



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO

TIPOS DE AFRONTAMIENTO EN LA FAMILIA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TRATADOS EN EL CENTRO DE DIÁLISIS CORNELIO SAMANIEGO CÍA. LDA. DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO DICIEMBRE DEL 2014-ABRIL DEL 2015.

*TESIS PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE PSICÓLOGA CLÍNICA*

AUTOR: Yomaira Katgrinç Sarango Castillo

DIRECTOR: Dra. María Susana González García, Mg.Sc.

Loja – Ecuador

2015

CERTIFICACIÓN

Dra. María Susana González García, Mg. Sc.

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

CERTIFICA:

Haber dirigido y revisado el presente trabajo de investigación de tesis previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica, titulado, **TIPOS DE AFRONTAMIENTO EN LA FAMILIA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TRATADOS EN EL CENTRO DE DIÁLISIS CORNELIO SAMANIEGO CIA. LDA. DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO DICIEMBRE DEL 2014-ABRIL DEL 2015**, de autoría de Yomaira Katherine Sarango Castillo, reuniendo los requisitos que exige la institución.

Por lo que autorizo su presentación ante el organismo competente para que se ejecute el trámite correspondiente.

Loja, 15 de Junio del 2015

A handwritten signature in purple ink, appearing to be 'M. Susana', is written over a horizontal dotted line.

Dra. María Susana González García, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Yomaira Katerine Sarango Castillo, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y su Área de la Salud Humana, así como a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.



Autora: Yomaira Katerine Sarango Castillo.

1900709732

CARTA DE AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA AUTORA, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo Yomaira Katerine Sarango Castillo, declaro ser la autora de la tesis titulada: “TIPOS DE AFRONTAMIENTO EN LA FAMILIA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TRATADOS EN EL CENTRO DE DIÁLISIS CORNELIO SAMANIEGO CIA. LDA. DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO DICIEMBRE DEL 2014-ABRIL DEL 2015”, como requisito para optar el grado de PSICÓLOGA CLÍNICA; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con la cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los quince días del mes de Junio de dos mil quince, firma la autora.

FIRMA:



AUTORA: Yomaira Katerine Sarango Castillo

CÉDULA: 1900709732

DIRECCIÓN: Taquil entre Belizario Moreno y Manuela Sáenz

CORREO ELECTRÓNICO: k.ati18@hotmail.com

TELÉFONO: 0967148781

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTORA DE TESIS: Dra. María Susana González García, Mg. Sc.

TRIBUNAL DE GRADO

PRESIDENTA: Dra. Mayra Adelina Rivas Paladines, Mg. Sc

VOCAL: Dra. Alicia Dolores Costa Aguirre

VOCAL: Dr. Nerio Vicente Silva Aguilar

DEDICATORIA

A Dios, quién me dio la oportunidad de vivir y hacer que cada momento de mi vida sea un regalo, y permitirme alcanzar esta meta tan anhelada que refuerza aún más mis conocimientos y actitudes.

A mis padres, Patricia Catillo quien ha sido el pilar donde he podido apoyarme cada vez que he caído y quien me ha alentado en momentos difíciles y Franco José Sarango quien ha sido un ejemplo a seguir para mí y a pesar del tiempo y la distancia no se olvida de su familia.

A mis hermanos Robert, Mayer, Evelin, Antony y mi sobrina Adriana por permanecer a mi lado y compartir conmigo sus dudas, sus miedos, momentos tristes y felices.

A los amores de mi vida Cesar González y Jhoan González por ser mi apoyo incondicional y fuente rebotante de amor, de cariño de sonrisas ustedes son la fuerza que me impulsa en cada paso que doy.

A mis compañeros y compañeras que han compartido en el transcurso de nuestra vida universitaria sus miedos, dudas, problemas, historias graciosas, sus conocimientos, los aprecio mucho y siempre llevare el recuerdo de lo vivido con ustedes.

Finalmente a todos mis docentes que fueron parte de todo este proceso de estudio y haberme brindado sus conocimientos para alcanzar la meta propuesta.

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento sincero a la Universidad Nacional de Loja y a la carrera de Psicología Clínica, representada por autoridades y docentes, por brindarme una formación académica y científica de calidad en el transcurso de mi formación académica.

Mi más sinceros sentimientos de gratitud a la Dra. Susana González quien en su calidad de Directora de Tesis supo estar pendiente de mis necesidades académicas durante el proceso de investigación.

Mi gratitud al Dr. Jorge Cabrera quien supo desinteresadamente abrirme las puertas del Centro de Diálisis Cornelio Samaniego Cía. Ltda. y así mismo al Ing. Kelvin Alumina quien supo apoyarme y facilitarme la presencia de los pacientes. A todo el personal sanitario, enfermeras, especialmente a la Psicóloga Diana Rojas quien me compartió sus conocimientos.

A los familiares y pacientes del Centro, a todos y cada uno de ustedes muchas gracias por su tiempo, por compartir conmigo sus historias de vida, por permitirme llegar a sus hogares y gracias por permitirme entrar en su mundo y cambiar mi vida.

¡GRACIAS!

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	i
a. TÍTULO:.....	1
a. RESUMEN.....	2
SUMMARY.....	3
b. INTRODUCCIÓN.....	4
c. REVISIÓN DE LITERATURA.....	9
1. AFRONTAMIENTO.....	9
1.1. Tipos de Afrontamiento.....	9
1.1.1. Afrontamiento activo.....	9
1.1.2. Afrontamiento pasivo.....	9
1.2. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	9
1.2.1. Estrategias centradas en el problema.....	10
1.2.2. Estrategias centradas en la emoción.....	10
2. AFRONTAMIENTO FAMILIAR.....	11
2.1. Dimensiones del Afrontamiento Familiar.....	11
2.2. Clasificación de las Estrategias.....	12
3. AFRONTAMIENTO FAMILIAR E INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.....	13
d. MATERIALES Y MÉTODOS.....	15
e. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN.....	17
f. DISCUSIÓN.....	22
g. CONCLUSIONES.....	26
h. RECOMENDACIONES.....	27
i. PLAN PSICOTERAPÉUTICO.....	28
j. BIBLIOGRAFÍA.....	41
h. ANEXOS.....	43

a. TÍTULO:

“TIPOS DE AFRONTAMIENTO EN LA FAMILIA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TRATADOS EN EL CENTRO DE DIÁLISIS CORNELIO SAMANIEGO CÍA. LDA. DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO DICIEMBRE DEL 2014-ABRIL DEL 2015”

a. RESUMEN

El inicio de una enfermedad como la Insuficiencia renal crónica en un miembro de la familia amenaza el bienestar psicológico del individuo y de sus familiares, además cuestiona la capacidad de afrontamiento de problemas de toda la familia, la que deberá recurrir a estrategias para hacer frente a la adversidad; el tipo, y dentro de éste, la estrategia que adopte la familia para afrontar la enfermedad de uno de sus miembros es decisiva para optimizar su adherencia al tratamiento y por ende la salud y bienestar del enfermo. Es por ello que la presente investigación se enfoca en determinar los Tipos y Estrategias de Afrontamiento en la Familia de pacientes con Insuficiencia renal crónica tratados en el centro de Diálisis Cornelio Samaniego Cía. Ltda. de la ciudad de Loja y establecer si son una influencia positiva o negativa para el paciente lo que permitirá construir un Plan Psicoterapéutico que tienda a mejorarlas y potenciarlas. El presente trabajo es de carácter descriptivo, de tipo cuanti-cualitativo, y de corte transversal, se utilizó la Escala de Afrontamiento Brief COPE que permite establecer los tipos y estilos de afrontamiento y una entrevista semiestructurada para el personal médico que evidenciaba la constancia del paciente en su tratamiento. Se toma como muestra 34 familiares de pacientes con IRC que reciben tratamiento en el Centro de Diálisis Cornelio Samaniego Cía. Ltda. y cumplían con los criterios de inclusión. Predominó el uso del Tipo de afrontamiento Activo (88%) y menos usado el tipo Pasivo (12%), las estrategias más usadas son las activas (62%) y dentro del tipo Pasivo la Religión (38%) también se evidenció una Influencia Positiva (88%) en el paciente con familiar que tiene un Afrontamiento Activo. La mayoría de Familiares confrontan adecuadamente sus propias emociones y solo una pequeña proporción de familiares está tratando de evitar la situación además cuentan con una gama de estrategias que les permite afrontar la enfermedad de su familiar de forma adaptativa, en esta muestra es la Religión una estrategia de Afrontamiento Pasiva frecuentemente utilizada, por los familiares, dado a que es cultural pedir ayuda a Dios en periodos de crisis o estrés, la Familia con afrontamiento activo influye positivamente en el paciente en un, sirviendo como apoyo y permitiéndole al paciente adaptarse y consecuentemente adherirse al tratamiento.

PALABRAS CLAVES: Afrontamiento Familiar, Tipos y Estrategias de Afrontamiento, Bienestar psicológico, Adaptación.

SUMMARY

The beginning of a disease like chronic kidney insufficiency in a family member threatening the psychological wellbeing the individual and his family, besides it refers the capacity to deal with the issues of the entire family, you should use strategies for coping to adversity; the type, and inside this-, the strategy adopted by the family to cope with the illness of one of his members is considered decisive to optimize its adherence to therapy and consequently the health and wellbeing in sick people. The present research focuses on determining the types and strategies in the Family of the sick people with chronic kidney insufficiency who are being attended in The Cornelio Samaniego Cia. Ltda. from the city of Loja and establish whether they are positively or negative influence from the patient will allow to build a psychotherapeutic Plan which is directed at improve and strengthen them. This searching is descriptive, quantitative and qualitative type, and cross-sectional, The Brief COPE facing scale that allows for types and styles of facing and a semi structured interview for medical personnel used which demonstrated the constancy of patient treatment. We took as model 34 relatives of patients with CRF who are treated at the Dialysis Center Co. Cornelio Samaniego. Ltda. And they give all the inclusion concepts. It was predominated the use of type Active facing (88%) and unless used the passive type (12%), the strategies most used are active (62%) and within the passive type Religion (38%) it was detected a positive influence (88%) in the patient with familial that has an active facing. Most Family appropriately confront their own feelings with only a small proportion of contributing family are trying to avoid the state also a range of feature strategies that enables them to confront their familydiseases adaptively, in this sample is the Religion Passive confront strategy commonly used by the familygiven it is culturally to ask for help to God in times of crisis or stress, Family with active confront affects positively in the patient, serving as support and allowing the patient adjust and subsequently adhere to treatment.

Key words: Family confront, strategies and types of facing, Psychological Wellbeing, adaptation.

b. INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica genera en el paciente y en su familiar cuidador incertidumbre, desgaste físico, dependencia, cambios en el estilo de vida y repercusiones sobre el área personal y social del individuo, los pacientes sometidos a diálisis prolongada y sus familias son vulnerables a constantes crisis emocionales, sociales y médicas. Su supervivencia y calidad de vida depende de la capacidad de afrontamiento familiar y de la influencia directa que provoquen en el paciente.

Aun cuando se han identificado y descrito las características de los problemas psicológicos más frecuentes en los enfermos, también en los familiares se generan sentimientos de angustia, tristeza, dolor, incertidumbre, agresión, que de no ser adecuadamente manejados para que permitan la aceptación y tranquilidad que influya en su participación en el proceso de cuidado, mantenimiento o recuperación del paciente, éste se verá afectado, y en el peor de los casos, todos los integrantes de la familia enfermarán.

La familia también se ve envuelta en una serie de sentimientos ambivalentes, cuando ven al paciente sufrir durante la enfermedad, lo que en ocasiones los lleva a alejarse o aislarse del enfermo, evitando y delegando en algún otro integrante la función de cuidador, la mayoría de las ocasiones, mujeres (madre, hija o hermana) que la vez se vuelven vulnerables, física y emocionalmente. En muchas familias y con cierta frecuencia, se necesita ayuda económica para cubrir los altos costes del tratamiento, las dietas especiales y el transporte, todos estos problemas les llevan a un cambio de rol dentro del seno familiar (maridos que cuidan de las tareas del hogar, y esposas que

tienen que buscar fuera del hogar el aporte económico). Las formas en que los cuidadores afrontan las demandas de cuidado dependen de lo estresante de la situación y de la etapa de la enfermedad en que se encuentra el receptor de cuidado.

En una investigación realizada por Gómez y Escobar (2006) se ha confirmado que los seres humanos expuestos a periodos prolongados de estrés, como en el caso de los cuidadores (pareja, hijas, hermanas, madres padres, etc.), se altera su sistema inmune presentando susceptibilidad, desarrollo y prolongación de enfermedades respiratorias e infecciosas; además, se ha comprobado que presentan una lenta cicatrización de heridas tanto en individuos jóvenes como en adultos responsables de algún familiar enfermo. A la vez, los familiares expuestos a estrés, tienen mayor probabilidad de presentar hábitos higiénicos y de salud mortales, como alteraciones del sueño, malnutrición o desnutrición, sedentarismo y consumo excesivo de drogas como el alcohol y la nicotina, lo cual afectará su funcionamiento inmunológico y tendrá repercusiones en su salud.

El cansancio es una de las principales quejas que nos plantean los cuidadores; los enfermos renales, sobre todo en diálisis, suelen dormir poco (picores, calambres, mal estar), esto suele conducir al cambio de cama o y de habitación por parte del cónyuge, por lo que se agudiza la sensación de abandono. Pudiendo ser ésta una de las causas de la pérdida del apetito sexual, depresión y ansiedad. Los responsables del cuidado suelen ser los cónyuges, pero ellos se sienten en ocasiones desplazados a un segundo lugar, pérdida de relaciones sociales y escaso o nulo tiempo libre. Los pacientes mayores pasan a depender de sus hijos mayores y ya no pueden vivir solos.

Frente a toda esta problemática y tomando en cuenta que la familia es un sistema y si una parte de este se ve afectado, se alterará su funcionamiento y en el peor de los casos dejará de funcionar y enfermará, pero si la familia logra afrontar la situación generadora de estrés en este sistema de forma adaptativa todo el sistema volverá a funcionar.

Partiendo de esta premisa se tomara al afrontamiento familiar como un mecanismo protector del estrés y de influencia directa en la adaptación del enfermo, encaminándolo así a promover su bienestar y salud tanto psicológica como física. El estilo de afrontamiento adoptado por la Familia dependerá de varios factores entre los que se encuentran la evaluación que la familia realiza sobre la situación o el evento estresante, la disponibilidad de recursos y las experiencias previas.

El tipo de afrontamiento Activo o dirigido al problema constituye una estrategia que favorece una adecuada adhesión al tratamiento en pacientes hemodializados y favorece la adaptación positiva del paciente al tratamiento, mientras que el tipo de afrontamiento pasivo, no resulta ser efectivo en cuanto predice más síntomas de depresión, estados afectivos negativos, menor apoyo social percibido y, además, no protege a los pacientes del malestar psicológico y el distrés emocional, ya que se asocia con niveles altos de ansiedad y depresión.

Así mismo, la estrategia de reinterpretación positiva por parte de la familia, en la cual se reconoce la realidad de la enfermedad y se centra en los aspectos positivos de la situación, permite predecir significativamente la calidad de vida (Gunzerath, Connelly, Albert & Knebel, 2001). De igual forma, aquellas estrategias que implican distracción y rogar-esperar se relacionan con elevados niveles de la intensidad del dolor, menor

actividad física y mayores niveles de ansiedad (McCracken, Goetsch & Semenchuck, 1998; Woby, Watson, Roach & Urmston, 2005)

En nuestro medio los estudios se centran en el paciente y a pesar que la forma en cómo afronta el familiar la enfermedad del paciente influye directamente en su salud física y psicológica además de la adherencia y el cumplimiento del tratamiento, no se han realizado estudios acerca del afrontamiento de la Familia del paciente con Insuficiencia Renal Crónica, de manera que se cuenta con muy pocas referencias bibliográficas sobre su repercusión en el estado de salud de dichos enfermos y viceversa, es por ello que en esta investigación se ha planteado el tema de tesis *“Tipos de Afrontamiento en la familia de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica tratados en el centro de Diálisis Cornelio Samaniego Cía. Tda. de la ciudad de Loja periodo Diciembre del 2014-Abril del 2015”*, que tiene por objetivo general determinar los Tipos y Estilos de Afrontamiento en la Familia de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica ,y por objetivos específicos: Establecer el tipo de afrontamiento utilizado en la familia de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, Identificar el estilo de afrontamiento utilizado por las familias de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, Analizar la influencia positiva o negativa según el tipo de afrontamiento de las familias de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y elaborar un plan de intervención psicológico dirigido a mejorar y potenciar las estrategias de afrontamiento del grupo familiar , procurando el bienestar psicológico de la familia y por ende del paciente con insuficiencia renal crónica.

Para el cumplimiento de la presente investigación se realizó un trabajo de tipo descriptivo y transversal con un enfoque cuanti-cualitativo debido a que los datos

obtenidos se recogieron en un momento determinado y partiendo de la información adquirida mediante la Escala de Afrontamiento Brief COPE aplicada al familiar del paciente y la entrevista semiestructurada dirigida al personal médico y mediante los resultados obtenidos acerca de la influencia del tipo de afrontamiento utilizado en familiares se elaboró una propuesta de intervención psicológica, con enfoque integrativo. La muestra estuvo conformada por 34 familiares de los pacientes con IRC que cumplieran con los criterios de inclusión.

Los resultados y conclusiones denotan que el tipo de Afrontamiento más utilizado es el Activo y dentro del tipo de afrontamiento activo las estrategias activas, apoyo emocional, reformulación positiva y aceptación son las más utilizadas y dentro del tipo de afrontamiento pasivo la estrategia más usada es la Religión, así mismo se comprueba que los pacientes de familiares que optaron por usar el tipo de afrontamiento activo son constantes en el tratamiento afirmando así que el tipo de afrontamiento familiar influye directamente en el paciente. El Plan Psicoterapéutico se lo elaboro en base al proceso de diagnóstico del afrontamiento en los familiares de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que asisten al Centro de Diálisis Cornelio Samaniego Cía. Ltda., procurando fortalecer un proceso que garantice la mayor probabilidad de éxito terapéutico en el abordaje de afrontamiento ante la enfermedad del paciente con IRC.

c. REVISIÓN DE LITERATURA

1. AFRONTAMIENTO.

1.1. Tipos de Afrontamiento

El afrontamiento se puede llevar a cabo por medio de dos tipos: uno denominado afrontamiento activo, y otro denominado afrontamiento pasivo(Carver, 1989).

1.1.1. Afrontamiento activo: se refiere a aquellos esfuerzos realizados para hacer frente al problema de forma directa a pesar del dolor, y comprende actividades dirigidas a la modificación o minimización del impacto de la situación crítica, a la regulación de la emoción y a la interpretación positiva o búsqueda de un significado del suceso, a fin de valorarlo de tal manera que resulte menos desagradable, favoreciendo la regulación emocional, la resolución de problemas, el autoestima, la integración social, el conocimiento, la construcción de sentido y desarrollo personal dando como resultado bienestar psicológico y además es un indicador del grado de resiliencia que tendrá la familia ante la enfermedad.

1.1.2. Afrontamiento pasivo: implica una tendencia a perder el control sobre la situación y se pasar a depender de otros; se ha relacionado con un aumento en la severidad del dolor, depresión y elevado deterioro funcional, (Buckman Gongora J., 2004).

1.2. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Según Folkman y Lazarus.

Lazarus y Folkman (1984) propusieron ocho estrategias de afrontamiento; las tres primeras estrategias estarían *centradas en el problema* (en tanto resultan más instrumentales ya que modifican el problema haciéndolo menos estresante); las cinco

siguientes están *centradas en la emoción* (ya que apuntan a la regulación de la emoción), algunas estrategias son más estables a través de diversas situaciones estresantes, mientras que otras se hallan más asociadas a contextos situacionales particulares. Por ejemplo, *pensar positivamente* es relativamente estable y depende sustancialmente de la personalidad; en cambio, la búsqueda de soporte social es inestable y depende principalmente del contexto social.

1.2.1. Estrategias centradas en el problema

- *Confrontación*: acciones directas para alterar la situación.
- *Búsqueda de Apoyo social*: acciones para buscar consejo, información o simpatía o comprensión.
- *Búsqueda de Soluciones*: acciones orientadas a buscar las posibles alternativas de solución.

1.2.2. Estrategias centradas en la emoción

- *Autocontrol*: esfuerzo para regular los sentimientos y acciones.
- *Distanciamiento*: esfuerzos para separarse de la situación
- *Revaluación Positiva*: esfuerzos para crear un significado positivo centrándose.
- *Autoinculpción*: verse como responsable de los problemas por medio de autorreproches o autocastigos.
- *Escape*: evitación de la situación de Estrés (Paris L., O. Alicia, 2009).

2. AFRONTAMIENTO FAMILIAR

El afrontamiento familiar se expresa como la capacidad de la familia para movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios, implican esfuerzos comportamentales y/o cognitivos orientados a manejar la situación estresante o la tensión generada en el sistema (Carr A. 2007), se presenta como un esfuerzo por comprender los eventos que los afecta y tomar así algún tipo de acción sobre este (Mora Della, M., 2006). El afrontamiento cambia a lo largo del tiempo y varía como resultado del estresor, la severidad del estresor, el alcance de la acumulación de otras demandas, la cantidad de perturbación en el sistema familiar, y la disponibilidad y uso de los recursos intrafamiliares y comunitarios

2.1. Dimensiones del Afrontamiento Familiar

Galindo y Milena señalan que la familia debe ser considerada como un grupo complejo que elabora su propia lectura de la realidad, es decir que la familia conforma una institución donde existen unas leyes y normas que rigen su funcionamiento. En este sentido, los miembros pertenecientes deben asumir un rol y una posición dentro del sistema familiar y cada miembro tiene una posición, que influenciará el papel que los otros miembros desempeñen dentro del sistema (Amarís, Paternina & Vargas, 2004).

De igual manera, el afrontamiento familiar es una respuesta grupal coordinada por las normas y reglas del sistema, asumiendo a partir de ellas que algunas estrategias específicas pueden ser más importantes que otras, especialmente sobre ciertos momentos del ciclo vital familiar y determinantes específicos (Galindo & Milena, 2003).

Las familias, con sus estrategias de afrontamiento, regulan su funcionamiento. En este sentido, las estrategias de afrontamiento familiar pueden potencialmente fortalecer y mantener los recursos de la familia con el fin de protegerla de las demandas de las situaciones estresantes y garantizar un manejo adecuado de su dinámica, manifestado en la comunicación, los vínculos, la promoción de una autoestima positiva en sus miembros, etc. Las estrategias de afrontamiento se constituyen en variables mediadoras de la cohesión y la adaptabilidad de la familia (Louro, 2005).

2.2. Clasificación de las Estrategias

McCubbin, Olson y Larsen (1981), a partir de sus investigaciones sobre las estrategias conceptuales y de resolución de problemas utilizadas por las familias de situaciones de crisis, proponen los siguientes tipos de estrategias:

Reestructuración: Capacidad de la familia para redefinir los eventos estresantes para hacerlos más manejables.

Evaluación pasiva: Capacidad familiar para aceptar asuntos problemáticos, minimizando su reactividad.

Atención de apoyo social: Capacidad de la familia para ocuparse activamente en la obtención de apoyo por parte de parientes, amigos, vecinos y familia extensa.

Búsqueda de apoyo espiritual: Habilidad familiar para obtener apoyo espiritual.

Movilización familiar: La habilidad familiar para buscar recursos en la comunidad y aceptar ayuda de otros.

3. AFRONTAMIENTO FAMILIAR E INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Según D. Stefani, S. Seidmann, C. Pano, L. Acrich y V. Bail 2003 el inicio de la Insuficiencia renal crónica en un miembro de la familia cuestiona la capacidad de afrontamiento de problemas de toda la familia, la que deberá recurrir a estrategias crear nuevas maneras de hacer frente a la adversidad. En las situaciones de crisis, todos son más vulnerables a las provocaciones y, por lo tanto, los vínculos son más frágiles dentro de una familia. Es en estos momentos cuando se necesitan actitudes y capacidades relacionadas con la función de sostén de los vínculos. Quienes transmiten que pueden pelearse y enojarse pero que eso no implica la ruptura de lazos de pertenencia y acceso, están demostrando esa capacidad de sostén de las relaciones que los más perturbados pueden no estar momentáneamente cuidando. (Melillo y Suárez, 2005) Cuidar a un familiar enfermo en algunos casos es una situación estresante, ya que se deben afrontar necesidades crecientes del miembro dependiente, es necesario sobrellevar conductas disruptivas, encarar situaciones de restricción de la libertad y la pérdida de un estilo de vida anterior.

Stefani, Seidmann, Pano, Acrich, y Bail (2003) nos hablan que la familia debe enfrentar nuevas tareas relacionadas con la enfermedad, tales como la incapacidad y el dolor y los tratamientos especiales. Por otro lado, también incumben tareas relacionadas con las demandas del ciclo vital interrumpidas por la situación de crisis que se experimenta, lo que hace que surjan sentimientos perturbadores que afectan a todos los miembros y que hace peligrar una autoimagen satisfactoria y el sostén del guión y de la identidad familiar. Frente a esta situación disruptiva emergen sentimientos de soledad,

desagradables, penosos e involuntarios, frente a un problema experimentado como desprotección, como pérdida de la situación de apego seguro (Melillo, A., y Suárez, E., 2005). Como fuentes de apoyo para poder enfrentar la insuficiencia renal crónica en uno de sus familiares, es fundamental, ya que se manifiesta un notable aumento de tareas de cuidado y apoyo en las tareas domésticas de una familia frente a un paciente en diálisis.

El coraje personal y la capacidad de ánimo y estímulo entre los miembros de la familia sobre todo cuando uno de ellos comienza a flaquear, la capacidad de *reabastecerse* de energía entre ellos mismos, resultan decisivos para el afrontamiento familiar a la situación de enfermedad de cualquiera de sus miembros, incluido el propio enfermo.

Las reacciones de afrontamiento de los pacientes son parecidas a las de los familiares, en este contexto es que es importante que el afrontamiento de la familia sea activo y sea capaz de convertirse en una efectiva red de apoyo social (Roca, Pérez), de ayuda y estímulo al miembro enfermo, pero también de autoayuda entre los miembros para funcionar como un verdadero “equipo” cuya meta sea no sólo la optimización de la salud del miembro enfermo sino seguir funcionando. El coraje mostrado por el grupo familiar para sobrellevar todos los cambios, sirve de ánimo para fortalecer el afrontamiento del paciente con IRC y, con ello, facilitar su adaptación al tratamiento médico y así optimizar su salud. (Louro, 2005).

d. MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación es descriptiva, de tipo cuanti-cualitativo, y de corte transversal, fue desarrollada en el Centro de Diálisis Cornelio Samaniego Cía. Lda. de la ciudad de Loja el cual está conformado por un universo de cincuenta familias de las cuales se tomó como muestra treinta y cuatro familias de Pacientes con IRC que asistieron al Centro de Diálisis Cornelio Samaniego Cía. Lda. de la ciudad de Loja durante el periodo Diciembre 2014- Abril del 2015 y que cumplen los criterios de inclusión.

Para su realización en primera instancia se solicitó la firma del consentimiento informado el cual permite acceder a la información proporcionada por el investigado de una forma legal, luego se procedió a aplicar la Escala de Afrontamiento Brief COPE el cual evalúa el tipo de afrontamiento que una persona lleva a cabo ante situaciones de estrés, de tal manera que puede tratarse de afrontamiento activo o afrontamiento pasivo, este instrumento posee propiedades psicométricas satisfactorias, todas las escalas han demostrado buenos indicios de consistencias interna (Coeficiente *Alfa de Cronbach* entre 0.60 y 0.90, y 0.50 solo en una escala), validez concurrente y confiabilidad *test-retest* (Carver, 1997), y cuenta con amplia validación en numerosos estudios, consta de 28 ítems que se agrupan por pares en 14 estrategias reunidas en dos escalas según análisis factorial: 1) afrontamiento activo o enfocado al problema, el que lo conforman las estrategias de afrontamiento siguientes: afrontamiento activo, búsqueda de apoyo instrumental, reinterpretación positiva, planificación, aceptación, apoyo emocional, humor; 2) afrontamiento pasivo o enfocado a la emoción conformado por las siguientes estrategias de afrontamiento: renuncia, descarga emocional, autodistracción, religión,

negación, uso de sustancias y una última escala autocrítica además se aplicó una entrevista semiestructurada dirigida al personal médico, la cual permite evidenciar la constancia del paciente en su tratamiento, fue elaborada originalmente por la investigadora el 18 de Febrero del 2015, la cual consta de preguntas abiertas y cerradas para contrastar si el Tipo de Afrontamiento utilizado por el familiar influía en la adaptación del enfermo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de Inclusión: Familia de pacientes que asistan al centro de Diálisis Cornelio Samaniego y familia que vive con el paciente.

Criterios de Exclusión: Familia que no viva con el paciente, pacientes que vivan solos, familiares que presenten algún tipo de trastorno mental que comprometa sus funciones psíquicas, familiares menores de edad.

e. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN.

PRIMER OBJETIVO:

Establecer el Tipo de Afrontamiento utilizado en la Familia de Pacientes con Insuficiencia renal crónica tratados en el Centro de Diálisis Cornelio Samaniego Cía. Ltda. de la ciudad de Loja periodo Diciembre del 2014- Abril del 2015.

Tipos de Afrontamiento utilizados por las Familias de los pacientes IRC que asisten al Centro de Diálisis Cornelio Samaniego Cía. Ltda.

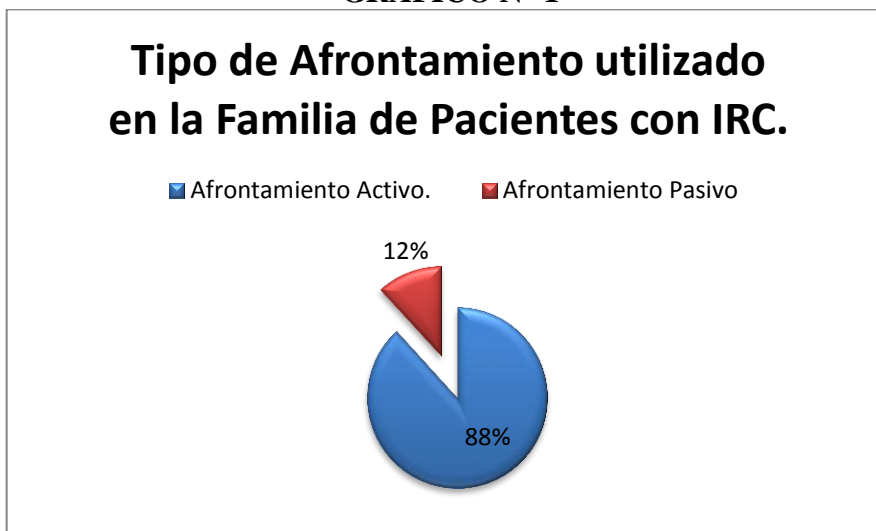
TABLA N° 1

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Afrontamiento Activo.	30	88%
Afrontamiento Pasivo	4	12%
TOTAL	34	100%

Fuente: Escala de Afrontamiento aplicada a Familiares de pacientes con IRC.

Elaborado por: Yomaira Katerine Sarango Castillo.

GRÁFICO N° 1



Análisis e interpretación:

Según los resultados obtenidos en la aplicación de la Escala de Afrontamiento Brief COPE del 100% se pudo identificar que un 88% de Familiares de los Pacientes utiliza el Tipo de Afrontamiento Activo, esto deja evidenciar que la mayor parte de la población

realiza esfuerzos para continuar con su vidas a pesar del dolor y confronta adecuadamente sus emociones por lo tanto cuentan con mayor estado de bienestar psicológico y un 12% Pasivo, siendo así que tienden a perder el control sobre la situación y pasan a depender de otros, relacionándose con un aumento en la severidad del dolor, depresión y elevado deterioro funcional.

SEGUNDO OBJETIVO:

Identificar el Estilo de Afrontamiento utilizado por las Familias de Pacientes con Insuficiencia renal crónica tratados en el Centro de Diálisis Cornelio Samaniego Cía. Ltda. de la ciudad de Loja periodo Diciembre del 2014- Abril del 2015.

Estilo de Afrontamiento utilizados por las Familias de los pacientes Con IRC que asisten al Centro de Diálisis Cornelio Samaniego Cía. Ltda.

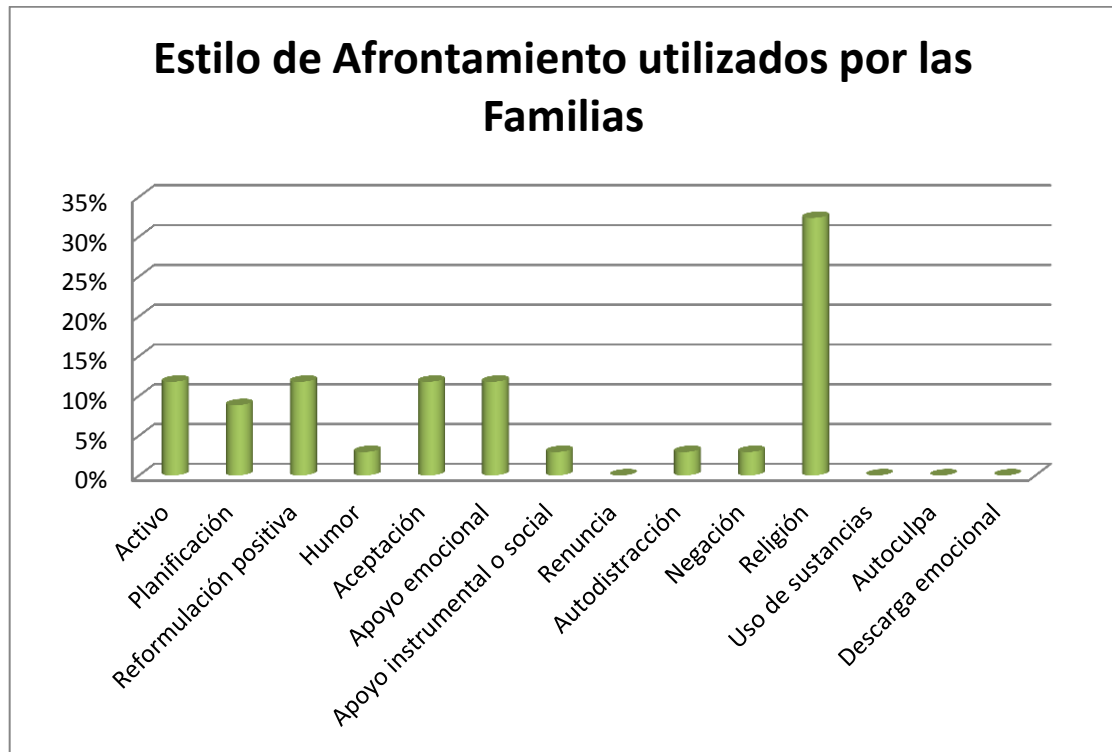
TABLA N°2

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Activo	4	12%
Planificación	3	9%
Reformulación positiva	4	12%
Humor	1	3%
Aceptación	4	12%
Apoyo emocional	4	12%
Apoyo instrumental o social	1	3%
Renuncia	0	0%
Autodistracción	1	3%
Negación	1	3%
Religión	11	32%
Uso de sustancias	0	0%
Autoculpa	0	0%
Descarga emocional	0	0%
TOTAL	34	100%

Fuente: Escala de Afrontamiento aplicada a Familiares de pacientes con IRC.

Elaborado por: Yomaira Katerine Sarango Castillo.

GRÁFICO N°2



Análisis e interpretación:

Después de analizar los Datos se ha podido evidenciar que las estrategias del Tipo de Afrontamiento Activo son las más utilizadas por los familiares de los pacientes con Insuficiencia renal crónica ubicándose en un 62%, dentro de las cuales tenemos las estrategias Activas, Apoyo Emocional, Reformulación Positiva y Aceptación en un 12% cada una, dando como antecedente de que esta proporción de familiares están realizando acciones directas dirigidas a eliminar o reducir el estresor, además obtienen comprensión de los demás y ven el lado positivo y favorable del problema aceptando el hecho de lo que está ocurriendo, luego se encuentra la Planificación en un 9% lo que indica que este porcentaje de familiares están planificando estrategias de acción; el Humor y Apoyo Social se localizan en un 3% significando que estos familiares se encaminan a buscar ayuda, consejo, información en personas competentes acerca de lo que debe hacer y

realizan bromas sobre la situación estresante y las estrategias menos utilizadas son las del Tipo de Afrontamiento Pasivo, dentro de ellas tenemos como estrategia más relevante a la Religión en un 32%, mostrando la tendencia a acudir a está esperando se solucione el problema sin tener que realizar ninguna actividad para hacer frente al estresor, la Autodistracción se sitúa en un 3% reflejando que este familiar se centra en proyectos con la intención de distraerse con otras actividades, para tratar de no concentrarse en el estresor; mientras que la Renuncia, Uso de Sustancias y Descarga Emocional no son usadas.

TERCER OBJETIVO:

Analizar la Influencia Positiva o Negativa según el Tipo de Afrontamiento de las Familias de Pacientes con Insuficiencia renal crónica tratados en el Centro de Diálisis Cornelio Samaniego Cía. Lda. de la ciudad de Loja periodo Diciembre del 2014- Abril del 2015

Influencia positiva (es constante en el tratamiento) o negativa (no es constante en el tratamiento) según el tipo de Afrontamiento de las familias de pacientes con Insuficiencia renal crónica.

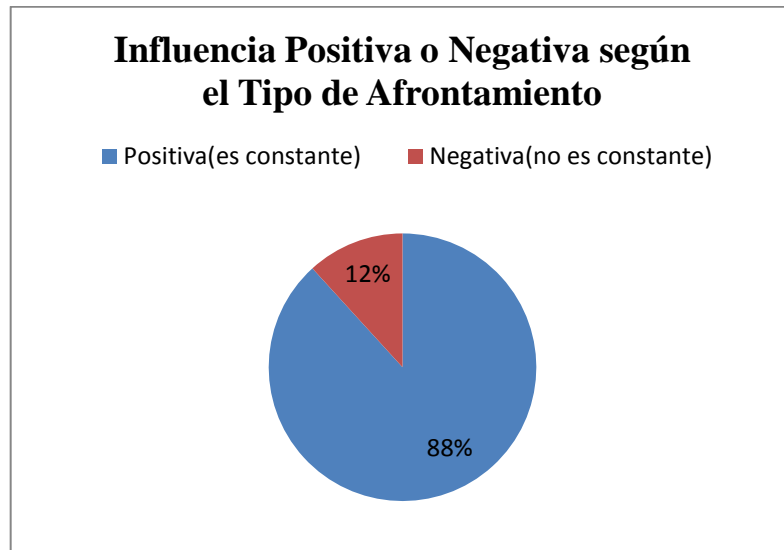
TABLA N° 3

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Positiva(es constante)	30	88%
Negativa(no es constante)	4	12%
TOTAL	34	100%

Fuente: Escala de Afrontamiento aplicada a Familiares de pacientes con IRC.

Elaborado por: Yomaira Katerine Sarango Castillo.

GRÁFICO N° 3



Análisis e Interpretación:

Según los resultados obtenidos mediante una Entrevista Estructurada dirigida al personal médico y en contraste con la aplicación de la Escala de Afrontamiento Brief COPE se pudo identificar que el 88% de los pacientes son constantes en su tratamiento lo que conduce a deducir es que están mejor adaptados y reciben un apoyo adecuado como respuesta a la influencia positiva que reciben del afrontamiento activo de sus familiares a diferencia del 12% de los pacientes que no son constantes al tratamiento y que reciben la influencia negativa del afrontamiento pasivo de sus familiares, generando en estos un apoyo inadecuado y por ende que se les dificulte adaptarse al tratamiento.

f. DISCUSIÓN

El Afrontamiento Familiar en Pacientes con Insuficiencia renal crónica es un tema importante dado que al momento de recibir el diagnóstico, empiezan a aparecer cambios en el paciente tanto físicos como psicológicos, y es la familia quien los afronta y es este tipo de afrontamiento el que le permite al paciente asumir una actitud positiva ante la enfermedad crónica.

En nuestro medio, el estudio del impacto que genera el tener un Familiar con Insuficiencia renal crónica y las estrategias que usan para Afrontar esta situación , que en su mayoría suelen ser esposo o esposa o hijos, es un campo escasamente abordado, más aun el de propuestas de intervención de tipo psicológico ante esta problemática, lo que induce a pensar que es un área aun no explorada, es por ello que se ha propuesto llevar a cabo la presente investigación en el Centro de Diálisis Cornelio Samaniego Cía. Lda. de la Ciudad de Loja.

Según un estudio realizado para medir Apoyo Social en pacientes que asisten a un Servicio de Hemodiálisis del Hospital General Santiago de Santiago de Cuba en el 2003, del total de familias de los pacientes, el 81 % refirió afrontamiento familiar a la enfermedad activo y el 19% pasivo y según otro estudio realizado en el mismo país por Ms. Aymara Reyes Saborit y Dr. Valentín Castañeda Márquez en el Hospital General “Dr. Juan Bruno Zayas”, en el 2004 se pudo evidenciar que en cuanto al nivel de adecuación del afrontamiento a la enfermedad por parte de la familia, del total de pacientes, 81 % refirió un afrontamiento familiar a la enfermedad activo y 19% pasivo, correlacionándose así con los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación en donde se obtuvo que un 88% de Familiares de los Pacientes utiliza el

Tipo de Afrontamiento Activo y un 12% Pasivo. Lo anterior tiene implicaciones importantes para la intervención, en cuanto constituye un recurso importante en este grupo de pacientes. Lazarus y Folkman (1986) ya habían planteado lo favorable de utilizar estrategias activas, y el inconveniente de utilizar estrategias pasivas.

En cuanto se refiere a las Estrategias de Afrontamiento más utilizadas se encontró que en un estudio realizado por la Unidad del Dolor del Hospital Universitario de Salamanca en la Unidad de Hemodiálisis, para medir el Estrés en la Insuficiencia Renal Crónica se aplicó la Escala Brief COPE en donde se encontró que las estrategias más utilizadas fueron Religión, Afrontamiento activo, Búsqueda de Apoyo Emocional, Reformulación Positiva y Aceptación; y las menos utilizadas fueron: Humor, Autodistracción en un Renuncia, Uso de Sustancias y Descarga Emocional, corroborando la información encontrada en la presente investigación en donde las estrategias más utilizadas son: la Religión, Afrontamiento Activo, Apoyo Emocional, Reformulación Positiva y Aceptación, y las menos utilizadas son el Humor, Autodistracción, Renuncia, Uso de Sustancias y Descarga Emocional.

Según otro estudio realizado por Ernesto Padilla, Carlos Fajardo, Adriana Gutiérrez en Estrategias de Afrontamiento de crisis en Familias y aplicando la escala F. COPES, encontraron que las familias entrevistadas prefieren como estrategia de afrontamiento la Reformulación Positiva con un porcentaje del 92.5%, seguido de la Búsqueda de Apoyo Espiritual con un 65%; en menor medida las familias hacen uso de Obtención de Apoyo Social con un 32.6%. Se difiere un poco de los resultados obtenidos en la presente Investigación en donde la Reformulación Positiva es utilizada en menor porcentaje que la Religión o Búsqueda de Apoyo espiritual siendo esta una estrategia

comúnmente usada, mientras que la Búsqueda de Apoyo social es una estrategia muy poco usada.

En esta muestra se evidenció que la religión es una estrategia de afrontamiento con mayor puntaje, esto se relaciona con lo expresado por algunos autores, quienes encontraron de manera similar que los estilos que implican rogar y esperar se relacionan con elevados y mayores niveles de ansiedad (Woby, Watson, Roach & Urmston, 2005). Una posible explicación de este hallazgo puede ser que cuando las personas perciben una interferencia importante en su condición de salud física y consecuentemente se sienten menos vitales, acuden a sus creencias religiosas como una vía de alivio para mejorar su situación, lo cual según ciertos autores es visto como una estrategia pasiva

Hersh-Rifkin & Stoner, 2005 pueden aseverar que de acuerdo con algunos estudios, es frecuente que los familiares de pacientes con insuficiencia renal en tratamiento de diálisis afronten su condición con ira y hostilidad como respuesta a las limitaciones impuestas por la enfermedad y al tratamiento característica del estilo de afrontamiento llamado descarga emocional que en este estudio no obtuvo ninguna puntuación. Este grupo de familiares, a pesar del desajuste que sufren en su vida (Calvanese, et al., 2004; Cidoncha, et al, 2003), asumen su condición principalmente con estrategias como Activas, Apoyo Emocional, Reformulación Positiva y Aceptación se puede evidenciarse a partir de las puntuaciones anteriormente expuestas, todas ellas estilos de afrontamiento, activos y focalizados en el problema, frente a esto se puede decir que autores posteriores han ratificado que el tipo de afrontamiento activo favorece la adaptación positiva del paciente a su condición médica y optimizan la adhesión al

tratamiento en pacientes en diálisis, así mismo resultados de investigación con enfermedades crónicas consideran que estos beneficios en la población afectada operan como factores de protección.

Martin y Brantley (2002) sostienen que, en el caso de la Insuficiencia Renal Crónica, el afrontamiento activo y enfocado en el problema parece estar asociados a los resultados psicológicos más positivos al favorecer la adaptación a la nueva condición de enfermo.

Hailey y Moos (2000) llevaron a cabo un recuento de los estudios sobre la relación entre el afrontamiento con la adherencia al tratamiento en pacientes renales y determinaron que las familias que utilizan el afrontamiento activo ayudan a que su familiar tenga una mejor y mayor adherencia al tratamiento. Se ha encontrado que éste protege contra el estrés generado por la enfermedad y capacita al enfermo y su cuidador para reevaluar la situación y adaptarse mejor a ella, pudiéndose reflejar en los resultados obtenidos donde se pudo identificar que del 88% de los pacientes que son constantes en su tratamiento corresponde a los familiares que optan por utilizar un afrontamiento activo a diferencia del 12% de los pacientes de familiares que utilizaron el Tipo de Afrontamiento Pasivo.

g. CONCLUSIONES

✓ Se estableció que el Tipo de Afrontamiento Activo es el más utilizado en la Familia de pacientes con Insuficiencia renal crónica (88%) y unos pocos familiares utilizan el Afrontamiento Pasivo (12%), concluyendo así que la mayoría de Familiares confrontan adecuadamente sus propias emociones y por lo tanto mantienen un mayor estado de bienestar psicológico y solo una pequeña proporción de familiares está tratando de evitar la situación produciendo en ellos un aumento en la severidad del dolor, depresión y elevado deterioro funcional.

✓ Se Identificó a las estrategias del Tipo de Afrontamiento Activo como las más usadas por los familiares de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica ubicándose en un 62%, dentro de las cuales tenemos las estrategias Activas, Apoyo Emocional, Reformulación Positiva y Aceptación y las menos utilizadas son las del Tipo de Afrontamiento Pasivo en un 38%, dentro de la cual tenemos como estrategia más relevante a la Religión, por lo tanto se concluye que los familiares cuentan con una gama de estrategias que les permitirán afrontar la enfermedad de su familiar de forma adaptativa y que a pesar de que la Religión es una estrategia de Afrontamiento Pasiva es frecuentemente utilizada por los familiares, dado a que es una estrategia cultural pedir ayuda a Dios en periodos de crisis o estrés.

✓ El 88% de pacientes que son constantes en el tratamiento guardan relación con el mismo 88% de familiares que asumen un Afrontamiento Activo y del 12% de pacientes que sus familiares asumen un afrontamiento pasivo en un 12% no son constantes en el tratamiento, lo que lleva a concluir que la Familia con afrontamiento activo si influye directamente en el paciente, sirviendo como apoyo y permitiéndole al paciente adaptarse y consecuentemente adherirse al tratamiento.

h. RECOMENDACIONES

1. Implementar atención psicológica y capacitación a los Familiares que presentan afrontamiento pasivo con la finalidad de reducir el estrés en la Familia y mantener el bienestar psicológico de sus integrantes.
2. Entrenar a los Familiares en el uso tanto de estrategias de afrontamiento como de herramientas psicoterapéuticas para afrontar y manejar el estrés, con la finalidad de que posean una amplia gama de estrategias que les permitan disminuir el impacto de la situación estresante.
3. Psicoeducar a la familia y al personal médico acerca de la importancia que tiene el Afrontamiento que presenta la familia y cómo influye en los pacientes para su adaptación en el tratamiento, dando así información a los familiares sobre su papel durante el transcurso de la enfermedad y al personal médico también incentive a participar a la familia.
4. Que el Centro de Diálisis integre más activamente al grupo Familiar mediante terapia Familiar de Grupo con la finalidad de fortalecer el lazo con su familiar enfermo e involucrar activamente a todos los integrantes en el cuidado y tratamiento tanto físico como psicológico facilitando la adherencia de su familiar.
5. A la Universidad Nacional de Loja que profundice en el estudio del impacto psicológico no sólo en el paciente con Insuficiencia Renal Crónica sino también en la familia y especialmente en el cuidador primario así como en las consecuencias psicológicas en el personal sanitario que está involucrado.

i. PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICO DIRIGIDO A FAMILIARES DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TRATADOS EN EL CENTRO DE DIÁLISIS CORNELIO SAMANIEGO CÍA. LDA. DE LA CIUDAD DE LOJA.

El hecho de tener un familiar ya sean estos esposos, padre, madre o hijos con Insuficiencia renal crónica genera estrés en el Grupo Familiar responsable de él, por ello en este apartado corresponde plantear un Plan de Intervención dirigido a mejorar y potenciar las Estrategias de Afrontamiento del grupo Familiar .

EL siguiente Plan de Intervención Psicoterapéutico tendrá un enfoque integrativo es decir que es una psicoterapia encaminada a la unificación de respuestas adecuadas y eficaces tanto el plano afectivo, conductual, cognitivo y fisiológico; también abarca la dimensión espiritual de la vida.

Aunque muchas veces se extrema el valor de la familia como fuente de amor, cuidados, apoyo, satisfacción y bienestar, en ocasiones se obvia el hecho de que los conflictos y alteraciones en las relaciones familiares que surgen ante la presencia de enfermedad, generan estrés, irritabilidad, agresividad, disgusto y enfermedad entre sus miembros.

En un inicio el grupo familiar esta cohesionado, aportan con ideas, recursos y el comprometimiento de cada uno de ellos para velar por el cuidado y la salud del enfermo Crónico, para luego desvanecerse en el transcurrir del tiempo debido a la sobrecarga emocional y física que representa y conlleva el cuidado de los enfermos.

Toman decisiones de aportar dinero con el fin de evadir responsabilidades, para contratar los servicios de una persona que puede ser especializada o no. No en todos los

casos es la solución al problema, debido a los altos costos, a la personalidad, al temperamento y carácter del cuidador y del paciente, por lo que se vuelve casi imposible que un profesional se haga cargo del cuidado permanente.

Se buscan dentro del grupo familiar a la persona que este estrechamente vinculada afectivamente al paciente y se hará cargo de su cuidado, esta responsabilidad recae por lo general en hijas o hijos menores o solteros, familiares que vivan en el mismo domicilio del paciente, que no estén comprometidas laboralmente, en otras palabras “a los que no tienen obligaciones”.

Diversos estudios han señalado que los cuidadores y cuidadoras se basan de manera casi exclusiva en los aspectos del cuidado exclusivo como el aseo, alimentación, administración medicamentosa, transporte, soporte afectivo y económico, constituyéndose en una pieza clave en la triada terapéutica “equipo de salud-paciente-cuidador”

El cuidado vehemente del familiar o familiares es fundamental para la evolución positiva de los pacientes que sufren Insuficiencia Renal Crónica, ya que los mismos requieren de cuidados constantes, aliviando de alguna manera al sistema sanitario, favoreciendo el bienestar y el estado de salud del paciente. Dichas personas encargadas del cuidado directo no cuentan con el aporte y asistencia médico psicológico, por lo tanto, no satisfacen las necesidades y requerimientos propios de la implicación de cuidar y no se le presta la atención necesaria como un sujeto que requiere atención.

La intervención psicoterapéutica se efectuara con el grupo familiar más cercano al paciente conformado por familiares evaluadas los que prestaron su colaboración y además viven y velan del cuidado diario del enfermo crónico.

Descripción del Proceso de Intervención Terapéutica

Es el proceso mediante el cual se desarrolla la relación paciente-terapeuta con la intención de llevar a cabo los objetivos y metas terapéuticas que han sido trazadas para uno o varios pacientes determinados, atendiendo a la índole de sus problemas o trastornos y a las condiciones concretas existentes.

En el proceso terapéutico dos aspectos son de gran importancia, la función expresiva por parte del paciente y el factor de apoyo o sostén psicológico que brinda el terapeuta a este, consiste en facilitar la comprensión y análisis del problema, ayudar a la toma de decisiones, eliminar o disminuir a niveles aceptables los estados emocionales negativos en el sujeto y proporcionarle recursos para enfrentar la situación problema.

El denominar a la psicoterapia como un proceso implica llevar un orden, mediante diversas etapas, evitando así la desorganización, permitiendo que el terapeuta planifique sus acciones principales para cada etapa. Esto facilitara la evaluación del proceso terapéutico.

Etapas del Proceso Terapéutico:

Para la elaboración del plan de intervención psicoterapéutico se presentan las siguientes fases:

1. Encuadre

2. Diagnóstico
3. Planificación de sesiones
4. Intervención
5. Seguimiento
6. Prevención de recaídas

Fase 1: Encuadre

Se refiere a las actitudes del terapeuta necesarias para conseguir una relación que favorezca el proceso donde se trabaja específicamente el rapport y empatía para así poder establecer la alianza terapéutica.

La finalidad de este es que cada parte especifique las condiciones generales del programa terapéutico que se llevara cabo.

Sus puntos más importantes son:

Horarios y días.- es decir a qué hora serán las sesiones, cuantos días a la semana, o dependiendo del paciente el terapeuta dará su opinión de cuantas veces es necesario ver al paciente, tomando en cuenta la evolución del paciente o sus vacaciones.

Duración de cada sesión.- esto dependerá de cada paciente o terapeuta de la ética del profesional al decidir cuánto tiempo dará a cada paciente, también se toma en cuenta la evolución del paciente.

Lugar.- aquí hay que especificar si habrá un cambio; aunque por lo general deberá ser en el mismo lugar (espacio del consultorio); además se puede utilizar caminatas en parques, “cambios de aire”. Para lograr un resultado específico, reducir estrés y sedentarismo, etc.

El contrato terapéutico no es necesariamente un contrato inflexible, es decir, es utilizado también como una guía, tanto para el paciente como para el terapeuta. Incluso puede haber cambios a lo largo del tratamiento por diferentes condiciones, siempre y cuando tanto el paciente como el terapeuta estén de acuerdo.

Fase 2: Evaluación y Diagnóstico

Después de obtener información mediante los Reactivos Psicológicos así como de la Entrevista, se elaborara un diagnóstico preciso y así podemos establecer que estrategias terapéuticas se puede utilizar.

Fase 3: Planificación

La planificación psicoterapéutica de este estudio está basada en el modelo integrativo que se refiere a la unión de los sistemas afectivo, cognitivo, conductual y fisiológico de una persona. Estos conceptos se utilizan dentro de una perspectiva evolutiva del ser humano en la que cada fase vital presenta tareas propias del desarrollo, necesidades, sensibilidades, crisis y oportunidades para un nuevo aprendizaje.

El plan está dirigido hacia las Familias de pacientes tratados en el centro de Diálisis Cornelio Samaniego Cía. Ltda., mismo que será desarrollado por el personal específico que labora en esta entidad.

Fase 4: Intervención

En esta etapa se pondrá en marcha el desarrollo del proceso terapéutico, mediante la aplicación de técnicas terapéuticas del modelo integrativo; con el objetivo de: poner en práctica estrategias de relajación; reconocer, aceptar y comunicar las emociones

negativas; Asumir la vida con optimismo, Establecer mecanismos de solución de los problemas y ponerlos en práctica; Comunicarse de forma asertiva, Planear la vida cotidiana.

Fase 5: Seguimiento

La fase de seguimiento nos ayuda a mantener el contacto con el paciente permitiéndonos de esta manera ir evaluando la eficacia del tratamiento efectuado, además nos permite ir afirmando aquellos cambios cognitivos, emocionales, comportamentales y espirituales que se llevaron a cabo dentro del proceso,

La fase de seguimiento está estructurada de manera que tanto el paciente como el terapeuta tienen la oportunidad de manejar cualquier situación adversa, y la cual no tiene un tiempo específico, más bien dependerá de la seriedad e interés que ponga el paciente en su tratamiento.

Fase 6: Prevención de recaídas

Esta fase está destinada a mejorar las estrategias de Afrontamiento ante situaciones de estrés, señales de dificultad en saber sobrellevar la enfermedad de su familiar, por ello se pretende que la persona identifique respuestas negativas y fortalezca actitudes que le han permitido soportar y adaptarse a esta situación de estrés.

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICO DIRIGIDO A FAMILIARES DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

SESIÓN N°1

DURACIÓN: 45-50 minutos.

MODALIDAD: Grupal

RESPONSABLE: Psicólogo Clínico

OBJETIVOS:

1. Establecer el encuadre de la terapia grupal.
2. Explorar expectativas de los participantes acerca de la terapia grupal.

TÉCNICA:

- a. Encuadre

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA:

1. Se iniciara a la terapia grupal ofreciendo un encuadre de la misma, en la que se establecerá reglas y normas referentes al respeto hacia los participantes del grupo, confidencialidad ante la información de cada uno de los miembros del grupo, compromisos de asistencia a las sesiones de la terapia, implicación activa en el tratamiento. Al finalizar el encuadre, los pacientes deberán exponer sus puntos de vista.
2. Expectativas de la terapia grupal: se les pedirá a los pacientes contestar en una hoja de trabajo las siguientes preguntas: ¿Qué quiero aprender? ¿Qué cosa no quiero que

ocurran en la terapia grupal? ¿Qué me gustaría que ocurriera en el grupo? Al concluir se expondrán las respuestas de cada participante.

3. Se concluirá con el feedback de comprensión de la sesión.

RESUMEN DE LA SESIÓN: 1			
Objetivo	Actividad	Recursos	Tiempo
Establecer el encuadre de la terapia grupal.	Explicar reglas y normas a seguir durante la terapia grupal. Puntos de vista de cada paciente ante cada una de las normas y reglas.	Terapia explicativa.	20 min.
Valorar expectativas de los participantes acerca de la terapia grupal.	Realizar preguntas a cada participante del grupo terapéutico acerca de las expectativas de la terapia.	Terapia explicativa.	25 min.

SESIÓN N°2

DURACIÓN: 50 minutos.

MODALIDAD: Grupal

RESPONSABLE: Psicólogo Clínico

OBJETIVOS:

1. Psicoeducar a familiares sobre el Estrés.
2. Instruir a los familiares sobre las formas de Afrontar el Estrés al que están sometidos.

TÉCNICA:

- a. Psicoeducación
- b. Planificación del Tiempo

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA:

1. Se inicia con la presentación de un video sobre el estrés y su respectiva reflexión.

2. Mediante diapositivas se dará a conocer a los familiares el concepto de Estrés.
3. Se les enseñara formas de Afrontar el Estrés.
4. Se responderá a preguntas de los asistentes con la finalidad de realizar retroalimentación.

RESUMEN DE LA SESIÓN: 2			
Objetivo	Actividad	Recursos	Tiempo
Presentación de Video y reflexión	Mostrar los efectos del estrés en las personas.	Terapia explicativa.	10 min.
Enseñar sobre el estrés y formas de afrontarlo	Se les enseñara un concepto de estrés, como puede ayudar a manejarlo la expresión verbal y escrita de sus sentimientos, la religión, el ejercicio la meditación y planificación de su tiempo.	Terapia explicativa. Planificación del tiempo	40 min.

SESIÓN N°3

DURACIÓN: 50 minutos.

MODALIDAD: Grupal

RESPONSABLE: Psicólogo Clínico

OBJETIVOS:

1. Enseñar a identificar y contrarrestar distorsiones cognitivas

TÉCNICA:

- a. Psicoeducación
- b. Dinámica

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA:

1. Mediante diapositivas y ejemplos didácticos se enseña a identificar distorsiones cognitivas.
2. Realización de una dinámica grupal.
3. Se enseña a contrarrestar distorsiones cognitivas.

RESUMEN DE LA SESIÓN: 3			
Objetivo	Actividad	Recursos	Tiempo
Identificar los errores del pensamiento	Presentación y ejemplos de distorsiones cognitivas e identificación individual de sus distorsiones cognitivas	Terapia explicativa.	20 min.
Animar al grupo y activar su atención	Se les pide que bailen para formar grupos.	Dinámica	10 min.
Contrarrestar distorsiones cognitivas	Se les facilita material para realizarse preguntas contrarrestar su forma de pensar.	Reformulación Positiva	20 min.

SESIÓN N°4

DURACIÓN: 50 minutos.

MODALIDAD: Grupal

RESPONSABLE: Psicólogo Clínico

OBJETIVOS:

1. Entrenar a los familiares en relajación con la finalidad de disminuir síntomas de tensión y estrés producto de lidiar a diario con la enfermedad de su familiar.

TÉCNICA:

- a. Terapia explicativa.

b. Técnicas de respiración (Equitativa y la Respiración denominada “del Cráneo Brillante”)

c. Relajación progresiva con imaginación guiada.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA:

1. Se inicia explicando a los asistentes que es la Relajación, sus beneficios y lo que posiblemente pueden sentir.
2. Luego se les entrena en dos técnicas de respiración.
3. Se les pide se pongan cómodos y se inicia a relajar pidiendo aflojen cada musculo de su cuerpo, se concentren en el sonido de la música y luego imaginar un lugar seguro.
4. Se les pide despertar de la relajación y contar lo experimentado.

RESUMEN DE LA SESIÓN: 4			
Objetivo	Actividad	Recursos	Tiempo
Educar en concepto y beneficios de la relajación.	Presentación y ejemplos de distorsiones cognitivas e identificación individual de sus distorsiones cognitivas	Terapia explicativa.	10 min.
Disminuir estrés mediante respiración.	Se les enseña la respiración Equitativa y la Respiración denominada “del Cráneo Brillante”	Respiración	15 min.
Contrarrestar distorsiones cognitivas	Se les facilita material para realizarse preguntas contrarrestar su forma de pensar.	Reformulación Positiva	25 min.

SESIÓN N°5

DURACIÓN: 45 minutos.

MODALIDAD: Grupal

RESPONSABLE: Psicólogo Clínico

OBJETIVOS:

1. Mejorar la calidad de comunicación entre el familiar y paciente con IRC.
2. Reducir mal entendidos y afianzar lazos de amor filial.

TÉCNICA:

- a. Entrenamiento en Asertividad
- b. Cambio de Roles

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA:

1. Se inicia con una breve introducción acerca de la Asertividad ¿Qué es? ¿Para qué sirve?
2. Luego se les enseña sus derechos asertivos.
3. Se les pide compartan situaciones en las que se les ha hecho difícil ser asertivos y se les enseña a modificar esas conductas poco asertivas.
4. Mediante el cambio de roles se practica y se afianza conocimientos acerca de la asertividad.

RESUMEN DE LA SESIÓN: 5			
Objetivo	Actividad	Recursos	Tiempo
Enseñar a los pacientes a ser asertivos	Enseñarles su derechos y frases asertivas	Entrenamiento en asertividad	20 min.
Poner en práctica lo aprendido a través de un cambio de roles	En parejas simulara ser una persona el paciente y la otra el familiar comunicándose asertivamente.	Cambio de roles	25 min.

SESIÓN N°6

DURACIÓN: 40 minutos.

MODALIDAD: Grupal

RESPONSABLE: Psicólogo Clínico

OBJETIVOS:

1. Evaluar los logros alcanzados con la terapia grupal.

TÉCNICA:

- a. Logros Alcanzados

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA:

1. Para iniciar la sesión cada participante lee su carta, en la que se expondrá aquello que ha sido significativo en la experiencia de participar de la terapia grupal.
2. Se concluye con el establecimiento de sesiones de grupo mensuales con duración de 45 a 50 min.

RESUMEN DE LA SESIÓN: 6			
Objetivo	Actividad	Recursos	Tiempo
Evaluar logros alcanzados	Escribir lo que han aprendido en terapia y leer para el grupo	Expresión escrita	25 min.
Formación de un grupo permanente de reunión	Formación de grupos de reunión	Capacidad de organización	15 min.

j. BIBLIOGRAFÍA.

- Revista Cubana de Salud Pública. (2014). Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal. Revista Cubana de Salud Pública La Habana, 40 (1), 25-30.
- Manrique, Carmen Solís, Antony V. (2006). Estilos y Estrategias de Afrontamiento en Adolescentes, Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 7(4), 33-36
- José Soriano (2002). Boletín de Psicología, Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento, (7ma ed.). Madrid: Paidós Ibérica, 54
- Buckman Gongora, J. (2004). Enfermedad y familia, (3ra ed.). España: Paidós Ibérica, 34-45
- Paris L. y Alicia O. (2009). Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar. Psicología y Salud, 19(2) 168-169
- Luis A. Oblitas Guadalupe. (2009). Psicología de la Salud y Calidad de vida, Estrategias de Afrontamiento. (3ra ed.). México: Costegraf, 225-232
- Ramos, V., Martínez, A. y Oblitas (2009). Psicológica Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. (4ta Ed.). Los Ángeles: Piqueras, 85-112.
- Burín Maber y Meler Irene (2004). Género y Familia. (4ta ed.) Buenos Aires: Paidós. 31-70.
- Buen Día, José (2006). Familia y psicología de la Salud, (1ra ed.). Madrid: Pirámide, 123-130

- Louro. (2005).Modelo de la salud del grupo familiar. (2da ed.).Madrid: Pirámide, 45-51
- Della Mora, M. (2006). Estrategias de afrontamiento en adolescentes. Revista Iberoamericana de Educación, 38 (3), 1681
- D. Stefani, S. Seidmann, C. Pano, L. Acrich y V. Bail. (2003). Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: sentimiento de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento. Revista Latinoamericana de Psicología, 35(1).231-240

h. ANEXOS

ANEXO N 1.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... (Nombre del informante clave) he leído la información que se me ha entregado. Y he podido hacer preguntas sobre el tema investigado. He recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado de ello con.....comprendo que mi participación es voluntaria. Comprendo que puedo retirar mi consentimiento:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mi persona y familia.

PRESTO LIBREMENTE MI CONFORMIDAD PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN.

.....

FIRMA DEL INFORMANTE

Nombre:.....Fecha:...../...../.....

.....Yo he explicado por completo los detalles relevantes de esta investigación al informante clave y/o la persona autorizada a dar el consentimiento en su nombre.

.....

FIRMA DEL INVESTIGADOR

Nombre:.....Fecha:...../...../.....

.....

Nota: se entregará copia de este documento al paciente.

ANEXO N 2.

AFRONTAMIENTO: ESCALA BRIEF COPE

INSTRUCCIONES: las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas unas personas utilizan más unas que otras, ponga 0, 1,2 o 3 en el espacio dejado al principio, es decir, el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello, al problema. Gracias.

0= No, en absoluto 1= Un poco 2= Bastante 3= Mucho

1. ___ Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.
2. ___ Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.
3. ___ Acepto la realidad de lo que ha sucedido.
4. ___ Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.
5. ___ Me digo a mí mismo “esto no es real”.
6. ___ Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.
7. ___ Hago bromas sobre ello.
8. ___ Me critico a mí mismo.
9. ___ Consigo apoyo emocional de otros.
10. ___ Tomo medidas para intentar que la situación mejore.
11. ___ Renuncio a intentar ocuparme de ello.
12. ___ Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.
13. ___ Me niego a creer que haya sucedido.
14. ___ Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.
15. ___ Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.
16. ___ Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.
17. ___ Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.
18. ___ Busco algo bueno en lo que está sucediendo.
19. ___ Me río de la situación.
20. ___ Rezo o medito.
21. ___ Aprendo a vivir con ello.
22. ___ Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.
23. ___ Expreso mis sentimientos negativos.
24. ___ Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.
25. ___ Renuncio al intento de hacer frente al problema.
26. ___ Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.
27. ___ Me echo la culpa de lo que ha sucedido.
28. ___ Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 3.

**ENTREVISTA DIRIGIDA AL PERSONAL DEL CENTRO DE DIALISIS
CORNELIO SAMANIEGO CIA. LTDA.**

Sr(a), en calidad de Egresada de la Carrera de Psicología Clínica Del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja; me encuentro interesada en Determinar la Influencia Positiva o Negativa según el tipo de Afrontamiento de la Familia por la tanto ruego a usted responder el siguiente cuestionario con la mayor sinceridad posible recordándole que toda vez es anónima y que sus respuestas se guardaran en absoluta reserva.

SI NO

- 1. El paciente se muestra receptivo y colaborador: () ()
- 2. El paciente presenta un buen ánimo constantemente: () ()
- 3. El paciente llega acompañado con algún familiar: () ()
- 4. El paciente es constante en el tratamiento: () ()
- 5. El paciente se muestra interesado en la problemática que esta () ()

Viviendo:

Según su criterio:

¿Cree usted que las personas que tienen un apoyo familiar bueno presentan mejor adaptación a la problemática que está viviendo?

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO N4.

DERECHOS ASERTIVOS

1. Algunas veces, tienes derecho **a ser el primero**. Ceder siempre a los demás, no comunicar tus deseos o preferencias no te hace más cortés. No digas "lo que quieras" cuando tengas una preferencia.
2. Tienes derecho a cometer errores. Los errores forman parte de la vida, son necesarios para el aprendizaje. No te avergüences por ellos y defiende tu derecho a cometerlos.
3. Tienes derecho a tener tus propias opiniones y creencias. Tener una opinión distinta a la mayoritaria no implica estar equivocado, ¡quizá justo lo opuesto!
4. Tienes derecho a cambiar de idea, opinión, o actuación. Cambiar de opinión no es una traición a ti mismo, es evolucionar, aprender, ser flexible.
5. Tienes derecho a expresar críticas y a protestar por un trato injusto, pero siempre de forma respetuosa a los demás.
6. Tienes derecho a intentar cambiar lo que no te satisface. No te digas a ti mismo que no lo has intentado.
7. Tienes derecho a pedir ayuda o apoyo emocional.
8. Tienes derecho a sentir y expresar el dolor. Todos sentimos dolor, y tienes derecho a expresarlo ante aquellas personas que son importantes para ti si lo necesitas.
9. Tienes derecho a ignorar los consejos de los demás. Cuando alguien te da un consejo es precisamente eso, no una orden de actuación.
10. Tienes derecho a recibir el reconocimiento por un trabajo bien hecho. Esto se aplica a los demás, pero sobre todo a ti mismo. Reconoce tus méritos.
11. Tienes derecho a negarte a una petición, a decir "no" sin sentirte culpable o egoísta. Decir "no" no te hace desleal o egoísta.
12. Tienes derecho a estar sólo, aun cuando los demás deseen tu compañía.

13. Tienes derecho a no justificarte ante los demás. En ocasiones con un “No, gracias” es suficiente. No tienes por qué dar excusas y menos si no son sinceras.
14. Tienes derecho a no responsabilizarte de los problemas de los demás.
15. Tienes derecho a no anticiparte a los deseos y necesidades de los demás y a no tener que intuirlos.
16. Tienes derecho a ser tratado con dignidad. Cuando sientes que no eres tratado con la dignidad y el respeto que mereces, tienes derecho a protestar por ello.
17. Tienes derecho a tener tus propias necesidades y que sean tan importantes como las de los demás.
18. Tienes derecho a experimentar y expresar tus propios sentimientos, así como a ser su único juez.
19. Tienes derecho a detenerte y pensar antes de actuar.
20. Tienes derecho a pedir lo que quieres y la aceptar un no por respuesta.
21. Tienes derecho a hacer menos de lo que eres capaz de hacer. No siempre puedes rendir al máximo.
22. Tienes derecho a decidir qué hacer con tu cuerpo, tiempo, y propiedad.
23. No olvides que todos cuantos le rodean tienen estos mismos derechos, no sólo tú. Ejerce tus derechos en libertad y respetando los derechos de quienes te rodean.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA

TIPOS DE AFRONTAMIENTO EN LA FAMILIA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TRATADOS EN EL CENTRO DE DIÁLISIS CORNELIO SAMANIEGO CIA. LDA. DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO DICIEMBRE DEL 2014-ABRIL DEL 2015.

Proyecto de investigación previa a la obtención del título de Psicólogo Clínico.

AUTOR:

YOMAIRA KATERINE SARANGO CASTILLO

Loja – Ecuador

2015

1. TEMA

“TIPOS DE AFRONTAMIENTO EN LA FAMILIA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TRATADOS EN EL CENTRO DE DIÁLISIS CORNELIO SAMANIEGO CIA. LDA. DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO DICIEMBRE DEL 2014-ABRIL DEL 2015”

2.- PROBLEMÁTICA

Una de cada diez personas tiene algún grado de enfermedad renal crónica (ERC), alertaron la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (Washington, DC, 11 de marzo de 2014), afectando a dos millones de individuos en el mundo, cifra que aumenta progresivamente, por lo que cada año se eleva el número de pacientes que necesitan terapia renal de reemplazo (TRR), y se incrementa al mismo tiempo el costo de la atención (Revista Cubana de Salud Pública, 2014).

En los Estados Unidos, según la Encuesta Nacional en Salud y Nutrición (NHANES), los casos nuevos de ERC se duplicaron en los mayores de 65 años entre 2000 y 2008. La prevalencia de personas de más de 60 años con enfermedad renal crónica pasó de 18,8% en 2003 a 24,5% en 2006, pero se mantuvo por debajo del 0,5% en aquellos de 20 a 39 años (OMG, 2013).

Según la Sociedad Ecuatoriana de Nefrología en el Ecuador existen alrededor de unos 8.300 pacientes recibiendo tratamientos de sustitución de la función renal con diálisis, de los cuales unos 7542 reciben hemodiálisis (90%) y 758 (10%) diálisis peritoneal y por regiones se encuentra; en la costa 59%, sierra 40% y oriente 1%. Además disponemos de 91 unidades de diálisis, 68 (75%) privadas y 42 (25%) intrahospitalarias y unas 8 provincias, 3 de la sierra, 4 del oriente y galápagos no cuentan con este servicio, es decir que solo el 75% de la geografía ecuatoriana está recibiendo este beneficio. Según el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células (Indot) Cada sesión cuesta entre \$104 y \$106; en promedio, una persona con insuficiencia renal

requiere de tres sesiones semanales (Santacruz C., Santacruz J., Santacruz G., Jarrín M., 2013).

Si consideraríamos que la población ecuatoriana es de 14, 483,499 de habitantes (Redatan, VII Censo de Población y VI de Vivienda - 2010) y que hay un total de 131 nefrólogos, vemos que existe el 0,1 nefrólogo por cada 100.000 habitantes, es decir una de las tasas más bajas para Latinoamérica. En el hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), se asiste a 416 usuarios con sesiones de hemodiálisis y a 98 con diálisis. El Lcdo. Luigi Cevallos Lara, responsable del área de Diálisis Peritoneal del servicio de Nefrología, enfatiza que cada mes recibe entre cuatro a cinco pacientes nuevos (Diario el PP El verdadero, 2014).

En Loja según el programa REDATAN del INEC, 2011 basándose en los egresos hospitalarios, se han registrado 47.79 casos de Insuficiencia renal crónica, por sexos se evidencia que es levemente más prevalente en hombres con 11 casos, que en mujeres 10 casos. Como podemos observar los registros e información llevada en nuestra provincia son pobres.

El Centro de Diálisis Cornelio Samaniego Cía. Ltda., es una empresa de carácter privado, que brinda cuidado y tratamiento integral en servicios especializados de Hemodiálisis, para pacientes que en forma temporal y definitiva presentan deficiencia de la función renal; contando con un entorno confortable y cordial, equipos de última generación, personal altamente calificado y permanentemente capacitado; proporcionando bienestar al paciente y su familia con servicios seguros, accesibles y de la más alta calidad a través del cumplimiento de normativas vigentes. Sus fines, ser un

Centro Nefrológico de atención integral líder en la región, por nuestro compromiso con el paciente y sus necesidades a través de los procedimientos dialíticos oportunos y de la más alta calidad: cumpliendo con los protocolos de acreditación en Hemodiálisis, certificación de calidad, educación continua y permanente al personal para garantizar su desarrollo profesional y capacidades científicas y humanas necesarias para atender con efectividad.

La Psicóloga del Centro de Diálisis Cornelio Samaniego refiere: es muy importante involucrar activamente a la familia en el tratamiento tanto físico como psicológico que reciben los pacientes para ayudar a la adherencia al proceso de hemodiálisis y buscar un bienestar biopsicosocial que favorecerá la adaptabilidad, tomando en cuenta que el paciente no es el único que está pasando por una crisis emocional, sino que también afecta directamente a la familia ya que de ellos dependerá directamente acotar recomendaciones de la parte médica, psicológica, trabajo social y administrativo del Centro los cuales velamos por el bienestar del paciente y su familia.

Frente a esta problemática planteada procedo a plantearme la siguiente pregunta: ¿Cuál es el tipo de afrontamiento de los familiares con pacientes que padecen de Insuficiencia Renal Crónica que asisten al centro de Diálisis Cornelio Samaniego?

3.- OBJETIVOS:

GENERAL

- Determinar los Tipos y estilos de Afrontamiento en la Familia de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica tratados en el Centro de Diálisis Cornelio Samaniego Cía. Lda. de la ciudad de Loja periodo Diciembre del 2014- Abril del 2015.

ESPECÍFICOS

- Establecer el Tipo de Afrontamiento utilizado en la Familia de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica tratados en el Centro de Diálisis Cornelio Samaniego Cía. Lda. de la ciudad de Loja periodo Diciembre del 2014- Abril del 2015
- Identificar el Estilo de Afrontamiento utilizado por las Familias de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica tratados en el Centro de Diálisis Cornelio Samaniego Cía. Lda. de la ciudad de Loja periodo Diciembre del 2014- Abril del 2015.
- Analizar la Influencia Positiva o Negativa según el Tipo de Afrontamiento de las Familias de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica tratados en el Centro de Diálisis Cornelio Samaniego Cía. Lda. de la ciudad de Loja periodo Diciembre del 2014- Abril del 2015
- Elaborar un Plan de Intervención Psicológico dirigido a la Familia de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica tratados en el Centro de Diálisis Cornelio Samaniego Cía. Lda. de la ciudad de Loja periodo Diciembre del 2014- Abril del 2015.

4.- JUSTIFICACIÓN:

La Universidad Nacional de Loja es una institución de educación superior pública y laica, abierta a todas las corrientes del pensamiento, aquí se encuentra el Área de la Salud Humana y dentro de ésta la Carrera de Psicología Clínica que, es una unidad académica acreditada que desarrolla procesos científicos, técnicos y humanos de calidad y forma psicólogos/os clínicos/os con capacidad científico técnica y ética para la solución de los problemas de Salud Mental en la población de la Región sur y del Ecuador en general, y la participación en la ejecución de proyectos de investigación.

La Insuficiencia renal crónica, ha aumentado sostenidamente su prevalencia pues según la Sociedad Ecuatoriana de Nefrología en el Ecuador existen alrededor de unos 8.300 pacientes, siendo hoy un problema de salud pública global y devastador, por sus consecuencias médicas, sociales y económicas para los pacientes, sus familias y los sistemas de salud.

La razón por la que me intereso en este tema de investigación es porque, todas las investigaciones realizadas sobre pacientes que se someten a Diálisis se centran en el paciente pero no en la familia, que es aquella que proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario al enfermo, sus labores sumamente difíciles, ya que tienen que asumir una gran cantidad de tareas que los pone en una situación de gran vulnerabilidad,

estrés y carga, y que incrementa a su vez el riesgo de padecer problemas físicos, emocionales, socio-familiares y otros.

Por todo lo expuesto he considerado investigar el siguiente tema, TIPOS DE AFRONTAMIENTO EN LA FAMILIA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TRATADOS EN EL CENTRO DE DIALISIS CORNELIO SAMANIEGO CIA. LDA. DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO DICIEMBRE DEL 2014-ABRIL DEL 2015, con la finalidad de dar a conocer el tipo de afrontando de la familia de esta población al tener un paciente en Diálisis y así mismo proporcionarles un Plan de Intervención Psicológica con la finalidad de ayudar a su adaptación en esta etapa de sus vidas.

Además servirá de fuente de información y conocimiento para los docentes y estudiantes de las futuras generaciones, aportando con esto a los vinculados en esta situación y a la colectividad en general, y de esta manera generando un enriquecimiento académico, tanto para nosotros como grupo, como para la sociedad y poniendo en marcha los contenidos ya adquiridos y propiciar con ello una buena formación profesional.

5.- MARCO TEÓRICO

1. FAMILIA.

2.1.Historia

2.2.Tipos de Familias

2. AFRONTAMIENTO

2.1.Funciones del Afrontamiento

2.2.Tipos de Afrontamiento

2.3.Estrategias de Afrontamiento

2.3.1. Según Folkman y Lazarus.

2.3.2. Según Mc Cubbin.

3. AFRONTAMIENTO FAMILIAR

3.1.Dimensiones del Afrontamiento familiar

3.2.Clasificación de las Estrategias

4. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

4.1.Terapia de Reemplazo Renal

4.1.1. Hemodiálisis

4.1.1.1.Tipos de Acceso

4.1.1.2.Complicaciones

4.1.1.3.Síndrome de desequilibrio dialítico

4.1.2. Diálisis peritoneal

4.1.1.4.Tipos de Diálisis peritoneal

4.1.1.5.Complicaciones

4.1.3. Trasplante Renal

4.1.1.6.Candidatos a Trasplante Renal

5. AFRONTAMIENTO FAMILIAR Y ENFERMEDAD CRONICA

1. FAMILIA.

Según la OMS, 2009 define a la familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial."

La familia también es entendida como un sistema constituido por un grupo de personas entrelazadas, cuyo vínculo se basa en las relaciones de parentesco fundadas por los lazos biológicos y/o afectivos, con funciones específicas para cada uno de sus miembros, una estructura jerárquica, normas y reglas definidas, en función del sistema social del que hacen parte y sin cuyas orientaciones el sistema familiar mismo no podrá funcionar (Amarís M., Amar J. Jiménez, 2007).

Uno de los núcleos más importantes dentro de la sociedad es la familia; una profunda unidad interna de dos grupos humanos padres e hijos que se constituyen en comunidad a partir de la unidad hombre-mujer los mismos que tienen el compromiso de nutrirse emocional y físicamente; todos sus miembros comparten casa común, lazos de sangre, afecto recíproco, vínculos morales; lo que constituye como "unidad de equilibrio humano y social".

Se considera pues a la familia como el lugar insustituible para formar al hombre y la mujer completos dándoles un rol decisivo en su desarrollo posterior en la sociedad.

La familia es importante porque es en ella donde los miembros nacen, aprenden, se educan y desarrollan, educa dando ejemplo y esta educación es impartida por los padres, cumple una función fundamental ya que estimula el crecimiento físico, intelectual y moral de sus hijos: de acuerdo con los valores en los que hayan sido criados, serán seres útiles y responsables que en su momento se integrarán a la sociedad o bien interiorizarán las pautas y las actitudes negativas que los lleven a cometer actos ilícitos e ilegales (Burín M. y Meler I., 2004).

1.1. Historia

Los grupos familiares comenzaron a existir en tiempos primitivos de la cultura humana, es decir, en la prehistoria. Allí los miembros de lo que podría llamarse familia, se alternaban parejas, sin criterios como los que rigen hoy en día. Esta fase en la historia de la **familia** podría llamarse como la de “promiscuidad”, en virtud que no imperaba ningún tipo de ley, como la que rige hoy en relación al incesto.

A partir de que el hombre aparece en la tierra y luego de la etapa de la promiscuidad están las siguientes etapas en la historia de la familia:

- **Etapa de la comunidad primitiva:** Aparece cuando el hombre como tal surge en el planeta y se va a desarrollar según diversas formas de organización social.

- **Etapa de la horda:** Fue una forma simple de organización social, se caracterizaba por ser un grupo reducido, no había distinción de paternidad y eran nómadas.
- **Etapa del clan:** Obedecían a un jefe y estaban conformados por un grupo o una comunidad de personas que tenían una audiencia común. En este tipo de familia tenían gran importancia los lazos familiares (Buen Día J., 2006).

Luego de estas etapas en la **historia de la familia** surgieron nuevas etapas de **organización familiar** que ya tienen una documentación histórica más precisa y cronológica:

- **Etapa de la familia consanguínea:** Es considerada la primera fase de la **familia**. Se clasifican los grupos conyugales por generaciones.
- **Etapa de la familia Punalúa:** Se considera un tipo de **organización familiar** en el que hay un progreso.
- **Etapa de la familia Sindiásmica:** En la historia de la familia aparece este tipo que está entre el salvajismo y la barbarie.
- **Etapa de la familia Monogámica:** Surge en la **historia de la familia** durante la transición entre el estado medio y superior de la barbarie. Es un signo de lo que luego fue la civilización.
- **Etapa de la familia poligámica:** En este tipo de **organización familiar** había una pluralidad de conyugues y tres tipos de poligamia: matrimonio grupal, poliandria, poliginia.
- **Etapa del Matriarcado:** Se conformaba con la madre y sus hijos.

- **Etapa de la familia patriarcal:** Se trasmite de forma patrilineal el parentesco y así se establece el tipo de familia patriarcal. La autoridad máxima es el padre o el varón ascendiente de más edad.

1.2.- Tipos de Familias:

- **Familia nuclear:** Derivada del matrimonio heterosexual, que tradicionalmente es la familia básica, esta tradicionalmente conformada por el padre, madre e hijos biológicos.
- **Familia extensa o consanguínea:** Es aquella que está estructurada por la familia nuclear e incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás. Además puede abarcar parientes no consanguíneos, como medios hermanos, hijos adoptivos o putativos
- **Familia monoparental:** Se entiende aquella familia nuclear que está compuesta por un solo progenitor (varón o mujer) y uno o varios hijos, esta clase de familia puede tener diversos orígenes: porque los padres se han divorciado, y los hijos quedan viviendo con uno de ellos, por lo general la madre; por un embarazo precoz, donde la madre cría sola a su hijo o hija o por el fallecimiento de uno de los cónyuges.
- **Familia reconstruida:** Es una familia en la que se produce una ruptura en la pareja y cada miembro de ésta forma una familia nueva
- **Familia unipersonal:** Es una familia formada por un componente (soltero)

- **Familia poligámica:** es una forma de estructura familiar donde viven un esposo con varias esposas y sus respectivos hijos, en armonía social.

- **Familias homoparentales:** *está constituida por un* matrimonio entre personas del mismo sexo; gays, lesbianas, bisexuales y personas transgénero (LGBT) se convierten en progenitores de uno o más niños, ya sea de forma biológica o no-biológica. Los progenitores LGBT pueden ser también personas solteras que están criando niños; en menor grado, puede referirse en ocasiones a familias con hijos LGBT. En Argentina hace pocos meses se reconoció legalmente el matrimonio gay (Burín M. y Meler I., 2004).

2. AFRONTAMIENTO.

Según Lazarus y Folkman, son esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Manrique C., Solis A., 2006).

Gard (1999) conceptualiza al afrontamiento como un conjunto dinámico de respuestas cuya expresión está basada en las situaciones estresantes, ambientales y en factores personales del individuo.

La habilidad para manejar situaciones estresantes depende de los recursos de afrontamiento disponibles. Estos recursos desempeñan un rol crucial en la relación estrés

salud-enfermedad y constituyen características estables del individuo y del medio ambiente donde se desenvuelve (Omar, 1995) que se focaliza en la interacción entre las demandas estresantes y la evaluación que de ellas hace la persona.

Este es un proceso continuo, puesto que constantemente está cambiando, depende de la situación que lo desarrolle, bien sea la existencia de una enfermedad, la muerte, la pérdida de un trabajo, entre muchos otros factores e implica que la personas desarrollen acciones para enfrentar esta situación, apoyándose en aspectos internos y variables psicológicas diferentes, que llevan a convertirse a la persona en un ente activo y participativo dentro de todo el proceso de afrontamiento.

El afrontamiento: a) no es un rasgo, entendido como algo permanente en el individuo; b) no es un tipo de conducta automática, hemos de considerar que sólo se considera una acción bajo el rótulo del afrontamiento cuando supone un *esfuerzo*, con lo que parece claro que *afrontamiento no es todo lo que hace un individuo para resolver un problema*; c) no se identifica con el resultado que de él se derive; d) no se puede identificar con el dominio del entorno.

2.1. Funciones del Afrontamiento

El afrontamiento, además de considerarse con un efecto restaurador también puede plantearse desde un punto de vista preventivo o intermediario o con un efecto de restablecimiento en el ajuste psicosocial.

El aspecto *preventivo* afecta al impacto emocional sufrido. La negación inicial de un diagnóstico temido o desfavorable aporta un poco de paz mental. En el presente inmediato un paciente represivo no tendrá que afrontar las emociones displacenteras. Otros pacientes buscarán apoyo social y atención, obteniendo de esta manera información adecuada que le permitirá valorar los riesgos posibles.

El aspecto de *intermediario (buffering)* es probablemente el más importante. Pese a que el impacto del estresor se encuentra presente en el inicio su influencia posterior se encuentra compensada. Nuevamente la búsqueda de atención (ej. por el otro miembro de la pareja) reducirá la amenaza de un futuro incierto; la capacidad para distraer la atención de los efectos asociados al tratamiento físico aportará un alivio considerable, permitiendo retomar el control de la situación abordándola desde un punto de vista racional.

El afrontamiento también resulta importante en cuanto a la *obtención del equilibrio*. Desde un punto de vista a largo plazo el *afrontamiento* permite al individuo recuperar lo perdido, bien sea intrapsíquico, de relaciones sociales o de obligaciones del entorno familiar o próximo (Soriano J., 2002).

2.2. Tipos de Afrontamiento

El afrontamiento se puede llevar a cabo por medio de dos tipos: uno denominado afrontamiento activo, y otro denominado afrontamiento pasivo (Carver, 1989).

Afrontamiento activo: se refiere a aquellos esfuerzos realizados para hacer frente al problema de forma directa, y comprende actividades dirigidas a la modificación o minimización del impacto de la situación crítica, a la regulación de la emoción y a la interpretación positiva o búsqueda de un significado del suceso, a fin de valorarlo de tal manera que resulte menos desagradable, estas favorecen la regulación emocional, la resolución de problemas, el autoestima, la integración social, el conocimiento, la construcción de sentido y desarrollo personal y son un indicador del grado de resiliencia que tendrá la familia ante la enfermedad. La resiliencia favorece algunos factores en la familia tales como la rápida movilización y reorganización de la familia; el apoyo del equipo de cuidados sanitarios, de la familia extensa y de la comunidad; y los cambios de valores de la familia.

Afrontamiento pasivo: se refiere a las formas de evitación o escape ante la situación que se está presentando e implica falta de compromiso con la situación problemática (Buckman Gongora J., 2004).

2.3. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

2.3.1. Según Folkman y Lazarus.

Lazarus y Folkman (1984) propusieron ocho estrategias de afrontamiento; las tres primeras estrategias estarían *centradas en el problema* (en tanto resultan más instrumentales ya que modifican el problema haciéndolo menos estresante); las cinco siguientes están *centradas en la emoción* (ya que apuntan a la regulación de la emoción), algunas estrategias son más estables a través de diversas situaciones estresantes, mientras que otras se hallan más asociadas a contextos situacionales particulares. Por

ejemplo, *pensar positivamente* es relativamente estable y depende sustancialmente de la personalidad; en cambio, la búsqueda de soporte social es inestable y depende principalmente del contexto social.

Estrategias centradas en el problema

- *Confrontación*: acciones directas para alterar la situación.
- *Búsqueda de Apoyo social*: acciones para buscar consejo, información o simpatía o comprensión.
- *Búsqueda de Soluciones*: acciones orientadas a buscar las posibles alternativas de solución.

Estrategias centradas en la emoción

- *Autocontrol*: esfuerzo para regular los sentimientos y acciones.
- *Distanciamiento*: esfuerzos para separarse de la situación
- *Revaluación Positiva*: esfuerzos para crear un significado positivo centrándose.
- *Autoinculpación*: verse como responsable de los problemas por medio de autorreproches o autocastigos.
- *Escape*: evitación de la situación de Estrés (Paris L., O. Alicia, 2009).

2.3.2. Según Mc Cubbin.

Mc Cubbin señala la importancia de entender al afrontamiento tanto como un proceso, como una estrategia, tomando en cuenta que el afrontamiento constituye un proceso que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes; sin embargo, no

siempre la puesta en marcha de este proceso garantiza su éxito. Si al hacerlo el individuo tiene éxito para solucionar el evento presente, repetirá el mismo ante situaciones similares; en caso contrario buscará otro recurso.

- *Ventilando sentimientos*: es la expresión de tensiones y frustraciones.
- *Buscando Diversiones*: escapar de las fuentes de tensión mirando películas o jugando videojuegos.
- *Desarrollando la autoconfianza y optimismo*: los esfuerzos por ser más organizados, asumiendo la situación.
- *Búsqueda de apoyo social*: focalizado en conectarse con otras personas a través de la expresión de afectos y resolución mutua de problemas.
- *Resolviendo los problemas familiares*: hablando con los padres, o buscando entrar razón con ellos.
- *Evitando problemas*: usando sustancias como un camino de escape para no enfrentar las dificultades personales
- *Búsqueda de apoyo espiritual*: asistiendo a la iglesia, orando.
- *Involucrarse con amigos íntimos*: teniendo amigos(as) con quien compartir.
- *Búsqueda de ayuda profesional*: acudiendo a un consejero o un profesor.
- *Integrándose a actividades*: trabajando en proyectos, proponiéndose metas u objetivos.
- *Teniendo buen humor*: buscando el sentido del humor y siendo divertido.
- *Relajación*: orientado a aliviar las tensiones (Oblitas L., Guadalupe, 2009).

3. AFRONTAMIENTO FAMILIAR

El afrontamiento familiar se expresa como la capacidad de la familia para movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios, implica esfuerzos comportamentales y/o cognitivos orientados a manejar la situación estresante o la tensión generada en el sistema (Carr A. ,2007).

El afrontamiento se presenta como un esfuerzo por comprender los eventos que los afecta y tomar así algún tipo de acción sobre este. Se parte de la idea de que los procesos de interacción están determinados por los roles que cada miembro representa y las expectativas mutuas entre ellos (Mora Della, M., 2006).

El afrontamiento familiar es visto como algo más que las respuestas familiares a un estresor. Más bien se ve como un grupo de interacciones dentro de la familia y transacciones entre la familia y la comunidad. El afrontamiento cambia a lo largo del tiempo y varía como resultado del estresor, la severidad del estresor, el alcance de la acumulación de otras demandas, la cantidad de perturbación en el sistema familiar, y la disponibilidad y uso de los recursos intrafamiliares y comunitarios

3.1. Dimensiones del Afrontamiento Familiar

A nivel familiar, las estrategias de afrontamiento tienen en cuenta dos dimensiones: la primera hace referencia a la realidad subjetiva de la familia considerado como una

entidad en sí misma; y la segunda se refiere a la naturaleza de interacción del afrontamiento en la familia.

Galindo y Milena señalan que la familia debe ser considerada como un grupo complejo que elabora su propia lectura de la realidad, es decir que la familia conforma una institución donde existen unas leyes y normas que rigen su funcionamiento. En este sentido, los miembros pertenecientes deben asumir un rol y una posición dentro del sistema familiar y cada miembro tiene una posición, que influenciará el papel que los otros miembros desempeñen dentro del sistema (Amarís, Paternina & Vargas, 2004).

De igual manera, el afrontamiento familiar es una respuesta grupal coordinada por las normas y reglas del sistema, asumiendo a partir de ellas que algunas estrategias específicas pueden ser más importantes que otras, especialmente sobre ciertos momentos del ciclo vital familiar y determinantes específicos (Galindo & Milena, 2003).

Las familias, con sus estrategias de afrontamiento, regulan su funcionamiento. En este sentido, las estrategias de afrontamiento familiar pueden potencialmente fortalecer y mantener los recursos de la familia con el fin de protegerla de las demandas de las situaciones estresantes y garantizar un manejo adecuado de su dinámica, manifestado en la comunicación, los vínculos, la promoción de una autoestima positiva en sus miembros, etc.

Las estrategias de afrontamiento se constituyen en variables mediadoras de la cohesión y la adaptabilidad de la familia (Louro, 2005).

3.2.- Clasificación de las Estrategias

McCubbin, Olson y Larsen (1981), a partir de sus investigaciones sobre las estrategias conceptuales y de resolución de problemas utilizadas por las familias de situaciones de crisis, proponen los siguientes tipos de estrategias:

Reestructuración: Capacidad de la familia para redefinir los eventos estresantes para hacerlos más manejables.

Evaluación pasiva: Capacidad familiar para aceptar asuntos problemáticos, minimizando su reactividad.

Atención de apoyo social: Capacidad de la familia para ocuparse activamente en la obtención de apoyo por parte de parientes, amigos, vecinos y familia extensa.

Búsqueda de apoyo espiritual: Habilidad familiar para obtener apoyo espiritual.

Movilización familiar: La habilidad familiar para buscar recursos en la comunidad y aceptar ayuda de otros.

Hernández (1991), en su investigación sobre el estrés en la familia colombiana, aporta a la clasificación reconociendo la utilización de estrategias internas y externas frente al evento estresor. Las estrategias internas de afrontamiento son aquellas que practican la familia con sus propios recursos, es decir, la reestructuración y la evaluación pasiva. Las estrategias externas hacen referencia a estrategias practicadas con el apoyo de recursos

provenientes de fuentes ajenas a la familia, estas son: obtención de apoyo social, búsqueda de apoyo espiritual, movilización familiar (Zurriaga J., R. & González, 2002).

4.- INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

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

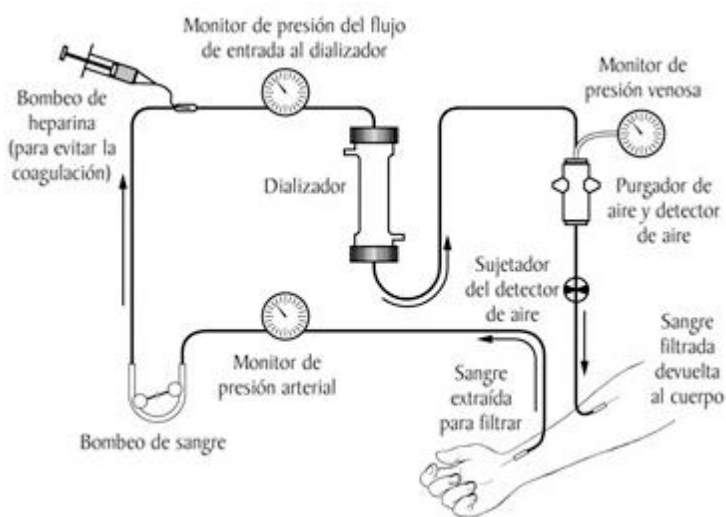
La insuficiencia renal crónica (IRC) se define como la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtración glomerular expresada por una reducción del aclaramiento de creatinina estimado $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$; o por la presencia de daño renal persistente durante al menos 3 meses, con la pérdida para llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrino-metabólicas (Tenorio C, Galeano N, Rodríguez L., 2010).

4.1. Terapia de Reemplazo Renal

Las opciones de TRR para los pacientes en IRCT son el trasplante renal, la hemodiálisis y la diálisis peritoneal con sus diferentes modalidades. El objetivo de la terapia dialítica es la extracción de moléculas de bajo y alto peso molecular y exceso de líquido de la sangre que normalmente se eliminarían por vía renal y la regulación del medio intra y extracelular.

4.1.1. Hemodiálisis

Es el proceso de purificación de toxinas presentes en la sangre a través de un dispositivo llamado filtro, consiste en utilizar un circuito extracorpóreo para eliminar sustancias tóxicas y exceso de líquido. Los tres componentes principales de la diálisis son: el dializador, el sistema de transporte y la composición del líquido de diálisis. La sangre se pone en contacto con el líquido de diálisis a través de una membrana semipermeable. El movimiento de sustancias y agua ocurre por procesos de difusión, convección y ultrafiltración (Fauci, 2001).

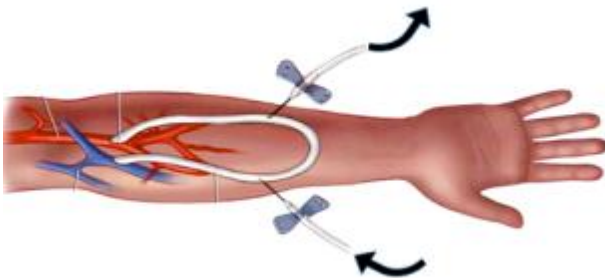


4.1.1.1. Tipos de Acceso

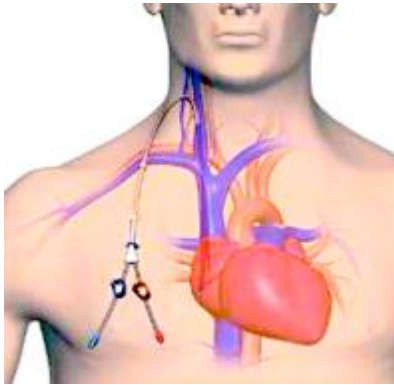
La hemodiálisis requiere establecer de manera temprana un acceso vascular que permita la entrada y salida de sangre. Existen diferentes tipos de acceso: la fístula arteriovenosa (FAV), el injerto y el catéter central. La FAV es una anastomosis que se realiza entre una arteria y una vena. Las más utilizadas son las fístulas radiocefálica, braquiocefálica y braquiobasílica.



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



Cuando se requiere de hemodiálisis con urgencia, cuando ocurrió fracaso del primer acceso o cuando hubo remisión tardía del paciente al nefrólogo se utiliza el catéter venoso central, que no es el más adecuado por su alto índice de complicaciones, siendo la bacteriemia la más importante.



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

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

4.1.1.1.1. Complicaciones:

La hipotensión es la complicación más frecuente de diálisis, presentándose en un 20 a 50% de las sesiones de diálisis. La hipotensión intradialítica se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad. Los calambres musculares son la segunda complicación más frecuente, ocurre en 20% de las sesiones y se asocia a tasas altas de ultrafiltración.

4.1.1.1.1. Síndrome de Desequilibrio Dialítico

A la constelación de síntomas sistémicos y neurológicos se les refiere como síndrome de desequilibrio dialítico. Este síndrome incluye síntomas no específicos como náusea, vómito, cefalea, fatiga, inquietud e incluso convulsiones, coma y arritmias. El riesgo de muerte durante una sesión de hemodiálisis es de 1 en 75,000.

4.1.2. Diálisis Peritoneal:

Es la utilización de una membrana que se encuentra en el abdomen del propio paciente, conocida como membrana peritoneal para extraer toxinas de la sangre, esta bolsa que contiene el líquido de diálisis, conectada a un catéter a través del cual se introduce el líquido a la cavidad abdominal.

Dentro del abdomen se lleva a cabo la diálisis en la membrana peritoneal y posteriormente el líquido con los desechos drena a una bolsa de salida. El peritoneo es la membrana serosa más grande del cuerpo, con un área de 1 a 2 m² en los adultos y está abundantemente vascularizado.

La difusión de solutos mediada por las fuerzas oncóticas y líquido a través del peritoneo ocurre mediante un sistema de poros en los capilares peritoneales, los cuales proporcionan un área de intercambio extensa. Con el tiempo, el transporte peritoneal se altera en el paciente en diálisis peritoneal, debido a diversos factores.

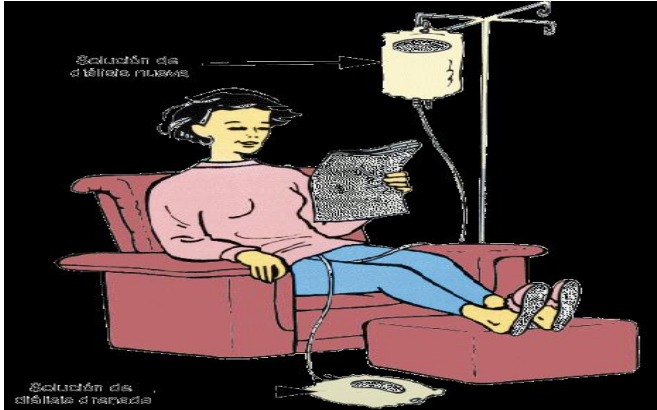
La diálisis peritoneal en los pacientes con IRC es un proceso crónico por lo que se utiliza un catéter flexible de silicón que se coloca en un túnel subcutáneo en la pared abdominal de modo que estimula el crecimiento de células a su alrededor que forman una barrera contra la infección. Existen diferentes variedades de catéteres, sin embargo todos ellos tienen una vida media del 85 al 90% al año y una tasa similar de complicaciones (Sellares Victor Lorenzo, 2002).

4.1.2.1. Tipos de Diálisis peritoneal

Existen diferentes modalidades de diálisis peritoneal, siendo la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y la diálisis peritoneal automatizada o ciclada (DPA) las mayormente utilizadas.

La DPCA es muy popular debido a que es un procedimiento sencillo que el paciente puede realizar fácilmente en su domicilio con un entrenamiento adecuado. Por lo general se realizan tres o cuatro recambios de 1.5 a 2.5 L al día, con una duración de 4 a 6 horas durante el día y 8 a 9 horas durante la noche.

Los pacientes en DPA tienen de 3 a 7 ciclos de 1.5 a 2.5 L durante un periodo de 9 horas en la noche. La situación socioeconómica del paciente y su capacidad de realizar el procedimiento son factores muy importantes al momento de prescribir la diálisis peritoneal.



Una vez que se ha logrado un nivel de depuración mínimo suficiente para preservar la vida y evitar las complicaciones agudas de la uremia, no se logra un beneficio adicional para el paciente incrementando la intensidad de la diálisis, sino al contrario, puede generar efectos negativos por sobreexposición a glucosa y costos excesivos.

La depuración en el paciente en diálisis peritoneal es una suma del efecto de la diálisis y su función renal residual. La depuración se mide mediante el índice de depuración fraccional de urea (Kt/V) y la depuración de creatinina ajustada por superficie corporal ($CrCl$). El estudio ADEMEX y otros estudios demostraron que los regímenes de diálisis peritoneal más intensivos. Finalmente, la intensidad del régimen prescrito debe individualizarse de acuerdo al estado clínico del paciente.

La función renal residual se preserva mejor con la diálisis peritoneal que con la hemodiálisis, debido a una mejor estabilidad hemodinámica y a que no es necesaria la exposición a una membrana extracorpórea, entre otros factores. La función renal residual juega un papel muy importante en la evolución de los pacientes en diálisis peritoneal

(Wang AY, 2006), siendo un predictor de la mortalidad según lo demostrado en estudios de cohorte (Canadá-USA (CANUSA) Peritoneal Dialysis Study Group, 1996). Una vez que se pierde la función renal residual, la hipertensión arterial se vuelve más difícil de controlar. La disminución de la función renal residual contribuye significativamente a la anemia, inflamación y malnutrición en pacientes en diálisis (Wang AY, L. K., 2006).

4.1.2.1.1. Complicaciones

Las principales complicaciones relacionadas al catéter son la infección del túnel y del sitio de salida, las fugas y disfunción del catéter. Un metanálisis reportó que no existe diferencia entre episodios de peritonitis, infección del túnel, necesidad de cambiar el catéter y mortalidad por cualquier causa entre los diferentes tipos de catéteres.

Las soluciones de diálisis tradicionalmente contienen glucosa como agente osmótico y se encuentran disponibles en varias concentraciones de acuerdo al grado de ultrafiltración que requiera el paciente. Recientemente, la glucosa está siendo sustituida por otros agentes osmóticos debido a la evidencia de que las soluciones glucosadas causan un daño acelerado de la membrana peritoneal.

Además existe la preocupación de efectos adversos potenciales causados por la absorción constante de glucosa, como hiperglucemia, hiperinsulinemia y obesidad, que son factores de riesgo cardiovascular en una población que por sí misma tiene un riesgo aumentado de enfermedad cardíaca.

Existen soluciones que contienen bicarbonato, que han mostrado disminuir el dolor abdominal asociado a la infusión de la solución, aunque no hay datos convincentes de su superioridad en la supervivencia del paciente (Strippoli GF, 2004).

4.1.3. Trasplante Renal

El trasplante renal consiste en colocar el riñón de otra persona en el cuerpo de un paciente mediante cirugía. El injerto es colocado en el interior de la parte baja del abdomen y generalmente se conectan la arteria y vena renal del injerto a la arteria iliaca externa y la vena iliaca del paciente. La sangre del paciente fluye a través del riñón trasplantado y el riñón donado comienza a producir orina y a realizar sus funciones. El trasplante renal es la única modalidad de TRR que realmente previene el desarrollo de uremia (Tanagho, Emil A. ,2009).

4.1.3.1. Candidatos a Trasplante Renal

No todos los pacientes con IRC son candidatos a trasplante renal por lo que su evaluación adecuada minimiza la morbilidad y mortalidad, al igual que mejora la calidad de vida. Hay varias circunstancias que se consideran contraindicaciones para el trasplante renal, en general se acepta que los pacientes cuya esperanza de vida es menor a 2 años no son candidatos a trasplante renal.

Otras contraindicaciones son 1) enfermedades sistémicas incorregibles con corta esperanza de vida, 2) falla renal reversible, 3) historia reciente de cáncer o malignidad

intratable, 4) enfermedad psiquiátrica grave y abuso de sustancias, 5) falta de apego al tratamiento, 6) infección crónica o activa, 7) oxalosis Primaria y 8) potencial de rehabilitación limitado (Bunnapradist S). La enfermedad cardiovascular no controlada también es un impedimento.

La edad no es una contraindicación absoluta para un trasplante (García M, 2006), sin embargo, se debe considerar la condición general de los pacientes así como sus enfermedades para estimar su probable sobrevida. Es necesaria una historia clínica y exploración física detallada por un equipo multidisciplinario así como los estudios de gabinete y laboratorio incluyendo inmunotipificación de HLA, biometría hemática, química sanguínea, tiempos de coagulación, EGO, perfil viral, hemocultivos, electrocardiograma, ecocardiograma, radiografía de tórax y en pacientes mayores de 50 años colonoscopia.

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

5. AFRONTAMIENTO FAMILIAR Y ENFERMEDAD CRONICA

Según Stefani, Seidmann, Pano, Acrich, y Bail (2003) el comienzo de una enfermedad crónica en un miembro de la familia cuestiona la capacidad de afrontamiento de

problemas de toda la familia, la que deberá recurrir a estrategias o crear nuevas maneras de hacer frente a la adversidad. En las situaciones de crisis, todos son más vulnerables a las provocaciones y, por lo tanto, los vínculos son más frágiles dentro de una familia. Es en estos momentos cuando se necesitan actitudes y capacidades relacionadas con la función de sostén de los vínculos. Quienes transmiten que pueden pelearse y enojarse pero que eso no implica la ruptura de lazos de pertenencia y acceso, están demostrando esa capacidad de sostén de las relaciones que los más perturbados pueden no estar momentáneamente cuidando. (Melillo y Suárez, 2005)

Cuidar a un familiar enfermo en algunos casos es una situación estresante, ya que se deben afrontar necesidades crecientes del miembro dependiente, es necesario sobrellevar conductas disruptivas, encarar situaciones de restricción de la libertad y la pérdida de un estilo de vida anterior.

Stefani, Seidmann, Pano, Acrich, y Bail (2003) nos hablan que la familia debe enfrentar nuevas tareas relacionadas con la enfermedad, tales como la incapacidad y el dolor y los tratamientos especiales. Por otro lado, también incumben tareas relacionadas con las demandas del ciclo vital interrumpidas por la situación de crisis que se experimenta, lo que hace que surjan sentimientos perturbadores que afectan a todos los miembros y que hace peligrar una autoimagen satisfactoria y el sostén del guión y de la identidad familiar. Frente a esta situación disruptiva emergen sentimientos de soledad, desagradables, penosos e involuntarios, frente a un problema experimentado como desprotección, como pérdida de la situación de apego seguro (Melillo, A., y Suárez, E., 2005).

Como fuentes de apoyo para poder enfrentar la insuficiencia renal crónica en uno de sus familiares, es fundamental, ya que se manifiesta un notable aumento de tareas de cuidado y apoyo en las tareas domésticas de una familia frente a un paciente en diálisis.

Los servicios sanitarios y sociales como sistemas formales, participan de manera minoritaria en el cuidado continuado de las personas dependientes que viven en la comunidad, constituyendo el cuidado informal un verdadero sistema invisible de atención a la salud. Los estudios realizados en nuestro país confirman que la familia es el principal prestador de atención a la salud en nuestro medio y constituye la única fuente de provisión de cuidados para una gran mayoría de personas que lo necesitan.

Los cuidados informales frecuentemente son realizados por una única persona que se define como “la cuidadora principal” y este papel es asumido en su mayor parte por las mujeres porque en general el cuidado se basa en relaciones afectivas y de parentesco y pertenecen al terreno de lo privado; se trata de “asuntos de familia”, en los que el resto de la sociedad no se implica. Se desarrolla en el ámbito doméstico, y, como tal, queda oculto a en el área pública (Louro, 2005).

6. METODOLOGÍA

• TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de Tipo Descriptivo que consiste en evaluar ciertas características de una situación particular en uno o más puntos del tiempo, donde se analizaran los datos reunidos para la comparación e interpretación; de tipo Cuanti-cualitativo por medio de Test Psicológicos y Encuesta; a través de su calificación, puntuación numérica y análisis respectivo para la exposición de los datos resultado del cálculo debido a que el estudio amerita el registro y la comparación de datos observados y es de corte transversal ya que el estudio se circunscribe a un segmento de tiempo a fin de medir o caracterizar la situación.

• AREA DE ESTUDIO

Centro de Diálisis Cornelio Samaniego Cía. Lda. de la ciudad de Loja.

• UNIVERSO

Cincuenta familias de Pacientes que asisten al Centro de Diálisis Cornelio Samaniego Cía. Lda. de la ciudad de Loja.

• MUESTRA

Treinta y cuatro familias de Pacientes que asisten al Centro de Diálisis Cornelio Samaniego Cía. Lda. de la ciudad de Loja y que cumplen los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Familia de Pacientes que asistan al Centro de Diálisis Cornelio Samaniego.
- Familia que vive con el paciente.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Familia que no viva con el paciente.
- Pacientes que vivan solos
- Familiares que presenten algún tipo de trastorno mental que comprometa sus funciones psíquicas.
- Familiares menores de edad.

7. TECNICAS E INSTRUMENTOS

TEST PSICOLOGICO

Herramientas del trabajo intelectual, que nos permitirán obtener, organizar, correlacionar, cuantificar (cantidad) y cualificar (calidad) los datos que se lograra obtener de la realidad. Para la recolección de datos e información se hará uso de la Escala de afrontamiento Brief COPE.

Escala de Afrontamiento Brief COPE

Es un inventario multidimensional desarrollado para evaluar el tipo de afrontamiento que una persona lleva a cabo ante situaciones de estrés, de tal manera que puede tratarse de afrontamiento activo o afrontamiento pasivo.

La escala de afrontamiento Brief Cope fue adaptada y validada en la población española por Crespo y Cruzado; y es la versión abreviada de la Escala Multidimensional de Evaluación de Estilos de Afrontamiento (COPE) de Carver.

Este instrumento posee propiedades psicométricas satisfactorias, todas las escalas han demostrado buenos indicios de consistencias interna (Coeficiente *Alfa de Cronbach* entre 0.60 y 0.90, y 0.50 solo en una escala), validez concurrente y confiabilidad *test-retest* (Carver, 1997), y cuenta con amplia validación en numerosos estudios (Meyer, 2001; Peresek, Carver, Price, & Pozo-Kaderman, 2000; Urcuyo, Boyers, Carver, & Antoni, 2005; etc.). Además ha sido utilizado en países como Francia, para determinar el tipo de afrontamiento utilizado por estudiantes universitarios en situaciones estresantes en los últimos dos meses del año escolar; en Estados Unidos, en una comunidad afectada por un desastre natural (huracán Andrew), y en Argentina, para evaluar el afrontamiento activo y la adaptación al envejecimiento en la mujer. En estos estudios el cuestionario mostró un alfa Conbrach entre 0.60 y 0.90. La estructura

factorial del cuestionario es consistente a su versión original completa (Carver et. al., 1989).

Esta versión consta de 28 ítems que se agrupan por pares en 14 estrategias reunidas en dos escalas según análisis factorial: 1) afrontamiento activo o enfocado al problema, el que lo conforman las estrategias de afrontamiento siguientes: afrontamiento activo, búsqueda de apoyo instrumental, reinterpretación positiva, planificación, aceptación, apoyo emocional, humor; 2) afrontamiento pasivo o enfocado a la emoción conformado por las siguientes estrategias de afrontamiento: renuncia, descarga emocional, autodistracción, religión, negación, uso de sustancias y, una última escala autocrítica.

***Estrategias de afrontamiento e ítems según tipo de afrontamiento del instrumento
Escala de Afrontamiento Brief COPE***

Afrontamiento activo	Ítems	Afrontamiento pasivo	Ítems
Activo	2-10	Renuncia	11-25
Planificación	6-26	Autodistracción	4-22
Reformulación positiva	14-18	Negación	5-13
Humor	7-19	Religión	16-20
Aceptación	3-21	Uso de sustancias	15-24
Apoyo emocional	9-17	Autoculpa	8-27
Apoyo instrumental o social	1-28	Descarga emocional	12-23

- 1. Afrontamiento activo:** Iniciar acciones directas, incrementar los propios esfuerzos, eliminar o reducir al estresor.
- 2. Planificación:** Pensar acerca de cómo enfrentar al estresor. Planear estrategias de acción, los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos a realizar.
- 3. Apoyo instrumental o social:** Procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que debe hacer.

4. **Apoyo emocional:** conseguir la simpatía y comprensión de los demás.
5. **Auto-distracción:** Concentrarse en otros proyectos, intentando distraerse con otras actividades, para tratar de no concentrarse en el estresor.
6. **Descarga emocional o desahogo:** Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
7. **Renuncia o desconexión:** Reducir los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere al estresor.
8. **Reinterpretación positiva o reformulación positiva:** Buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación.
9. **Negación:** Negar la realidad del suceso estresante.
10. **Aceptación:** Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real.
11. **Religión:** La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas.
12. **Uso de sustancias:** significa ingerir alcohol u otras sustancias con el fin de sentirse bien o para ayudarse a soportar el estresor.
13. **Humor:** Hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de la misma.
14. **Auto-inculpación:** criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.

El afrontamiento es evaluado en relación a las estrategias que los participantes usan para responder a una situación en una escala ordinal tipo Likert de cuatro alternativas de respuesta (de 0 a 3), en las que 0 es “no, en absoluto” y 3 es “mucho”, con puntuaciones intermedias 1 “un poco” y 2 es “bastante”.

PROCEDIMIENTO

El siguiente trabajo investigativo se halla estructurado de la siguiente manera:

- a) inicialmente se solicita al familiar del paciente su colaboración y se le asigna una fecha de aplicación de los reactivos.

- b) Luego se aplicará la *Escala de Afrontamiento Brief COPE*, y se procede a calificar e identificar los tipos y estilos de afrontamiento más usados por las familias de pacientes con insuficiencia renal.
- c) Inmediatamente se aplica una entrevista semiestructurada al personal médico, para contrarrestar los resultados del tipo de Afrontamiento y su Tipo de Influencia.
- d) Después se elaborarán tablas estadísticas con sus respectivas gráficas y pertinente análisis, para cada una de las variables, las cuales serán debidamente realizadas en el formato del programa Microsoft Excel. De esta forma podrá establecerse conclusiones y recomendaciones.

8. CRONOGRAMA

<div style="text-align: center;"> Período Actividad </div>	AÑO																											
	2014								2015																			
	NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Visita a la asociación	X	X																										
Fuentes de consulta y construcción del tema			X	X	X																							
Desarrollo y elaboración del proyecto de tesis						X	X	X	X	X																		
Selección de técnicas e instrumentos											X	X																
Presentación para pertinencia													X	X	X	X												
Investigación de campo y aplicación de técnicas e instrumentos																	X	X	X	X	X							
Tabulación e interpretación de resultados																						X	X					
Elaboración del informe final																								X	X			
Presentación de borrador de tesis para aprobación																									X			
Disertación pública																										X		
Titulación																											X	

9. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RECURSOS HUMANOS: Director de tesis, Investigador, Familia de Pacientes que asisten al Centro de Diálisis Cornelio Samaniego Cía. Ltda.

RECURSOS MATERIALES: Materiales de escritorio, Esferos, Borradores, Lápices, Papel bon, Tablero, Materiales multimedia, Dispositivo USB, Cd, Internet, Computadora, Material bibliográfico, Libros, Folletos, Revistas, Monografías.

PRESUPUESTO:

Material bibliográfico	\$ 500
Materiales de escritorio	\$ 300
Materiales multimedia	\$ 300
Movilización	\$ 180
Total	\$ 1280

10. BIBLIOGRAFÍA:

1. Revista Cubana de Salud Pública, Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal, Rev. Cubana Salud Pública vol.40 no.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2014, versión ISSN 0864-3466
2. Santacruz Cristóbal, Santacruz Juan, Santacruz Gabriela, Jarrín Maribel, Reporte 2013. SOCIEDAD ECUATORIANA DE NEFROLOGIA, *Valor estimado de nefrólogos, unidades de diálisis y pacientes con ERCE5 en el Ecuador*, Recolección de datos, MEDASERIN CIA.LTDA. DATOS ESTADISTICOS **mayo 16, 2014.**
3. Diario el PP El verdadero, Tomada de la edición impresa del Jueves, 13 Marzo 2014. Consultada 08 de Enero del 2015.15:00
4. REDATAN, INEC (2011) *Estadísticas vitales: Egresos Hospitalarios*. Consultada 03 de Enero 2015. 10:00
5. Manrique, Carmen Solis, Antony V. (2006). Revista de Psiquiatría y Salud Mental; *Estilos y Estrategias de Afrontamiento en Adolescentes*, Vol. VII. Pág. 33
6. José Soriano (2002). BOLETÍN DE PSICOLOGÍA, *Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento*, No. 75, Pág. 54
7. Buckman Gongora, J. (2004). *Enfermedad y familia* . España: Paidós Ibérica.
8. Laura Paris y Alicia O. (2009). Psicología y Salud, *Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar*. Vol. 19. Pág.: 168-169
9. Luis a. Oblitas Guadalupe. (2009). *Psicología de la Salud y Calidad de vida*, Estrategias de Afrontamiento. Tercera Edición, Ediciones Costegraf, Pág. 225

10. Ramos, V., Martínez, A. y Oblitas (2009). *Psicológica Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física*. Piqueras, L.A. Pág.: 85-112.
11. Amarís M., Amar J. Jiménez, (2007). *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud*. Pág. 141
12. Burín Maber y Meler Irene (2004). *Género y Familia*. Imprenta Paidós. Pág. 31-70.
13. Buen Día, José (2006). *Familia y psicología de la Salud*, Madrid. 1ra Edición, Pirámide. Pág.: 123-130
14. Louro. (2005). *Modelo de la salud del grupo familiar*. Pirámide. Vol. 2 Pág. 45-51
15. Carr, A. (2007). *Psicología positiva*. Barcelona, Paidós, 12 Edición Pag.234-233
16. Della Mora, M. (2006). *Revista Iberoamericana de Educación*, Estrategias de afrontamiento en adolescentes, 3edicion, Pag: 1681
17. Zurriaga J., R. & González (2002). *Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo Peiro, Análisis y diagnóstico de las situaciones y experiencias de estrés colectivo en las unidades de trabajo y en las organizaciones de servicios sociales*, Vol. 2. Pág.: 11-20
18. Am J Kidney Dis (2002). *Kidney Disease Outcome Quality Initiative K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification*. Pág.39
19. Tenorio C, Galeano N, Rodríguez L. (2010). *NefroPlus, Diagnóstico diferencial de la insuficiencia renal aguda*; Vol. 3. Pag: 16-32.
20. K. D. Fauci (2001). *Harrison Principios de la Medicina Interna*. Edición McGraw-Hill. Pág. 1551-1562.
21. Sellares Victor Lorenzo (2002). *Manual de Nefrología*. España 2da Edición, Harcourt Brace International. Pág. 54-60

22. Wang AY, L. K. (2006). *Kidney Int*, The importance of residual renal function in dialysis patients. Pág. 1726-1732.
23. Strippoli GF, T. A. (2004). *Nefrologia*. Pág. 2735-2746.
24. Tanagho, Emil A. (2009). *Urología General de Smit*. Editorial México, 14va Edición. Pág. 223
25. García M, O. F. (2006). *Nefrología, Valoración y seguimiento de inclusión en lista de espera para trasplante renal*. 26va Edición, Pág. 60-61.
26. Stefani, D., Seidmann, S., Pano, C., Acrich, L. y Bail, V. (2003). *Revista Latinoamericana de Psicología*, Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: sentimiento de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento. Colombia: Redaly. Vol. 35. Pág. 231-240
27. Melillo, A., y Suárez, E. (2005). *Resiliencia; Descubriendo las propias Fortalezas*. Buenos Aires: Paidós SAICF. Pág. 132

Documentos electrónicos:

- Organización Mundial de la salud, 2013. www.who.int
- <https://www.desarrollosocial.gob.ec/ministra-vaca-jones-asiste-a-ecuador-dona-vida-y-felicita-logros-en-trasplante-de-organos/>
- <http://www.ppelverdadero.com.ec/pp-saludable/item/el-dano-del-rinon-esta-relacionado-a-la-diabetes-e-hipertension-arterial.html>