisis.

Fuente de información

La fuente será primaria, ya que la información se obtendrá de los pacientes en tratamiento de HD, del servicio IMAC, mediante la entrevista, valoración y análisis.

Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica que se utilizará para la recolección de datos será la encuesta en su modalidad de entrevista de manera idéntica a todos los pacientes, lo que asegurará la comprensión de las preguntas y la riqueza de las respuestas. Por consiguiente, el instrumento empleado será un cedula de entrevista (Anexo 4). Este instrumento consta de tres partes; la primera corresponde a una presentación del instrumento, explicando los fines que persigue. La segunda parte hace referencia a los datos personales del entrevistado, y la tercera y última parte consta de preguntas abiertas, y de argumentación tales como: Cuáles/Por qué/Cómo/De qué modo/manera.

Prueba piloto del instrumento

Para verificar la confiabilidad y validez del instrumento elaborado para el proyecto, se realizó una prueba piloto del mismo con la encuesta en modo de entrevista de 5 pacientes con IRC en tratamiento de HD, los cuales forman parte de la población en estudio.

Dicha prueba resultó beneficiosa, porque permitió realizar ajustes, demostrados por la valoración de los pacientes implicados en la investigación.

Plan de recolección de datos

Los datos serán recolectados por las investigadoras durante los meses de mayo, junio y julio del año 2019.

Para ello se realizarán las siguientes actividades que complementarán la misma:

1. Solicitud de permiso para recolectar los datos a la Jefa del Departamento de Enfermería y a la Supervisora del Servicio de IMAC del Hospital Córdoba. (Anexo 1 y 2)
2. El cotejo de los datos será procedido luego de que se haya aclarado y firmado el consentimiento informado (Anexo 3) correspondiente, donde se detalle el uso de los datos, evitando el empleo de datos personales de los pacientes
3. La recolección de datos se llevará a cabo en el Servicio de IMAC en dos grupos, primero los días lunes durante el turno tarde, miércoles durante el mediodía y viernes durante el turno mañana; segundo los días martes durante la mañana, jueves durante el mediodía y los sábados durante la tarde. Se entrevistará a los pacientes usando el instrumento cedula de entrevista ver (Anexo 4). Tiempo estimado 15-20 minutos por persona.

Categorización de datos

- 1) **Psicológica**: compuesta por 3 Subdimensiones (a, b, c), a su vez cada una de estas tiene los correspondientes indicadores.
 - a. **Capacidad de comunicación de los pacientes**: con 5 indicadores.
 - I. Escucha activa de lo que el paciente refiere que siente en general.
 - II. El enfermero le da el espacio para el dialogo.
 - III. Escucha las necesidades relatadas por el paciente.

- IV. Escucha los reclamos que refiere.
- V. Evacua las dudas del paciente.

b. Grado de realización personal del mismo: con 3 indicadores.

- I. El enfermero colabora con el paciente para el logro de metas personales.
- II. El enfermero propone objetivos alcanzables en común con el paciente.
- III. El enfermero brinda apoyo en situaciones de metas no alcanzadas.

c. Satisfacción de la curiosidad en relación al diagnóstico, tratamiento y cuidado: con 3 indicadores.

- I. El enfermero informa claramente al paciente de los procedimientos a realizarle en el tratamiento.
- II. El enfermero evacua dudas e inquietudes en relación al diagnóstico.
- III. El enfermero evacua dudas e inquietudes en relación al autocuidado.

2) Social: compuesta por 3 Subdimensiones (d, e, f), a su vez cada una de estas tiene los correspondientes indicadores.

d. Capacidad del paciente para evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas: con 3 indicadores.

- I. El enfermero explica cómo mantener un ambiente sano y adecuado para su tratamiento.
- II. El enfermero explica acciones de auto cuidado y manipulación de Fistula Arteriovenosa o catéter.
- III. El enfermero informa al paciente sobre normativas institucionales para el desarrollo del tratamiento de HD.

e. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias: con 2 indicadores.

- I. El enfermero respeta las creencias y cultura del paciente, acorde al tratamiento de HD.
- II. El enfermero adapta los cuidados según el paciente, no realiza prejuicios.

f. Participar en actividades recreativas: con 2 indicadores.

- I. El enfermero promueve a la realización de actividades recreativas, (físicas, artísticas, etc.).
- II. Integra al paciente en grupos de reunión y apoyo.

Para llevar a cabo la valoración integral de los Cuidados de Enfermería, se realizará la encuesta en modalidad de entrevista a los pacientes renales crónicos en tratamiento de HD del IMAC, mediante una cédula de entrevista de preguntas abiertas Cuáles/Por qué/Cómo/De qué modo/manera.

Los indicadores se agrupan en dos dimensiones:

- A. Psicológica: conformada por 3 Subdimensiones, con 11 indicadores, a lo cual se considerará como lograda la dimensión, si se obtuviesen 6 o más indicadores con respuesta positivas.
- B. Social: conformada por 3 Subdimensiones, con 7 indicadores, a lo cual se considerará como lograda la dimensión, si se obtuviesen 4 o más indicadores con respuesta positivas.

Procesamiento de datos

Una vez recogidos todos los datos, los mismos serán codificados según la tendencia de respuestas, numerados, ordenados y controlados para descartar

cualquier error humano, en el llenado de los mismos. Los resultados de la Cédula de Entrevistas serán volcados en una tabla maestra (Anexo 5, 6, 7 Y 8), para realizar su tabulación y conocer así las frecuencias absolutas y relativas, obteniendo los diferentes porcentajes de lo que se desea conocer.

Puesto que el instrumento utilizado incluirá preguntas abiertas, construirán tablas de frecuencias a las respuestas desarrolladas (por qué, cómo, cuáles, de qué modo/manera) se agruparán por dimensión psicológica y social. El programa informático para el análisis de los resultados será Microsoft Office, Excel 2016.

Análisis de datos

El análisis de los datos se realizará detenidamente y mediante la aplicación de la estadística descriptiva, en la que se compararán y se obtendrán las debidas conclusiones con todos datos obtenidos. Los datos obtenidos de las preguntas desarrolladas serán analizados de manera cualitativa. El programa informático para el análisis cuántico de los resultados será Microsoft Office Excel 2016.

Plan de presentación de datos

Los resultados obtenidos se presentarán en tabla simple, gráficos de torta, según las categorías de las variables.

La presentación se efectuará en 3 partes:

Presentación de los datos identificatorios: tablas A-B-C

Tabla A: Distribución de los pacientes por sexo, en el IMAC en el Hospital Córdoba, abril-julio 2019.

Sexo	F	F%
Masculino		
Femenino		
Total	108	100%

Fuente: Cédula de entrevista



Tabla B: Distribución de los pacientes por edad del IMAC Hospital Córdoba en el periodo de abril-Julio 2019.

Edad	F	F%
18 a 35 años		
36 a 45 años		
+ de 46 años		
Total	108	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

Distribucion de los pacientes por edad

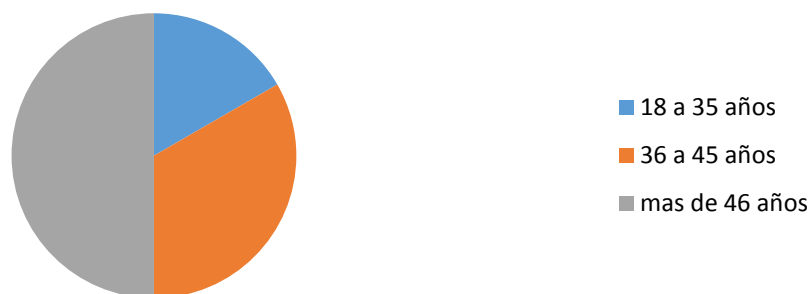


Tabla C: Distribución de los pacientes por turno horario de ciclo de HD en el IMAC Hospital Córdoba en el periodo de abril-julio 2019.

Horario de HD	F	F%
Mañana		
Mediodía		
Tarde		
Total	108	100%

Fuente: Cédula de entrevista.

Distribucion de turno horario

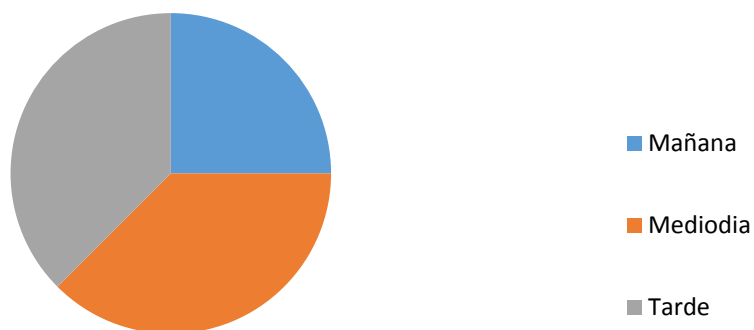


Tabla N° 1: Cuidados de enfermería brindados sobre los aspectos psicológicos según la opinión de los pacientes con IRC, en tratamiento de hemodiálisis. Instituto Médico de Alta Complejidad del Hospital Córdoba en el periodo de abril-julio del 2019.

Indicadores	Respuesta	Total	
		F	F %
Capacidad de comunicación de los pacientes			
Según su opinión el enfermero está dispuesto a escucharlo toda vez que usted lo requiera			
Considera que el enfermero le da a Ud. el espacio para iniciar una conversación.			
Ud. cree que el enfermero le escucha atentamente cuando le cuenta de lo que necesita.			
Cuándo Ud. requiere de la presencia del enfermero, este le presta atención a sus reclamos, acotaciones, quejas.			
Según su opinión el enfermero trata de aclararle sus dudas, cualquiera que fuese.			
Grado de realización personal del mismo.			
Considera que el enfermero le presta colaboración para que Ud. pueda alcanzar sus anhelos, ya sean con el tratamiento o en lo personal.			
Ud. opina que el enfermero, propone fijarse objetivos en común entre ambos, ya sea en cuanto al tratamiento o en lo personal, para que en conjunto pudieran alcanzarlos.			
Según su parecer, el enfermero le da su apoyo, en situaciones donde las cosas no le hayan salido a Ud. del todo bien.			
Satisfacción de la curiosidad en relación al diagnóstico, tratamiento y cuidado			
Considera que el enfermero, le da una información clara que Ud. entienda, de los procedimientos a realizarle en el tratamiento.			
Ud. cree el enfermero, le aclara las dudas e inquietudes, que le surgen en relación a su diagnóstico.			
Cuál es su opinión, en relación a que si el enfermero, le da una explicación clara y completa, de cómo debe cuidarse Ud. mismo.			
Total		108	100

Fuente: Cédula de entrevista

Tabla N°2: Argumentaciones de los Cuidados de Enfermería, de los pacientes con ERC en tratamiento de HD, en cuanto a la dimensión Psicológica.

✓ ...
✓ ...
✓ ...
Total entrevistados : 108

Fuente: Cédula de entrevista.

Tabla N° 3: Cuidados de enfermería brindados sobre los aspectos sociales según la opinión de los pacientes con IRC, en tratamiento de hemodiálisis en el IMAC del Hospital Córdoba en el periodo de abril-julio del 2019.

Respuesta	Total	
	F	F %
Indicadores		
Capacidad del paciente para evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.		
Cree Ud. que el enfermero, le demuestra cuáles son las formas para mantener un ambiente limpio, sano y adecuado para su tratamiento.		
Considera que el enfermero, le enseña cuales son las formas para que Ud. cuide y manipule su Fistula Arterio – venosa o catéter.		
Según su opinión el enfermero le informa, sobre normativas de la institución para el desarrollo del tratamiento de Hemodiálisis.		
Componentes de la dimensión Social en relación con vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.		
Ud. piensa que el enfermero, demuestra respeto a sus creencias y cultura, realiza sus tareas actuando acorde al tratamiento de HD.		
Cuándo el enfermero realiza los cuidados de enfermería, considera que lo hace respetando sus valores personales.		
Componentes de la dimensión Social en relación con participar en actividades recreativas.		
Según su experiencia el enfermero, lo invita a Ud. a que se sume a la realización de actividades recreativas (físicas, artísticas, etc.,)		
Considera que el enfermero lo integra a Ud., en grupos de amigos, reunión y apoyo.		
TOTAL	108	100

Fuente: Cédula de entrevista

Tabla N°4: Argumentaciones de los Cuidados de Enfermería, de los pacientes con ERC en tratamiento de HD, en cuanto a la dimensión Social.

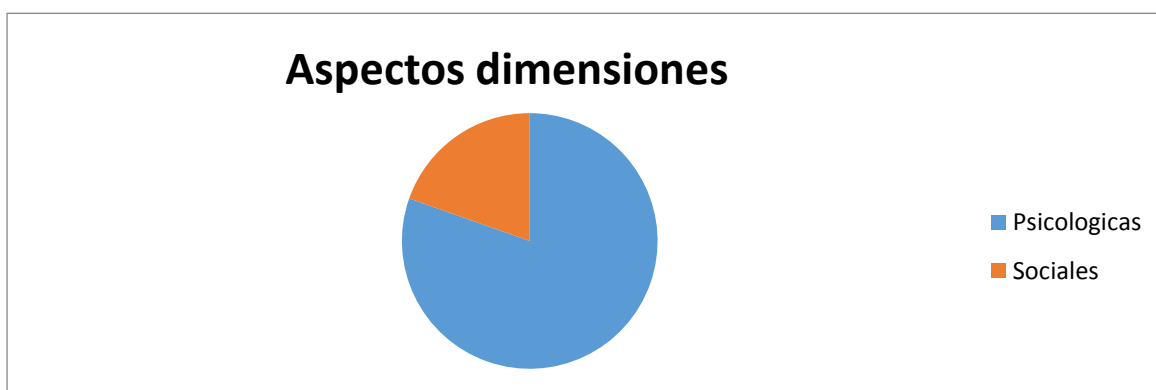
✓ ...
✓ ...
✓ ...
Total entrevistados: 108

Fuente: Cédula de entrevista.

Tabla N°5: Componentes presentes en la dimensiones psicológicas y sociales de los cuidados enfermeros de los pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis en el IMAC Hospital Córdoba abril-julio del 2019.

Aspectos dimensiones	Si		No		Total	
	F	F%	F	F%	F	F%
Psicológicas						
Sociales						
Total					108	100%

Fuente: Cedula de entrevista.



CRONOGRAMA

Gráfico de Gantt

Meses – Año 2019				
Actividades	Abril	Mayo	Junio	Julio
<i>Revisión del proyecto</i>	*****			
<i>Recolección de datos</i>		*****		
<i>Organización de datos</i>		*****		
<i>Análisis de datos</i>		*****		
<i>Presentación de datos</i>			*****	
<i>Informe final</i>			*****	
<i>Publicación</i>				*****

PRESUPUESTO

Recurso	Cantidad	Precio unitario	Precio total
<i>Recurso humano</i>	4	-	-
Asesor metodológico	1	\$3000	\$3000
Asesor de estadística	1	\$3000	\$3000
Investigadoras	2	-	-
<i>Recurso financiero</i>			
Fotocopia	50	\$1	\$50
Cartucho impresora	1	\$500	\$500
Resma de hojas	1	\$100	\$100
Artículos varios de librería	-	-	\$100
Gastos imprevistos	-	-	\$300
			\$7.050

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS (2008). Prevención de las enfermedades no transmisibles en el lugar de trabajo a través del régimen alimentario y la actividad física. Foro Económico Mundial II. Publicación N° WA 400 Recuperado de: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/workplace-reports spanish.pdf>
2. Maes, S., Leventhal, H. & De Ridder, D. T. D. (2006). Estrategias de afrontamiento y actitudes ante la enfermedad crónica. Revista de Psicología de la PUCP. Vol. XXIV. p. 111. Lima, Perú. Coping with chronic diseases. M. Zeidner & N. Endler
3. Alemano G, Celia E, Cusumano A, Depine S, Greloni G, Insera F, Rosa Diez G, Wassermann A & Zucchini A, (2010). Enfermedad renal crónica. Glosario de Salud, Ministerio de Salud de Argentina. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/renalcronica>
4. National-Kidney-Foundation. (2002). kdoqi Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. The National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative. New York.
5. Ricardo E. Loza y Concha, (2011). Costo-utilidad del trasplante renal frente a la hemodiálisis en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal en un hospital peruano. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Recuperado de: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S172646342011000300005&script=sci_arttext
6. Guía de Práctica Clínica sobre Prevención y Detección Precoz de la Enfermedad Renal Crónica en Adultos en el Primer Nivel de Atención, (2010). INCUCAI, Argentina. Recuperado de: <https://www.incuc ai.gov.ar/files/docs-incuc ai/ERC/instrumentos/14-GuiaERCweb.pdf>
7. Chaparro L., (2009). Trascender en un "vínculo especial" de cuidado: el paso de lo evidente a lo intangible. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=+Trascender+en+un+%22v%C3%ADnculo+o+especial%22+de+cuidado:+el+paso+de+lo+evidente+a+lo+intangible&author=Chaparro+L&publication_year=2009
8. Moorhead S, Johnson M, Maas M & Swanson E., (2009). Clasificación de Resultados de Enfermería: desarrollo, perfeccionamiento y uso en la práctica, investigación y enseñanza. Cuarta ed. España: Elsevier Mosby. Recuperado de: https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=+Proceso+de+atenci%C3%B3n+de+enfermer%C3%ADa+a+un+paciente+con+insuficiencia+renal+y+hematuria&author=Pons+A&author=Escoda+T&author=Brull+L&author=Anento+S&author=Mart%C3%ADnez+E&author=Porcar+E&publication_year=2005
9. Mucho más que un servicio de hemodiálisis, 21 julio 2012. Portal noticias. Gobierno de la Provincia de Córdoba. Recuperado de: <http://prensa.cba.gov.ar/salud/mucho-mas-que-un-servicio-de-hemodialisis/>
10. Jorge García Escobar, (2014). El Soporte Sociofamiliar del Paciente con Enfermedad Renal Crónica. ALMA MÁTER Vol. 2, N°3 p. 203-214.
11. J.L. Pastor & J.C. Julián, 2010. Claves del proceso de información y elección de modalidad de diálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica. Revista Nefrología 2010 N°1 p. 15-20. Recuperado de: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-suplementosextra-articulo-claves-del-proceso-informacion-eleccion-modalidad-dialisis-pacientes-con-insuficiencia-X2013757510002364>

12. Enfermedades crónicas y vida cotidiana, (2011). Revista Cubana de Salud Pública. vol.37 N°4 Recuperado de: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v37n4/spu13411.pdf
13. Tomey Marriner A., (2000). Modelos y Teorías en Enfermería. 4ta Ed. España: Harcour. Recuperado de: <https://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
14. Jiménez-Castro A, Salinas-Durán M & Sánchez-Estrada T, (2004). Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson. Rev. Enfermera IMMS, vol. 12 pág. 61-63. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2004/eim042a.pdf>
15. Cristina Hernández Martín, (2015). El Modelo de Virginia Henderson en la Práctica de Enfermería. (Tesis de Grado). Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería. Valladolid, España. Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17711/1/TFG-H439.pdf>

BIBLIOGRAFIA

- Acosta Hernández Paola Andrea, Leidy Carolina, Chaparro López, César Armando & Rey Anacona, (2008). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Revista colombiana de psicología n°17 p. 11, Bogotá, Colombia. Recuperado en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/1233/10031>
- Alarcón, A. (2004). La personalidad del paciente y el apoyo psicosocial. En A. Alarcón (Ed.), Aspectos psicosociales del paciente renal (pág. 31-46). Bogotá: Clínica Marly.
- Anderson. J. & Levine, J. (1985). Identificación y Prevención de Problemas Psicosociales en el Enfermo Renal. En D. Levine, Manual de Cuidados del Paciente Renal. Emalsa, Madrid: Editorial: Interamericana ediciones
- Avellaneda A, Izquierdo M, Torrent Farnell J, Ramón JR., (2010). Enfermedades raras: enfermedades crónicas que requieren un nuevo enfoque sociosanitario. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid>
- Badia, X. & Lizán, L., (2003). Estudios de calidad de vida. Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica (pág. 250-261). Elsevier, Madrid En A. Martín & J. Cano (Eds.).
- Bellido Vallejo José Carlos & José Francisco Lendínez Cobo. (2010). Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén
- Cidoncha, M.A., Estévez, I., Santiago, J., Anduela, M., Subyaga, G., & Díez de Baldeón, M.S, (2003). Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. Recuperado el 14 de febrero de 2007 del sitio web de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Recuperado de: http://www.seden.org/files/art17_1.doc.
- Cvengros, J., Christensen, A. & Lawton, W., (2004). The role of perceived control and preference for control in adherence to a chronic medical regimen. Annals of Behavioral Medicine, p. 155-161.
- Escobar Jorge García, (2014). El Soporte Sociofamiliar del Paciente con Enfermedad Renal Crónica. ALMA MÁTER Vol 2, N°3 pp. 203-214.
- Francoise, Contreras, Gustavo Esguerra, Juan Carlos Espinosa, Carolina Gutiérrez & Laura Fajardo, (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, Universidad de Santo Tomas, recuperado de: www.researchgate.net/publication/28136158 Calidad de vida y adhesión al tratamiento o en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodialisis
- Guía de Práctica Clínica sobre Prevención y Detección Precoz de la Enfermedad Renal Crónica en Adultos en el Primer Nivel de Atención. Programa Nacional de Garantía, (2010). Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Dirección de Calidad de los Servicios de Salud. Recuperado de: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000069cnt2012-08-02_guia-prevencion-deteccion-precoz-enfermedad-renalcronica-adultos.pdf
- Jiménez-Castro, Salinas-Durán, M & Sánchez-Estrada T, (2004). Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson. Rev. De Enfermería IMMS, vol. (N°12) pág. 61-63. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2004/eim042a.pdf>

- Kimmel, P., (2001). Psychosocial Factors in Dialysis Patients. *Kidney International, Nephrology* fórum. p. 59, 1599-1613. USA. Editor: Jordan J. Cohen, Jhon T. Harrington y Nicolaos E. Madias.
- Larrosa, Jorge (2006). Sobre la experiencia. *Aloma: revista de psicología, ciencias de la educación y del deporte Blanquerna*. P.88-90. Recuperado de: <https://www.raco.cat/index.php/Aloma/article/viewFile/103367/154553>
- Llanacán, (12/07/2012). Mucho más que un servicio de hemodiálisis. Portal noticias del Gobierno de la Provincia de Córdoba. p.1. Recuperado de: <http://prensa.cba.gov.ar/salud/mucho-mas-que-un-servicio-de-hemodialisis/>
- Leininger, (1970). "Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros, de la diversidad y la universalidad de Madeleine Leininger II. *Cultura de los cuidados*. Año II, n. 4, p. 34. España: Ed. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
- Martha E. Rogers, Anne G & Potter P., (2000). *Fundamentos de Enfermería*. 5ta ed., p. 98, Barcelona: Editorial Diorki Servicios Integrales de edición, recuperado de: <http://enfermeriaactodecuidaryamar.blogspot.com/2011/11/martha-rogers-su-teoria-para-enfermeria.html>.
- Mgtr. Ludueña A, Lic. Díaz de Coy E., (2013). *Estadística en Salud I*. Escuela de Enfermería. UNC. Córdoba capital, Argentina.
- National Kidney Foundation. (2017). *La Enfermedad Renal Crónica*. Publicación N° 11-50-6959. Recuperado de: www.kidney.org/sites/default/files/11-50-6959%20About%20Chronic%20Kidney%20Disease%20-%20A%20Guide%20For%20Patients.pdf
- Nevado, M. (2012). *Salud y mente. Enfermedades crónicas: Luz al final del túnel*. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. España. Recuperado de: <https://www.fundadeps.org/opinion/archivos/opinio-manuelnevado-vivirsano-2012.pdf>
- Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología, (2010). Claves del proceso de información y elección de modalidad de diálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Fundación Renal ALCER Nefrología* p.15-20. España. Recuperado de: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Suplemento_extraordinario_nefrologia.pdf
- Pastor J.L. & J.C. Julián, (2010). Claves del proceso de información y elección de modalidad de diálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista Nefrología* 2010 (Nº1) p. 15-20. Recuperado de: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-suplementosextra-articulo-claves-del-proceso-informacion-eleccion-modalidad-dialisis-pacientes-con-insuficiencia-X2013757510002364>
- Piovano, M; Colella, G; Consolini, M; Díaz, E; Fernandez-Diez, M; Gonzales –Oviedo, F; Soria, V & Tejerina, R, (2017). *Escritura científica. Un desafío para investigadores en formación*. Córdoba: Editorial Copy-Rápido.
- Rodríguez-Marín, J., (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Rodríguez, Pastor & López-Roig, (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, núm. 5 p. 349-372. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1148>
- Rolland John S, (1994) .*Familias, Enfermedad y Discapacidad*, (2009). Barcelona: Editorial Gedisa
- Sampieri Hernández R., (2014). *Metodología de la investigación*. México DF.: Ed. McGraw-Hill
- Valderrabano F., Jofre, R. & López-Gómez, J. (2001). Quality of life in end-stage renal disease patients. *American Journal of Kidney Diseases*, p. 38, 443-464

- Virginia Henderson, (1994). The Nature of Nursing. España: S.A. McGraw-Hill
- Watson J., (1979). Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Esther Izquierdo Machín. Facultad de Enfermería "Lidia Doce". La Habana, Cuba. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000300006
- Vinaccia, Stefano & Orozco, Lina María. (02/07/2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas. Diversitas: Perspectivas en Psicología, vol. 1, núm. 2, pp. 125-137 .Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia Recuperado de: www.redalyc.org/pdf/679/67910202.
- World Health Organization. (2003). The World health report. Shaping the Future. Publicación N° 540.1 Recuperado de: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf
- Yuni Urbano, (2006). Técnicas para Investigar Recursos Metodológicos para la Preparación de Proyectos de Investigación. Córdoba, Argentina: Editorial Brujas
- Zubieta Silva, Betiana. (2016). Convivir con Insuficiencia Renal Crónica: Implicaciones e Intervenciones Psicológicas. (Tesis de grado) Facultad de Psicología, Universidad de la República de Uruguay. Recuperado en: [sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/.../trabajo final de grado bettiana.pdf](http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/.../trabajo%20final%20de%20grado%20bettiana.pdf)

ANEXOS

Anexo I: NOTA DE AUTORIZACIÓN

Córdoba, 29 de Agosto del 2018

AL SR. DIRECTOR
HOSPITAL CORDOBA
Dr. AZIZE, Guillermo M.
S _____ / _____ D

Tengo el agrado de dirigirme a Usted a fin de poner en conocimiento que las enfermeras Alfaro, Melina y Virgolini, Magali, son alumnas regulares de la Cátedra de Taller de Trabajo Final y están elaborando un estudio de investigación sobre el tema de "Cuidados enfermero desde los aspectos psicológicos y sociales, a pacientes en tratamiento de hemodiálisis".

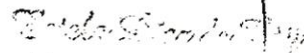
Por tal motivo se solicita su inapreciable colaboración, que consiste en facilitar la información que requieran y/o permitir la consulta de documentación.

Sin otro particular y agradeciendo su intervención, la saluda
atte.

Recibido 29/08/18


SUSANA CHUNGARA
Lic. en Enfermería
Supervisora
M.P. 4100


PROF. LIC. DIAZ ESTELA


Lic. en Enfermería
M.P. 4100

Anexo II: NOTA DE AUTORIZACION

Córdoba, 29 de Agosto del 2018

A LA SRA. JEFA DE ENFERMERIA DEL IMAC
HOSPITAL CORDOBA
Lic. Gabriela Illescas
S _____ / _____ D

Tengo el agrado de dirigirme a Usted a fin de poner en conocimiento que las enfermeras Alfaro, Melina y Virgolini, Magali, son alumnas regulares de la Cátedra de Taller de Trabajo Final y están elaborando un estudio de investigación sobre el tema de "Cuidados enfermero desde los aspectos psicológicos y sociales, a pacientes en tratamiento de hemodiálisis".

Por tal motivo se solicita su inapreciable colaboración, que consiste en facilitar la información que requieran y/o permitir la consulta de documentación.

Sin otro particular y agradeciendo su intervención, la saluda
atte.

Recibido 29/08/18


SUSANA CHUNGARA
Lic. en Enfermería
Supervisora
M.P. 4100


PROF. LIC. DIAZ ESTELA
Estela Díaz de Coss
Lic. en Enfermería
M. P. 1806

Anexo III: CONSENTIMIENTO INFORMADO



2018 - *Año del Centenario de la Reforma Universitaria*

Cátedra: Taller de Trabajo Final

Apelamos a la cooperación voluntaria de Usted para un estudio de investigación sobre: ***¿Cuáles son los cuidados de enfermería desde los aspectos psicológico y social, a pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Córdoba, en el periodo Abril – Julio 2019?***

Puede decidir si participa o no en el estudio, el mismo, le garantiza el anonimato y confidencialidad de sus respuestas. Su colaboración favorecerá al conocimiento sobre la opinión y la importancia que tienen ustedes sobre los cuidados que le brindan los Profesionales de Enfermería desde los aspectos psicológicos y sociales.

Agradecemos su participación y el valioso aporte que pueda brindarnos. Si le surge alguna duda, no vacile en hacer las preguntas que necesite. Si ha comprendido lo anterior y está de acuerdo en participar le rogamos nos lo indique. Declaratoria de voluntariedad: he comprendido el propósito de este estudio y acepto voluntariamente participar como una de las personas del grupo muestra.

Firma del Interesado.

Anexo IV: INSTRUMENTO

Nº de Entrevista _____

El presente instrumento tiene por finalidad recolectar información sobre:
¿Cuáles son los cuidados de enfermería desde los aspectos psicológico y social, a pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Córdoba, en el periodo Abril – Julio 2019?

Le agradeceremos se sirva contestar todas las preguntas con sinceridad y confianza, pues la entrevista es de carácter anónimo y de su respuesta depende la validez y el éxito del trabajo. Los datos obtenidos serán procesados estadísticamente.

Datos Identificatorios

Edad: _____ años. Sexo: F__ M__

Turno que asiste a de diálisis: _____

Años que se realiza HD: _____

Nivel de estudio: Primario completo: _____ Primario incompleto: _____

Secundario completo: _____ Secundario incompleto: _____

Universitario/Terciario: _____

Situación laboral: Estable: _____ Contratado: _____

Independiente: _____ Desempleado: _____

Preguntas:

El aspecto psicológico será estudiado a partir de los cuidados que se impartan a la satisfacción de las necesidades relacionadas con:

➤ *Capacidad de comunicación de los pacientes:*

1. ¿Según su opinión el enfermero está dispuesto a escucharlo toda vez que usted lo requiera?

¿De qué modo?

2. ¿Considera que el enfermero le da a Ud. el espacio para iniciar una conversación?

¿Cuándo?

3. ¿Ud. cree que el enfermero le escucha atentamente cuando le cuenta de lo que necesita?

¿De qué modo?

4. ¿Cuándo Ud. requiere de la presencia del enfermero, este le presta atención a sus reclamos, acotaciones, quejas?

¿Cómo?

5. ¿Según su opinión el enfermero trata de aclararle sus dudas, cualquiera que fuese?

¿Cómo?

➤ *Grado de realización personal del paciente:*

6. ¿Considera que el enfermero le presta colaboración para que Ud. pueda alcanzar sus anhelos, ya sean con el tratamiento o en lo personal?

¿De qué manera?

7. ¿Ud. opina que el enfermero, propone fijarse objetivos en común entre ambos, ya sea en cuanto al tratamiento o en lo personal, para que en conjunto pudieran alcanzarlos?

¿Cuáles?

8. ¿Según su parecer, el enfermero le da su apoyo, en situaciones donde las cosas no le hayan salido a Ud. del todo bien?

¿De qué modo?

➤ Satisfacción de la curiosidad en relación al diagnóstico, tratamiento y cuidado:

9. ¿Considera que el enfermero, le da una información clara que Ud. entienda, de los procedimientos a realizarle en el tratamiento?

¿De qué modo?

10. ¿Ud. cree el enfermero, le aclara las dudas e inquietudes, que le surgen en relación a su diagnóstico?

¿Cómo?

11. ¿Cuál es su opinión, en relación a que si el enfermero, le da una explicación clara y completa, de cómo debe cuidarse Ud. mismo?

¿De qué manera?

El aspecto social será estudiado a partir de la atención prestada en cuanto a las necesidades del paciente en relación a:

➤ Capacidad del paciente para evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otros:

12. ¿Cree Ud. que el enfermero, le demuestra cuáles son las formas para mantener un ambiente limpio, sano y adecuado para su tratamiento?

¿Cómo?

13. ¿Considera que el enfermero, le enseña cuales son las formas para que Ud. cuide y manipule su Fistula Arterio – venosa o catéter?

¿Cómo?

14. ¿Según su opinión el enfermero le informa, sobre normativas de la institución para el desarrollo del tratamiento de Hemodiálisis?

¿Por qué?

➤ *Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias:*

15. ¿Ud. piensa que el enfermero, demuestra respeto a sus creencias y cultura, realiza sus tareas actuando acorde al tratamiento de HD?

¿De qué modo?

16. ¿Cuándo el enfermero realiza los cuidados de enfermería, considera que lo hace respetando sus valores personales?

¿Cuáles?

➤ *Participar en actividades recreativas:*

17. ¿Según su experiencia el enfermero, lo invita a Ud. a que se sume a la realización de actividades recreativas (físicas, artísticas, etc.)?

¿Cuáles?

18. ¿Considera que el enfermero lo integra a Ud., en grupos de amigos, reunión y apoyo?

¿De qué manera?

ii Muchas gracias por su colaboración!!

Anexo V: TABLA MATRIZ

Dimension psicologica					
Capacidad de comunicaci3n					
Indicadores	¿Según su opini3n el enfermero est3 dispuesto a escucharlo toda vez que usted lo requiera?	¿Considera que el enfermero le da a Ud. el espacio para iniciar una conversaci3n?	¿Ud. cree que el enfermero le escucha atentamente cuando le cuenta de lo que necesita?	¿Cuándo Ud. requiere de la presencia del enfermero, este le presta atenci3n a sus reclamos, acotaciones, quejas?	¿Según su opini3n el enfermero trata de aclararle sus dudas, cualquiera que fuese?
<i>Entrevistados</i>	<i>Respuestas</i>				
1					
2					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14/108					
Total					

Anexo VI: TABLA MATRIZ

DIMENSION PSICOLOGICA											
Capacidad de comunicación						Grado de realización			Sastifacción de la curiosidad		
Indicadores	I	II	III	IV	V	I	II	III	I	II	III
Respuestas	¿De qué modo?	¿Cuándo?	¿De qué modo?	¿Cómo?	¿Cómo?	¿De qué manera?	¿Cuáles?	¿De qué modo?	¿De qué modo?	¿Cómo?	¿De qué manera?
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14/108											
Total											

Anexo VII: TABLA MATRIZ

DIMENSION SOCIAL							
Capacidad para evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otros			Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias		Participar en actividades recreativas		
Indicador	I	II	III	I	II	I	II
Respuesta	¿Cómo?	¿Cómo?	¿Por qué?	¿De qué modo?	¿Cuáles?	¿Cuáles?	¿De qué manera?
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10/108							
Total							

Anexo VIII: TABLA MATRIZ

	Edad	Sexo		Horario de diálisis			Años de	Situación laboral				Nivel de estudio				
	Años	F	M	M	MD	T		Estable	Contratado	Independiente	Desempleado	Primario completo	Primario incompleto	Secundario completo	Secundario incompleto	Universitario/ Terciario
18 a 35 años																
36 a 45 años																
+ de 46 años																
Total																