



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**Facultad de Psicología**  
**Carrera de Psicología Clínica**

**“Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis”**

Trabajo de titulación previo a la  
obtención del título de Psicóloga  
Clínica

Autoras:

Erika Daniela Piedra Andrade

CI: 0104635859

Andrea Paola Quevedo Chicay

CI: 0302635222

Director

Mgt. Felipe Edmundo Webster Cordero

CI: 0102605656

Cuenca – Ecuador

22/07/2019



## RESUMEN

Las personas con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis se enfrentan a varios cambios y restricciones en las diferentes áreas de su vida, ya que tanto esta enfermedad como su tratamiento implican un deterioro en sus actividades cotidianas afectando su percepción de calidad de vida. El presente estudio tiene como objetivo determinar el nivel de calidad de vida en los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis. Los participantes fueron 61 pacientes, entre 27 y 85 años de la Clínica del Riñón Contigo Da Vida en la ciudad de Cuenca-Ecuador. Para la recolección de datos se utilizó una ficha sociodemográfica y la versión española del Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF. El proceso metodológico siguió un enfoque cuantitativo, con un diseño de tipo no experimental, de alcance descriptivo. Para el análisis de datos se emplearon medidas de tendencia central y dispersión. Los resultados indican que la calidad de vida de esta población tiene una tendencia positiva, siendo el dominio ambiental el mejor valorado y el dominio psicológico percibido como más deteriorado.

**Palabras clave:** Calidad de vida. Enfermedad renal crónica. Hemodiálisis.



## ABSTRACT

People with chronic kidney disease under treatment with hemodialysis face various changes and restrictions in different areas of their lives, since both this disease and its treatment imply a deterioration in their daily activities affecting their perception of quality of life. The objective of this research is to determine the level of quality of life of patients with chronic kidney disease under treatment with hemodialysis. Participants were 61 patients between 27 and 85 years old of the clinic “Clínica del Riñón Contigo Da Vida” from the city of Cuenca, Ecuador. A socio demographic record and the Spanish version of WHOQOL-BREF Quality of Life Questionnaire were used to collect data. The methodological process followed a quantitative approach, with a non-experimental design of descriptive scope. For the analysis of data, measures of central tendency and dispersion were used. The results indicate that the quality of life of this population has a positive tendency, being the environmental domain the best valued and the psychological domain perceived as the most deteriorated.

**Keywords:** Quality of life. Chronic kidney disease. Hemodialysis.



## ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	9
PROCESO METODOLÓGICO .....	16
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	20
CONCLUSIONES.....	27
LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.....	28
REFERENCIAS CONSULTADOS.....	29
ANEXOS.....	35

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Percepción general de calidad de vida.....	20
Figura 2. Satisfacción de salud.....	21
Figura 3. Dominios de calidad de vida.....	22

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de los participantes.....	17
Tabla 2. Calidad de vida según sexo y estado civil.....	23
Tabla 3. Calidad de vida según instrucción y etapa etaria.....	24
Tabla 4. Calidad de vida según problemas de salud adicional.....	25
Tabla 5. Calidad de vida general y satisfacción de salud según variables sociodemográficas.....	25



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio  
Institucional

---

Erika Daniela Piedra Andrade, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 22 de julio del 2019

Erika Daniela Piedra Andrade

C.I: 0104635859

---



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio  
Institucional

---

Andrea Paola Quevedo Chicay, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 22 de julio del 2019

Andrea Paola Quevedo Chicay  
C.I: 0302635222



### Cláusula de Propiedad Intelectual

---

Erika Daniela Piedra Andrade, autora del trabajo de titulación “Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 22 de julio del 2019

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Erika Daniela Piedra Andrade", written over a horizontal line.

Erika Daniela Piedra Andrade

C.I: 0104635859



---

Cláusula de Propiedad Intelectual

---

Andrea Paola Quevedo Chicay, autora del trabajo de titulación “Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 22 de julio del 2019

A handwritten signature in blue ink, reading "Andrea Paola Quevedo Chicay", written over a horizontal line.

Andrea Paola Quevedo Chicay  
C.I: 0302635222





## FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Durante los últimos años se ha incrementado el interés por la investigación acerca de la calidad de vida en la población en general, pues actualmente las ciencias de la salud ya no se centran únicamente en los signos y síntomas físicos, sino que su atención también se dirige hacia los múltiples ámbitos de la vida de los pacientes, entendiéndolos desde un marco cada vez más holístico (Avellaneda et al., 2007).

Por lo que se ha hecho necesario instaurar un modelo de comprensión y abordaje biopsicosocial de la enfermedad, que plantee que estos signos y síntomas físicos no se producen aislados, sino que interactúan con factores psicológicos (emocionales, cognitivos y conductuales), biológicos y sociales con el cual se busque promover el bienestar del paciente (Schwartzmann, 2003).

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS], (1979)

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida. Frente a la etiología no hay mayor claridad, existe una serie de factores que en conjunto dan pie a la enfermedad; entre estos factores se encuentran el ambiente, los estilos de vida y hábitos, la herencia, niveles de estrés, calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica (p. 11).

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta, mismas que se han convertido en una problemática de salud pública a nivel mundial, abarcando altas tasas de incapacidad y mortalidad. Son las responsables del 71% de muertes en el mundo, la cifra anual es de 15 millones de personas de entre 30 y 69 años de edad y en los países de bajo y mediano ingreso el índice de muertes por estas enfermedades es del 85% (OMS, 2018).

Las ECNT, pueden presentarse en cualquier población y grupo etario, pero su prevalencia aumenta en los adultos mayores. Entre los factores de riesgo más comunes para que estas enfermedades se desarrollen se encuentran la urbanización rápida y no planificada, el envejecimiento de la población, el acceso limitado a los servicios de salud y los estilos de vida poco saludables tales como: una alimentación inadecuada, inactividad física, exposición al humo del tabaco o el uso nocivo del alcohol; estos estilos de vida se encuentran fuertemente vinculados con la pobreza (OMS, 2018).



En este sentido, Nobel (1991) como se citó en Avellaneda, Izquierdo, Torrent y Ramón (2007) afirma que:

El aumento sostenido de su incidencia y prevalencia desde el pasado siglo, su impacto sobre poblaciones vulnerables y el hecho de que producen una limitación importante en la calidad de vida y el estado funcional de las personas que las padecen, las ha convertido en un verdadero reto desde lo económico, lo político, lo social y lo personal (p. 178).

La mayoría de las ECNT, generan múltiples impactos en los diferentes ámbitos y dimensiones de la vida de las personas que las padecen (Ledón, 2011). En este sentido, Brannon y Feist (2001), alegan que estas enfermedades generan diversas repercusiones tanto a nivel económico, de la autoimagen y en las relaciones que estos pacientes mantienen con su familia y amigos. Resultando importante tener en cuenta el papel que juega el factor humano en el proceso de salud-enfermedad, ya que este va mucho más allá de los marcos institucionales sanitarios y del rol del paciente mismo, tomando en cuenta el papel que cumple la familia para mantener, restaurar u optimizar la salud y el bienestar de sus miembros (Roca, 2008).

Entre una de estas enfermedades se encuentra la Enfermedad Renal Crónica (ERC), misma que se define como:

Una disminución en la función renal, expresada por un filtrado glomerular (FG) o un aclaramiento de creatinina estimado  $< 60 \text{ ml/ min/1,73 m}^2$ , o como la presencia de daño renal en ambos casos de forma persistente durante al menos 3 meses (National Kidney Foundation, 2002, p.43).

De acuerdo a datos obtenidos por la Organización Panamericana de la Salud (2015), esta enfermedad presenta altas tasas de morbimortalidad, afectando al 10% de la población mundial, lo que la convierte en una problemática de salud pública, que ha sido abordada desde diferentes disciplinas debido a su creciente incidencia y prevalencia.

Según la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión, en el 2013, la prevalencia de la ERC en América Latina fue de 650 pacientes por millón de habitantes, con un incremento anual del 10% aproximadamente, y en el Ecuador para el año 2015, la cifra fue de 11.460 personas (Ministerio de Salud Pública, 2015).

La ERC presenta diferentes niveles o estadios; *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group*, (2012), los clasificó de manera tal que en los tres primeros estadios el paciente no requiere de un tratamiento renal sustitutivo, ya que se puede tratar con medicación, dieta adecuada y un estilo de vida saludable; por otro lado, en el estadio



cuatro es posible que se requiera de uno de los tratamientos sustitutivos de la función renal, siendo el mismo obligatorio en el estadio cinco, pues en esta etapa de la enfermedad ya se presenta un fallo renal, que de no ser tratado con cualquiera de los tratamientos sustitutivos existentes el destino de estos pacientes será la muerte.

Lo que se busca con el procedimiento médico es sustituir la función renal y mantener una homeostasis en el paciente, resultando de vital importancia identificar y tratar todos los factores que complican el problema y los que son reversibles para que el tratamiento resulte ser efectivo, por lo tanto, se sugiere considerar e investigar varios factores para dar inicio con la terapia sustitutiva renal. Entre estos factores se encuentran la incapacidad para controlar el estado del volumen o la presión arterial y el deterioro progresivo del estado nutricional o deterioro cognitivo, resultando importante mantener una conducta conservadora frente al inicio de la diálisis, manteniendo un monitoreo estrecho de la presencia de síntomas urémicos, complicaciones y la velocidad de reducción del filtrado glomerular (Aguilar, Barrera, Gómez, González y Méndez, 2014).

En este sentido, existen tres tipos de tratamientos sustitutivos de la función renal: diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal. Siendo de nuestro interés para este estudio los pacientes en tratamiento con hemodiálisis, para lo cual se utiliza una máquina que dializa la sangre, haciendo circular la misma desde una arteria del paciente hacia el filtro de diálisis o dializador en las cuales las sustancias tóxicas de la sangre se difunden en el líquido de diálisis, posteriormente, la sangre libre de toxinas vuelve al organismo a través de una vena canulada, proceso que dura aproximadamente cuatro horas y se suele realizar de dos a tres veces a la semana y por lo general es recomendado en pacientes diabéticos y mayores de 45 años (Pereira-Rodríguez, Boada-Morales, Peñaranda-Florez y Torrado-Navarro, 2017).

Tanto la salud como la enfermedad son procesos que pueden verse afectados directamente por el comportamiento y el estilo de vida que una persona adopte a lo largo de su existencia, así como la manera de afrontar un diagnóstico puede resultar beneficioso o perjudicial para su bienestar físico y mental. Sin embargo, una ECNT siempre va a conllevar implicaciones físicas, psicológicas y sociales complejas, por lo que conforme aumenta su prevalencia, el interés por la Calidad de Vida (CV) de estos pacientes también ha ido en aumento (Vinaccia y Orozco, 2005).

Según la OMS (1994), como se citó en Cardona y Agudelo (2005), la CV se define como “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema



cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones” (p.85).

En este sentido, Kahn y Juster (2002), proponen que la CV posee varios componentes, que son el funcionamiento físico, estatus psicológico, funcionamiento social y sintomatología relacionada con la enfermedad y su funcionamiento. De la misma manera, Vinaccia y Orozco (2005), aluden que la CV engloba un bienestar físico, social, psicológico y espiritual, planteando que por su naturaleza subjetiva la CV se define de mejor manera tal y como las propias personas dicen que esta es.

Por su parte, Schwartzmann (2003), define la CV como un constructo dinámico y cambiante, relacionado con el nivel de bienestar, felicidad y satisfacción percibida por la persona en cuanto a los diferentes aspectos de su vida, la relaciona con factores objetivos (observaciones médicas) y subjetivos (visión del paciente). Para este autor, la CV tiene que ver con la sobrevivencia a través de una capacidad para satisfacer las necesidades, mismas que únicamente pueden ser satisfechas a través de la socialización.

En esta misma línea, Abraham Maslow (1943), como se citó en Mera (2007), con su teoría de las necesidades humanas, nos brinda una explicación de cómo los seres humanos vamos mejorando nuestra calidad de vida a lo largo de nuestra existencia. Esta teoría propone que la calidad de vida se encuentra vinculada directamente con la satisfacción de estas necesidades, principalmente las fisiológicas, mismas que se encuentran ordenadas en una pirámide según su nivel de importancia, de manera tal que a medida que se satisface una de ellas, la siguiente se vuelve dominante.

Por otra parte, Schwartzmann (2003), define a la calidad de vida relacionada con la salud como una valoración subjetiva que realiza un individuo acerca de su estado físico, social y emocional en concordancia con sus creencias, de manera tal que se ve reflejado el nivel de satisfacción general con su vida.

Durante la última década se ha visto un incremento en el interés de estudios relacionados con la calidad de vida en aquellas personas que padecen una enfermedad en especial de carácter crónico, originándose la importancia de abordar los conceptos de calidad de vida y enfermedad, los cuales son relativos, ya que es evidente que existen varios condicionamientos (físicos, psíquicos, sociales, espirituales, culturales, filosóficos, médicos, etc.), que influyen en los mismos e interfieren directamente en la valoración que cada persona hace sobre su calidad de vida, por lo tanto, estos conceptos pertenecen al ámbito de la subjetividad, pero al mismo tiempo se relacionan con la objetividad que cada persona posee (Lugones, 2002).



Kalker y Roser (1987), como se citó en Rodríguez-Marin (1995), definen a la calidad de vida en los pacientes con enfermedades crónicas como “el nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona, aun teniendo en cuenta las afecciones por su enfermedad, tratamiento y efectos colaterales (p. 130)”.

Haes y Van Knippenberg (1985), como se citó en Rodríguez-Marín (1995) proponen “que la calidad de vida en personas con enfermedades crónicas debe ser vista como un constructo multidimensional que incluye: estatus funcional, síntomas relacionados con la enfermedad, funcionamiento psicológico y funcionamiento social” (p. 809).

Al momento que una persona adquiere una enfermedad crónica, la misma va a experimentar cambios significativos y profundos relacionados con la incidencia, permanencia y los efectos propios de la enfermedad. Lo que se demuestra en los resultados de varios estudios que concluyen que una persona que adquiere una enfermedad crónica, experimenta las reacciones emocionales relacionadas con una pérdida, lo que afecta directamente su autonomía y calidad de vida e influye en el curso de la enfermedad, generando un deterioro más acelerado (Oblitas, 2010).

Los pacientes que inician con una terapia de reemplazo como la hemodiálisis, están obligados a seguir un tratamiento estricto que va a modificar su estilo de vida, debido a que el mismo tiene una duración que varía entre tres a cuatro horas y debe realizarse de tres a cuatro veces por semana, dando como resultado una reducción de las actividades sociales, que conlleva frustración, sensaciones de culpabilidad y depresión en los miembros de la familia. La enfermedad renal crónica genera una serie de limitaciones en estos pacientes, siendo su capacidad de trabajo una de las áreas más afectadas, debido a que influye en su realidad socioeconómica, ausencia de soporte social, altos niveles de desocupación y disminución o carencia de ingresos familiares, generándose un deterioro considerable en su calidad de vida a través de aspectos relacionados a su estado nutricional, baja autoestima, depresión, ansiedad, entre otros (Mera, 2007).

Las personas que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis generan una serie de trastornos del sueño, a veces utilizan las tres o cuatros horas que dura el mismo, para dormir, lo que genera alteraciones en su patrón de sueño nocturno y por tanto influye en su descanso. La falta de una higiene adecuada en el sueño, aumenta el riesgo cardiovascular, por lo que la mortalidad también puede aumentar (Pedreira, Vasco, Herrera, Martínez y Junyent, 2018).

La enfermedad renal crónica está asociada frecuentemente con las disfunciones sexuales, lo que hace referencia a la capacidad de tener deseo o mantenerlo, debido a una serie de aspectos:



físicos, psicológicos y orgánicos. Los factores físicos son aquellos que se desarrollan durante la enfermedad, entre ellos, malestar general, vomito, anemia, calambres, pérdida de masa muscular. Entre los factores psicológicos encontramos depresión, ira, estrés, ansiedad, sentimientos de inferioridad y baja autoestima. Entre los factores orgánicos que intervienen en la disfunción sexual se encuentra un descenso de estrógenos, amenorrea o hipomenorrea, menor lubricación vaginal e infertilidad en las mujeres; mientras tanto en los hombres se puede producir una atrofia testicular, disminución de la espermatogénesis, descensos de testosterona e impotencia sexual total o parcial (Montalvo, 2018; Tomas, Renau, Meneu, Cerrillo y Panizo, 2016).

Una de las condiciones psicológicas más comunes en los enfermos renales crónicos es la depresión, que se puede presentar debido al sinnúmero de pérdidas que el paciente enfrenta durante el desarrollo de su enfermedad, entre ellas están: la perdida de trabajo, lo cual representa un problema a nivel económico, el rol en la familia, la función sexual, la movilización autónoma; todas estas situaciones generan una disminución en la calidad de vida, ya que representan un impacto negativo en el individuo. Adicional a esto, se encuentran los efectos secundarios de los medicamentos, la dieta, el temor a morir y sobre todo la dependencia al tratamiento (Orellana y Munguía, 2008).

De la misma manera, diversos estudios a nivel internacional concluyen que existe una disminución importante en todas las dimensiones de la calidad de vida en estos pacientes, siendo peor en los mayores de 65 años y resultando más afectada la dimensión física (Herrera, 2013; Hinojosa, 2006; Pabón-Varela et al., 2015; Sánchez, Rivadeneyra y Aristil, 2016; Segui, Amador y Ramos, 2010).

Estudios realizados en Brasil y México, concluyen que los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis tienen una calidad de vida media-baja, resultando más afectado el dominio físico y menos afectado el psicológico, existiendo mayor correlación con las relaciones sociales (Costa, Pinheiro, Medeiros, Costa y Cossi, 2016; Rusa et al., 2014; Sánchez et al., 2016).

Los estudios realizados a nivel de nuestro país indican que la carga de la enfermedad renal es la dimensión en la que los pacientes demuestran tener una peor calidad de vida (Acosta, 2013; Bermeo y Jiménez, 2015; Pacheco, 2014).

A nivel local en la ciudad de Cuenca, se realizó un estudio en el cual se utiliza el Cuestionario de Salud SF-36 y en el cual se obtiene como resultado que la mayoría de los



pacientes presentan una buena calidad de vida, donde el dominio físico el menor puntuado (Jerves y López, 2016).

Considerando lo anterior se ha seleccionado la problemática que gira en torno a la calidad de vida de los pacientes con ERC en tratamiento con hemodiálisis, teniendo en cuenta que las ECNT han venido representado una problemática de salud pública a nivel mundial. De esta manera, tanto la enfermedad como su tratamiento causan cambios a nivel físico, psicológico y social que implica un deterioro en las actividades cotidianas, pudiendo generarse estados depresivos y ansiosos que, por ende, afectan a la percepción de la calidad de vida que poseen dichos pacientes (Vallejos y Ortega, 2018). Razón por la cual se ha considerado fundamental abordar esta temática desde una perspectiva psicológica, ya que, si bien esta enfermedad afecta al plano biológico, las implicaciones se suceden a nivel emocional y social.

La importancia de estudiar la calidad de vida en pacientes crónicos permite, según Bayes (1994) conocer el impacto de la enfermedad y/o del tratamiento, conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos, evaluar mejor las terapias, favorece a tomar mejores decisiones médicas y a potenciar la comunicación médico-paciente favoreciendo así su rehabilitación, por lo tanto, los resultados del estudio favorecen tanto a pacientes como al personal que los atiende.

Es así, que para el siguiente estudio se desprenden las preguntas de investigación que guiaron la misma: ¿Qué dimensiones de la calidad de vida se encuentran más deteriorados en los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis? y ¿Cuál es el nivel de calidad de vida global según las características sociodemográficas de los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis?; en relación a las preguntas se plantearon los objetivos del estudio, cuyo objetivo general fue determinar el nivel de calidad de vida en los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis, mientras que los objetivos específicos se orientaron a identificar los dominios de la calidad de vida más deteriorados en los pacientes que padecen enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis y describir el nivel de calidad de vida según las características sociodemográficas de los pacientes que padecen enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis.

## PROCESO METODOLÓGICO



## Enfoque

El presente estudio se desarrolló con un **enfoque de investigación cuantitativo**, debido a que la recolección, análisis y presentación de datos se realizó en base a procesamientos numéricos y estadísticos, con el propósito de medir la variable estudiada a través de un cuestionario estandarizado, que facilitó la recolección de datos. El tipo de **diseño fue no experimental y de corte transversal**, porque no fueron manipuladas de forma deliberada las variables de estudio y la recolección de datos se realizó en un solo momento, observándose el fenómeno en su ambiente, para posteriormente analizarlo tal y como se muestra en su contexto. Debido a las características de la investigación se ha optado por un **alcance descriptivo** que tal como menciona Sabino (2006), “Su preocupación primordial radica en describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto su estructura o comportamiento” (p. 63).

## Participantes

La investigación se llevó a cabo en la ciudad de Cuenca, durante los meses de diciembre del 2018 y enero del 2019. La población que participó en el estudio estuvo constituida por 61 personas diagnosticadas con enfermedad renal crónica que se encuentran en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis en la Clínica del Riñón Contigo Da Vida, quienes cumplían con los criterios de inclusión y aceptaron voluntariamente participar en el estudio. Fueron 27 hombres (44%) y 34 mujeres (56%) de entre 27 y 85 años con una edad media de 59.20 años (DE=13.9); la mayoría se encontraba en una etapa de adultez media (n=32; 52.5%), 5 personas (8.2%) eran adultos jóvenes y los 24 restantes (39.3%) adultos mayores. La mayor parte se encontraban casados y se identificaban como mestizos; además los dos tercios de participantes tenían un nivel de instrucción muy bajo (ninguna o primaria) y la mitad se dedicaban a tareas domésticas; el tipo de vivienda en 37 casos (60.7%) era propia; y casi todos pertenecían a la religión católica (n=51;83.6%) el resto eran cristianos o testigos de jehová y otros no se sentían identificados con ninguna religión; los problemas de salud más frecuentes eran: diabetes y enfermedades cardíacas (tabla 1).

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: a) pacientes hombres y mujeres de 18 a 85 años que asisten regularmente al centro a realizarse el tratamiento sustitutivo de hemodiálisis, b) que se encuentren en tratamiento por un mínimo de 6 meses, c) que puedan valerse por sí mismos y, d) pacientes que acepten participar en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado. Así también, los criterios de exclusión fueron: a) pacientes con





deterioro cognitivo y, b) pacientes que decidan no participar en el estudio a pesar de cumplir con los criterios de inclusión.

Tabla 1.

*Características de los participantes*

Característica		N	%	Característica		n	%
Sexo	Hombre	27	44,3	Tipo de vivienda en la que habita	Propia	37	60,7
	Mujer	34	55,7		Arrendada	16	26,2
Estado Civil	Casados/ unión libre	35	57,4		Cedida/ prestada	8	13,1
	Solteros	9	14,8	Religión	Católica	51	83,6
	Separados/ divorciados	17	27,9		Cristiana	2	3,3
Etnia	Blanco/a	3	4,9		Testigo de Jehová	2	3,3
	Mestizo/a	55	90,2		Agnóstica	1	1,6
Instrucción*	Indígena	3	4,9		Ninguna	4	6,6
	Ninguna	15	24,6	Otros problemas de salud	Diabetes	13	21,3
	Primaria	28	45,9		Colesterol alto	1	1,6
Secundaria	8	13,1	Cáncer		1	1,6	
Ocupación actual	Tercer nivel	10	16,4		Problemas Cardiacos	11	18,0
	Estudiante	2	3,3		Problemas Digestivos	3	4,9
	Empleado	3	4,9	Otros	2	3,3	
	Pensionado	9	14,8	Ninguno	11	18,0	
Independiente	Tareas domésticas	32	52,5	Diabetes y problemas cardiacos	18	29,5	
		15	24,6				

Nota: \* Primaria: de primero a séptimo de básica; Secundaria: de octavo de básica a tercero de bachillerato; Tercer nivel: Estudios universitarios y técnicos.

**Instrumentos**

Erika Daniela Piedra Andrade  
 Andrea Paola Quevedo Chicay



Para la recolección de datos, se utilizó una ficha sociodemográfica (Anexo 1) orientada a recoger información básica de los participantes; para medir la variable calidad de vida se empleó la versión española del Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF (Anexo 2) propuesto por la Organización Mundial de la Salud, que es un instrumento genérico derivado del Whoqol - 100, el mismo que fue adaptado al español por Lucas (1998) y su objetivo es crear un perfil de calidad de vida. Este cuestionario está estructurado por 26 ítems: 2 preguntas que miden por separado la calidad de vida global y la satisfacción con la salud y 24 de ellas que se agrupan en cuatro dominios: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente, medidas a través de una escala de respuesta tipo likert con opciones de 1 – 5. Los dominios se miden en una escala del 4 al 20, donde a mayor valor mayor calidad de vida. La fiabilidad del instrumento puntúa con un Alpha de Cronbach de 0,89 para el cuestionario total; para los dominios puntúa 0,71 en salud física, 0,75 salud psicológica, 0,63 en salud social y 0,76 en salud ambiental (Burdiles, 2016). En el caso de este estudio el Alpha de Cronbach es de 0.93, que tal como lo menciona George y Mallery (2003), es un nivel confiable para una escala.

### **Procedimiento**

El proceso de investigación inicio con una solicitud de permiso para realizar el estudio, dirigida al gerente de la Clínica del Riñón Contigo Da Vida, explicando los objetivos y la utilidad del mismo. Una vez obtenido el permiso, se solicitó la base de datos de los pacientes que asisten a la misma, posteriormente se procedió a la firma del consentimiento informado (Anexo 3) en el cual se plantea que su participación será voluntaria, anónima y los datos serán utilizados con un fin únicamente académico. Seguidamente se realizó la aplicación de los instrumentos que tomó un tiempo aproximado de 20 minutos por paciente. Una vez recolectada la información se procedió con el procesamiento y análisis de datos.

### **Procesamiento y análisis de datos**

Los resultados del estudio se expresan mediante medidas de tendencia central y dispersión; al no tener puntos de corte se decidió colocar como referencia la media de la escala ( $X=12$ ) para establecer tendencias de respuesta; por encima de la media se consideraron las respuestas positivas y por debajo de la media respuestas negativas de calidad de vida; lo que se expresa mediante frecuencias. El procesamiento de datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS 25 y la edición de tablas y gráficos en Excel 2016.

### **Aspectos éticos**



El estudio se apegó a los principios éticos sugeridos por la Asociación Americana de Psicología (2017) que incluye garantizar la confidencialidad de los participantes, siendo su participación voluntaria y anónima a través de la firma de un consentimiento informado (Anexo 3). La información ha sido tratada únicamente con fines académicos y considerando la responsabilidad social de la investigación.

## PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este apartado se darán a conocer los resultados del estudio en función de los objetivos planteados.

### Niveles de Calidad de Vida

El WHOQOL-BREF al ser un instrumento que evalúa la calidad de vida de manera multidimensional, abarca dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con la salud, así como cuatro dominios: físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente. Los resultados se darán a conocer en función del mismo.

La calidad de vida global y la satisfacción con la salud fueron evaluadas con una escala tipo likert del uno al cinco, encontrándose que la calidad de vida percibida fue normal en el 37.7% de los pacientes (n=23); mientras que el 40.9% (n=25) tenían una percepción positiva (bastante buena y muy buena) y el 21.4% (n=13) mostraron una percepción negativa (muy mala y regular), la figura 1, simboliza un comportamiento heterogéneo de percepción general de calidad de vida.

Figura 1. Percepción general de calidad de vida

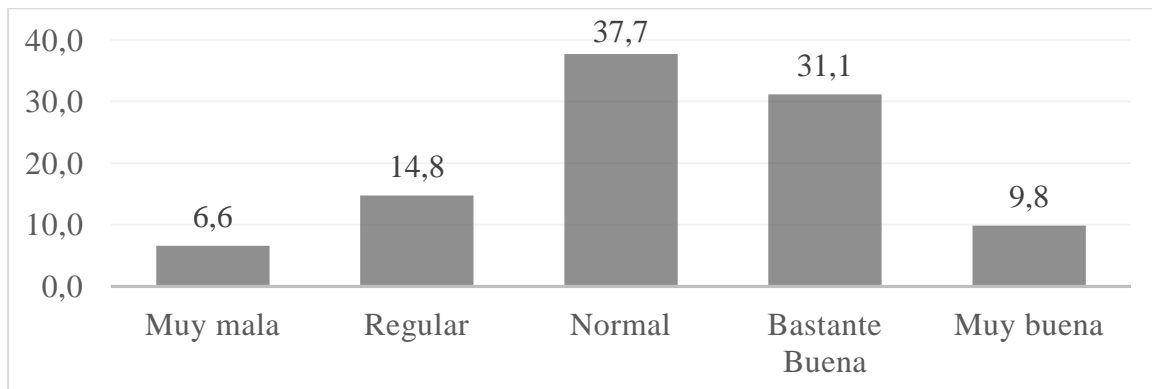


Figura 1. El diagrama de columnas muestra la frecuencia de respuesta de percepción general de calidad de vida.

En relación a lo expuesto, el estudio realizado por Jerves y López (2016), señala que en su mayoría (53,5%) estos pacientes resultaron tener una buena calidad de vida. Por otro lado, Sánchez, Rivadeneyra y Aristil (2016), encontraron que los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis tienden a percibir su calidad de vida en un término

medio con un 76,12%, mientras que el 23,88% señala tener una calidad de vida mala, similar a la cifra encontrada en este estudio.

### Satisfacción de salud

Con respecto a la salud de los participantes se encontró que el 36.1% (n=22) de ellos no se encontraba satisfecho (nada y un poco) con su salud y una cantidad similar (n=21) se encontraban satisfechos (bastante satisfecho y muy satisfecho); revelando una percepción general de salud bastante dispersa. (figura 2).

Figura 2. Satisfacción con la salud

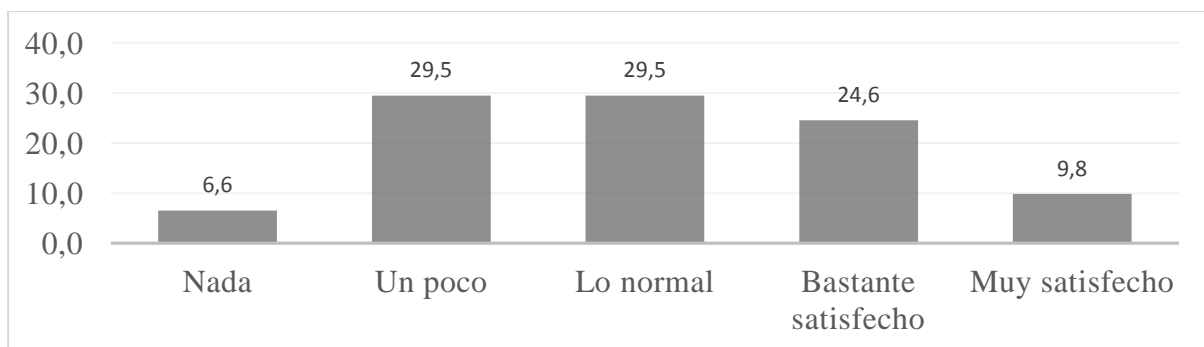


Figura 2. El diagrama de columnas muestra la frecuencia de respuesta de satisfacción de salud.

### Dominios de la escala de calidad de vida (WHOQOL-BREF)

En este estudio los dominios de la calidad de vida fueron medidos en una escala del cuatro al veinte, revelando resultados entre cinco y veinte con medias similares en cada dominio. La figura 3 muestra una dirección general positiva en los dominios ambientales y psicológico, pues su comportamiento se dirigía hacia los valores altos; el dominio ambiental fue el que mejor puntuó con una media de 13.5 (DE=2.2) con cuatro casos atípicos con puntuaciones muy por encima que el resto del grupo, seguido por el dominio psicológico con una media de 13.1 (DE=2.3). Por otro lado, el dominio de relaciones sociales resultó ser el más afectado y el más disperso con una media de 12.1 (DE=3.3), lo que implica una desigualdad de percepción, encontrándose cinco casos con relaciones sociales superiores al resto del grupo y cuatro muy inferiores. Finalmente, en el dominio físico se encontró que el comportamiento era neutral con una ligera tendencia positiva, pues su media fue de 12.5 (DE=2.3).

Figura 3. Dominios de calidad de vida

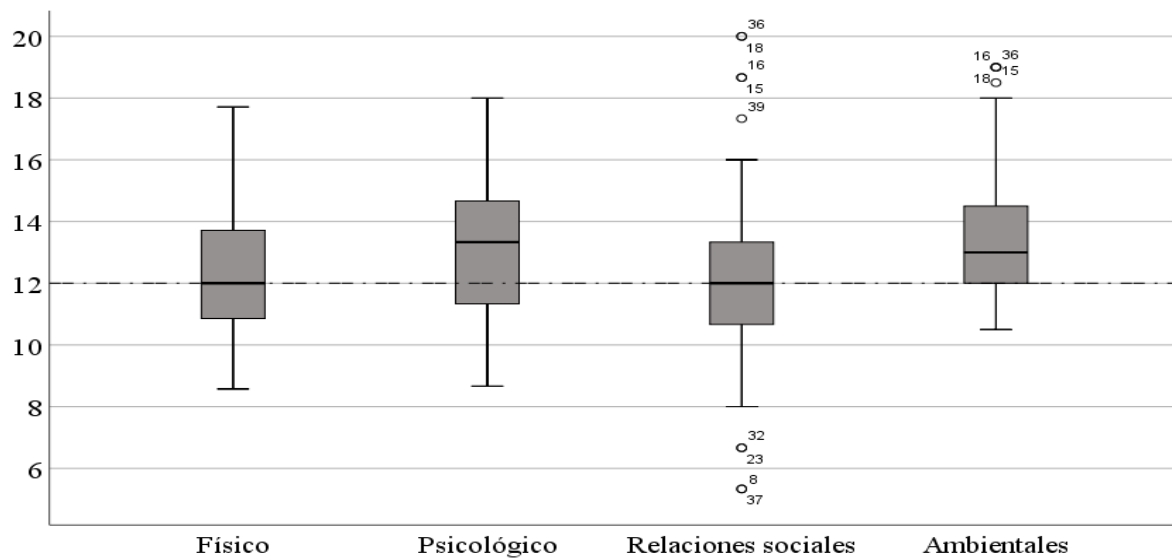


Figura 3. El diagrama de cajas y bigotes muestra la distribución de resultados; las líneas horizontales muestran los valores: mínimo, máximo y cuartiles; la amplitud simboliza la dispersión de datos y los círculos externos casos atípicos; la línea entrecortada muestra la media de la escala para tener una referencia de tendencia.

Para la Organización Mundial de la Salud (1996), el dominio ambiental, el cual es el mejor puntuado en esta investigación, se refiere a los recursos financieros, seguridad física, información, asistencia social, transporte, entre otros. Lo que discrepa con lo obtenido en el estudio de Costa et al. (2016), en el cual se encuentra que el dominio físico es el menos valorado en esta población, con una media de 13 y el dominio más preservado fue el social con una media de 15.

### Nivel de calidad de vida según variables sociodemográficas.

Al analizar la calidad de vida según el sexo de los participantes se encontró que el dominio menos afectado en los pacientes hombres era el ambiental mientras que en las mujeres fueron el psicológico y el ambiental en la misma intensidad. Los dominios de relaciones sociales y físico obtuvieron con una menor puntuación en los hombres, mientras tanto en las mujeres, el dominio con mayor afectación fue el de relaciones sociales; lo cual se puede evidenciar en la tabla 2.

Con respecto al estado civil se encontró que el mejor puntuado en los que tenían un estado civil de pareja (casados y unión libre) era el ambiental y en los que no poseen pareja (solteros y divorciados) fue el psicológico. El dominio más afectado en relación al estado civil (casados, unión libre y solteros) de los participantes fue el de relaciones sociales; excepto en aquellas

personas separadas o divorciadas quienes tenían afectado principalmente el dominio físico. Estos resultados son similares a los encontrados por Costa et al. (2016) y Cordeiro et al. (2009) en sus estudios, en los cuales se evidencio que aquellas personas que no tenían pareja tienen menor puntaje en el dominio físico.

Tabla 2.  
*Calidad de vida según sexo y estado civil*

Dominio	Sexo				Estado Civil					
	Hombre (n=27)		Mujer (n=34)		Casados/ unión libre (n=35)		Solteros (n=9)		Separado/ divorciado (n=17)	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Físico	12.9	2.7	12.2	1.9	13.1	2.1	12.4	2.9	11.3	2.1
Psicológico	13.2	2.8	<b>13.1</b>	1.9	13.1	2.3	<b>13.4</b>	3.0	<b>13.1</b>	2.1
Relaciones sociales	12.9	3.9	11.5	2.5	12.5	3.3	11.9	3.9	11.5	2.9
Ambientales	<b>14.1</b>	2.5	<b>13.1</b>	1.9	<b>13.9</b>	2.3	13.2	2.8	13.0	1.8

En la tabla 3 se puede evidenciar que aquellas personas sin instrucción académica tenían valoraciones de calidad de vida más bajas que el resto de los grupos; además el dominio más afectado en todos los casos resultó el de relaciones sociales excepto en quienes tenían un tercer nivel pues ellos tenían más afectado el dominio físico.

Vicenzi y Tedesco (2009) y Pacheco (2014), afirman que, a mayor nivel académico, mejor calidad de vida, ya que la educación deriva obstáculos sociales y económicos que se dan en la sociedad y brinda de herramientas necesarias a la persona para satisfacer de mejor manera sus necesidades.

Con respecto al grupo etario de los participantes se encontró que el dominio psicológico era la predominante en los adultos jóvenes mientras que en los adultos medios y tardíos era el dominio ambiental. El dominio menor puntuado en los adultos jóvenes y adultos medios fue el de relaciones sociales, mientras tanto en los adultos tardíos el dominio físico fue el más afectado.

En estudios realizado por Yépez et al. (2008) y Sanz et al. (2006) se encontró que a mayor edad mayor deterioro físico en los pacientes, resultados que concuerdan con nuestra investigación. Ramírez y Solano (2018) en su estudio concluyeron que los adultos medios y tardíos al poseer esta enfermedad el dominio de relaciones personales, se ve afectado debido a que los pacientes ya no pueden realizar de la manera que lo desearían actividades propias de su edad (salir a fiestas, con los amigos, consumir alcohol, etc.) debido a la carga que representa



el tratamiento que deben seguir y las secuelas que deja el mismo. De la misma manera estos autores concluyen que el ser joven y padecer cualquier tipo de enfermedad crónica, hace que él mismo perciba a está como un factor que interfiere abruptamente en el desarrollo de actividades relacionadas especialmente a la índole social, el establecimiento de relaciones de pareja ya que son poco atractivos al momento de establecer vínculos amorosos.

Tabla 3.  
*Calidad de vida según instrucción y etapa etaria*

Dominio	Nivel de instrucción								Etapa etaria					
	Ninguna (n=15)		Primaria (n=28)		Secundaria (n=8)		Tercer nivel (n=10)		Adultos jóvenes (n=5)		Adultos medios (n=32)		Adultos tardíos (n=24)	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
Físico	11.4	1.6	12.8	2.5	12.6	1.6	13.1	2.9	13.3	2.0	13.0	2.5	11.6	1.9
Psicológico	12.7	1.6	13.5	2.2	12.3	2.4	13.7	3.2	13.9	3.3	13.1	2.5	13.1	1.9
Relaciones sociales	10.4	2.4	12.8	3.4	11.2	1.6	13.6	4.1	12.0	2.1	12.3	3.6	11.9	3.1
Ambientales	12.6	1.7	13.8	2.3	12.9	1.5	14.7	2.8	12.5	1.5	13.8	2.4	13.4	2.1

La calidad de vida medida con respecto a enfermedades adicionales de los pacientes con enfermedad renal reveló que quienes padecían diabetes y problemas cardiacos de forma simultanea tenían una calidad de vida más baja en cada una de sus dimensiones en especial en el dominio físico, al igual que quienes presentaban como enfermedad adicional únicamente diabetes. Las personas sin enfermedades adicionales y problemas cardiacos tenían el dominio más bajo el de relaciones sociales. (tabla 5)

Leplège y Pouchot (2001), citados en Herrera (2013), afirman que todo estado patológico interfiere directamente en la capacidad de los individuos para satisfacer sus necesidades y como la calidad de vida está estrechamente relacionada a la capacidad de resolver esas necesidades, a mayor número de enfermedades que posea el individuo, obviamente su calidad de vida en todos sus dominios se verá afectada, información que concuerda con los resultados encontrados en nuestra investigación

Pacheco (2014), encontró en su estudio que aquellos pacientes que presentan una nefropatía diabética poseen una menor calidad de vida en el dominio físico, resultados que concuerdan con los encontrados en nuestro estudio



Tabla 4.  
*Calidad de vida según problemas de salud adicional*

Dominio	Diabetes (n=13)		Problemas Cardiacos (n=11)		Ninguno (n=11)		Diabetes y problemas cardiacos (n=18)	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Físico	12,5	2,6	13,4	1,4	13,2	2,8	11,7	1,9
Psicológico	13,5	2	13,5	2,1	14,1	2,9	12,5	2,1
Relaciones sociales	13,1	3,1	12,1	2,7	12,2	4,8	11,8	2,6
Ambientales	13,7	2,6	13,5	1,7	14,6	2,7	13	1,8

La calificación general de calidad de vida resultó estar más deteriorada en mujeres, pacientes solteros/as y quienes no contaban con instrucción académica; así como en quienes tenían trabajos independientes, vivían en casas propias y adicional a problemas renales tenían diabetes e hipertensión de manera simultánea. (tabla 5)

Con respecto a la satisfacción de salud, se encontró que los menos satisfechos eran los solteros; quienes tenían estudios secundarios, eran pensionados, vivían en casas cedidas o prestadas y tenían problemas cardiacos y diabetes como enfermedades adicionales. Los detalles se pueden visualizar en la tabla 5.

Tabla 5.  
*Calidad de vida general y satisfacción de salud según variables sociodemográficas*

Características		¿Cómo calificaría su calidad de vida?		¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	
		Media	DE	Media	DE
Sexo	Hombre (n=27)	3.3	1.2	3.0	1.3
	Mujer (n=34)	3.2	0.9	3.0	1.0
Estado Civil	Casados/ unión libre(n=27)	3.3	1.0	3.1	1.1
	Solteros (n=9)	2.9	1.5	2.7	1.5
	Separados/ divorciados (n=17)	3.4	0.8	3.1	1.0
Instrucción	Ninguna (n=15)	2.5	0.9	2.7	1.2
	Primaria (n=28)	3.5	0.9	3.2	1.0
	Secundaria (n=8)	3.1	1.4	2.5	0.9
	Tercer nivel (n=10)	3.6	1.0	3.4	1.3
Ocupación actual	Tareas domésticas (n=32)	3.2	0.8	3.1	0.9
	Pensionado (n=9)	3.8	1.0	2.9	1.5
	Independiente (n=15)	2.9	1.4	3.0	1.2



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tipo de vivienda	Propia (n=37)	3.1	1.0	2.9	1.1
	Arrendada (n=16)	3.6	1.1	3.4	1.1
	Cedida/ prestada (n=8)	3.3	1.3	2.8	1.3
Problemas de salud adicionales	Diabetes (n=13)	3.5	0.8	3.3	0.9
	Problemas Cardiacos (n=11)	3.3	1.0	2.9	0.9
	Ninguno (n=11)	3.7	1.2	3.5	1.4
	Diabetes y problemas cardiacos (n=18)	2.9	1.0	2.9	1.0



## CONCLUSIONES

La ERC es incurable y de avance continuó, tiene como forma de tratamiento la hemodiálisis, que según varios estudios analizados a lo largo de esta investigación, trae consigo múltiples alteraciones en las esferas de la vida de estos pacientes; estas secuelas influyen directamente en su calidad de vida. Sin embargo, en este estudio los participantes muestran un nivel de calidad de vida global, con una tendencia positiva, mostrando un comportamiento heterogéneo en los datos.

En relación a los dominios, se puede concluir que el dominio ambiental es el mejor percibido por los participantes, seguido del psicológico, físico y por último el dominio de relaciones sociales. El dominio de relaciones sociales obtiene la puntuación más baja, ya que los participantes refieren que poseen poca o nula actividad sexual y sus relaciones interpersonales se ven disminuidas por el tiempo que se deben dedicar al tratamiento. El dominio físico también obtiene puntuación baja, ya que refleja el panorama de lo que es padecer una enfermedad crónica, donde el tratamiento genera dolor e incomodidad, así como la dependencia a la medicación y terapia renal de reemplazo que disminuye la movilidad.

Al analizar las variables sociodemográficas, los hombres puntúan mejor en todos los dominios, siendo el dominio ambiental el mejor percibido por los mismos; mientras que los dominios mejor puntuados por las mujeres fueron el psicológico y el ambiental. Por otro lado, los participantes que tienen pareja tienden a percibir mejor su calidad de vida en todos los dominios en comparación con aquellos que no poseen pareja, siendo el dominio ambiental el mejor puntuado en los participantes con pareja, mientras el peor puntuado es el de relaciones sociales. Los pacientes que no poseen pareja puntúan mejor en el dominio psicológico, mientras que los dominios físicos y de relaciones sociales poseen menores puntuaciones. En cuanto al nivel de instrucción, se puede evidenciar que mientras mayor sea el grado de instrucción que posee la persona, mejor tiende a ser su percepción de calidad de vida en general.

De manera general, los participantes que perciben mejor su calidad de vida basándose en los datos sociodemográficos, son aquellos participantes de sexo masculino, que poseen pareja, con estudios de tercer nivel, pensionados y sin problemas adicionales de salud.



## LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Se considera que una de las limitaciones del estudio fue que, debido al número de participantes los resultados no pueden ser generalizados, por lo que en futuras investigaciones se debería trabajar con un mayor número de participantes, que pertenezcan a varios centros y no solo a uno, y que los grupos sean homogéneos, pudiéndose inclusive realizar comparación entre los mismos.

En cuanto al instrumento utilizado para la investigación, se estima que el mismo es completo y adecuado para lo requerido, sin embargo, no se han encontrado muchos estudios que aborden esta problemática y utilicen este instrumento a nivel de Latinoamérica.



## REFERENCIAS CONSULTADAS

- Acosta, D. (2013). *Asociación entre el tiempo de hemodiálisis y la calidad de vida en pacientes diagnosticados de insuficiencia renal crónica (IRC) en el servicio de hemodiálisis de la Clínica Contigo - Da Vida Norte, Quito*. (Tesis de grado, Universidad San Francisco de Quito). Recuperado de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2996/1/110002.pdf>
- Aguilar, M., Barrera, A., Gómez, C., González, G., y Méndez, A. (2014). *Tratamiento Sustitutivo de la Función Renal. Diálisis y Hemodiálisis en la Insuficiencia Renal Crónica. Segundo y Tercer Nivel de atención*. México D.F: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Recuperado de <https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>
- Avellaneda, A., Izquierdo, M., Torrent-Farnell, J., y Ramón, J. R. (2007). *Enfermedades raras: enfermedades crónicas que requieren un nuevo enfoque sociosanitario*. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(2), 178-179. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272007000300002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000300002)
- Bayés, R. (1994). *Psiconeuroinmunología, salud y enfermedad*. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, (30), 28-34.
- Bermeo, M., y Jiménez, J. (2015). *Evaluación de la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el centro Hemodial- Azogues, Azogues 2014* (Tesis de grado, Universidad de Cuenca). Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21563/1/Tesis%20Pregrado.pdf>
- Brannon, L., y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: PARANINFO
- Burdiles, S. (2016). *WHOQOL Validez y Fiabilidad*. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/314747961/WHOQOL-Validez-y-Fiabilidad>



- Cardona, D., y Agudelo, H. (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1), 79-90. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/120/12023108.pdf>
- Cordeiro, J., Brasil, V., Silva, A., Oliveira, L., Zatta, L., y Silva, A. (2009). Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11 (4), 785-793. Recuperado de <https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a03.pdf>
- Costa, G., Pinheiro, M., Medeiros, S., Costa, R., y Cossi, M. (2016). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Revista electrónica trimestral de Enfermería*, (43), 65. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n43/clinica3.pdf>
- George, D., y Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. Fourth edition (11.0 update)*. Boston: Allyn & Bacon.
- Herrera, A. (2013). *Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica de una institución de hemodiálisis de Cartagena, 2012* (Tesis de grado, Universidad de Cartagena). Recuperado de <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2664/1/CALIDAD%20DE%20VIDA%20PACIENTE%20CON%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20DE%20UNA%20INSTITUCION%20DE%20HEMODIALISIS%20DE%20CART.pdf>
- Hinojosa, E. (2006). *Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal Crónica Es Salud Arequipa*. Recuperado de [http://www.essalud.gob.pe/biblioteca\\_central/pdfs/evalu\\_calid\\_vid\\_pacient\\_insuf\\_rena\\_cronica.pdf](http://www.essalud.gob.pe/biblioteca_central/pdfs/evalu_calid_vid_pacient_insuf_rena_cronica.pdf)
- Jerves, F., y López, G. (2016). *Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis y hemodiafiltración. En las unidades de diálisis de la ciudad, Cuenca. 2016*. (Tesis de grado, Universidad de Cuenca). Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25735/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20FERNANDO.pdf>



- Kahn, R., y Juster, F. (2002). Well-being: concepts and measures. *Journal of Social Issues*, 58(4), 627-644.
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. (2012). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int Suppl*, 1-163.
- Ledón, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(4). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662011000400013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400013)
- Lucas, R. (1998). *Versión española del WHOQOL*. Majadahonda (Madrid): Ergón, D.L. 0.933
- Lugones, M. (2002). Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(4), 287-289. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252002000400013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000400013)
- Mera, M. (2007). *Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis* (Tesis de grado, Universidad Austral de Chile). Recuperado de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmm552c/doc/fmm552c.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Programa Nacional de SALUD RENAL*. Recuperado de [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas\\_seguimiento/1469/Presentaci%C3%B3n%20Di%C3%A1lisis%20Criterios%20de%20Priorizaci%C3%B3n%20y%20Planificaci%C3%B3n.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/1469/Presentaci%C3%B3n%20Di%C3%A1lisis%20Criterios%20de%20Priorizaci%C3%B3n%20y%20Planificaci%C3%B3n.pdf)
- Montalvo, L. (2018). La sexualidad en los enfermos renales crónicos. Recuperado de [file:///Users/personal/Downloads/Elementos\\_1255\\_la-sexualidad-en-los-enfermos-renales-cronicos11-26-04%20\(1\).pdf](file:///Users/personal/Downloads/Elementos_1255_la-sexualidad-en-los-enfermos-renales-cronicos11-26-04%20(1).pdf)
- National Kidney Foundation. (2002). *Clinical practice For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification*. New York, Estados Unidos: National Kidney Foundation, Inc.
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México D.F: Cengage Learning.



Orellana, M., y Munguía, A. (2008). Insuficiencia Renal y Depresión. *Revista del postgrado de psiquiatría*, 1(3), 10-12. Recuperado de <http://www.bvs.hn/RHPP/pdf/2008/pdf/Vol1-3-2008-5.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (1979). *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*. Ginebra: Autor.

Organización Mundial de la Salud. (1996). WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. WHO. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Enfermedades no transmisibles*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Panamericana de la Salud (2015). *La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento*. Recuperado de [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10542:2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542:2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es)

Pabón-Varela, Y., Paez-Hernandez, K., Rodríguez-Daza, K., Medina-Atecia, C., López-Tavera, M., y Salcedo-Quintero, L. (2015). Calidad de vida del adulto con insuficiencia renal crónica, una mirada bibliográfica. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 12(2), 157-163. Recuperado de <file:///Users/personal/Downloads/Dialnet-CalidadDeVidaDelAdultoConInsuficienciaRenalCronica-5156570.pdf>

Pacheco, J. (2014). *Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis en la Clínica "DIALTICA" de la ciudad de Loja durante el periodo agosto 2011 – enero 2012*. (Tesis de grado, Universidad Particular de Loja) Recuperado de <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/10636/1/Pacheco%20Nagua%20Juan%20Carlos.pdf>

Pedreira, G., Vasco, A., Herrera, C., Martínez, Y., y Junyent, E. (2018). Análisis del estado psicofísico de los pacientes en hemodiálisis. 21(1), 44-51. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842018000100044](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842018000100044)





- Pereira-Rodríguez, J., Boada-Morales, L., Peñaranda-Florez, D., y Torrado-Navarro, Y. (2017). Diálisis y hemodiálisis. Una revisión actual según la evidencia. *Nefrología Argentina*, 15(2), 1-8. Recuperado de [http://www.nefrologiaargentina.org.ar/numeros/2017/volumen15\\_2/articulo2.pdf](http://www.nefrologiaargentina.org.ar/numeros/2017/volumen15_2/articulo2.pdf)
- Ramírez, C., Y Solano, M. (2018). La construcción social de la experiencia de vivir con una enfermedad renal crónica. *Revista Latino-America de Enfermagem*, 26 (3028), 2-9. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/es\\_0104-1169-rlae-26-e3028.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/es_0104-1169-rlae-26-e3028.pdf)
- Roca, P. (2007). *La familia ante la enfermedad crónica de uno de sus miembros*. Recuperado de <http://www.sld.cu/saludvida/temas.php?idv=4830>
- Rodríguez-Marin, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid, España: Síntesis.
- Rusa, S., Peripato, G., Pavarini, S., Inouye, K., Zazzetta, M., y Orlandi, F. (2014). Calidad de vida/espiritualidad, religión y creencias personales de adultos y ancianos renales crónicos en hemodiálisis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(6), 913-915. doi: 10.1590/0104-1169.3595.2495
- Sabino, C. (2006). *Caminos de la ciencia: una introducción al método científico*. Buenos Aires: LUMEN HUMANITAS.
- Sánchez, C., Rivadeneyra-Espinoza, L., y Aristil, P. (2016). Calidad de vida en pacientes bajo hemodiálisis en un hospital público de Puebla, México. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20(3), 265-268. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552016000300006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300006)
- Sanz, D., Orte, L., Gómez, F., Fernández, E., Aguilar, M., y Lázaro, P. (2006). Calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica. Influencia de la intervención precoz del nefrólogo y de la consulta prediálisis. *Nefrología*, 26 (3), 56-65. Recuperado de <http://www.taiss.com/publi/absful/calidad-pacientes-irc-intervencion-precoz-nefrologia.pdf>
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Revista de Ciencia y Enfermería*, 9(2), 8-18. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v9n2/art02.pdf>



- Seguí, A., Amador, P., y Ramos, A. (2010). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 13(3), 155-160. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1139-13752010000300002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1139-13752010000300002)
- Tomás, P., Renau, E., Meneu, M., Cerrillo, V., y Panizo, N. (2016). Disfunción sexual y calidad de vida según el tipo de tratamiento renal sustitutivo. *Enfermería Nefrológica*, 19(4), 342-348. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842016000400005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000400005)
- Vallejos, J., y Ortega, E. (2018). Niveles de depresión y factores sociodemográficos en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en Perú. *Revista de Ciencias Psicológicas*, 12(2). Recuperado de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-42212018000200205&fbclid=IwAR0pVflwMuQ7stCU9OsUUq1SEKRKW10f3k0Wkl-BkqdYk8OtOAap9J8iyTk](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212018000200205&fbclid=IwAR0pVflwMuQ7stCU9OsUUq1SEKRKW10f3k0Wkl-BkqdYk8OtOAap9J8iyTk)
- Vicenzi, A., Y Tedesco, F. (2009). La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. *Revista Iberoamericana De Educación*, 49 (7), 1-12. Recuperado de <https://rieoei.org/historico/deloslectores/2819Vicenzi.pdf>
- Vinaccia, S., y Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados a la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/679/67910202.pdf>
- Yepes, C., Montoya, M., Orrego, B., Cuéllar, M., Yepes, J., López, J., . . . Gómez, R. (2009). Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica sin diálisis ni trasplante de una muestra aleatoria de dos aseguradoras en salud. Medellín, Colombia, 2008. *Nefrología*, 29(6), 548-556. Recuperado de <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X0211699509033571>



ANEXOS

ANEXO 1

Ficha Sociodemográfica

Desde la Universidad de Cuenca, se está realizando un estudio con el objetivo de determinar la calidad de vida de las personas con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis. Los datos son anónimos y serán empleados únicamente con fines académicos e investigativos. Solicitamos absoluta sinceridad en las respuestas. Agradecemos su participación.

<b>1. Sexo</b>		<b>3. Secundaria</b>	<input type="checkbox"/>
1. Hombre	<input type="checkbox"/>	<b>4. Bachillerato</b>	<input type="checkbox"/>
2. Mujer	<input type="checkbox"/>	<b>5. Tecnológico</b>	<input type="checkbox"/>
		<b>6. Universitario</b>	<input type="checkbox"/>
		<b>7. Master</b>	<input type="checkbox"/>
<b>2. ¿Cuántos años cumplidos tiene?</b>		<b>8. PhD</b>	<input type="checkbox"/>
<i>Escriba su edad en el casillero</i>	<input type="checkbox"/>		
<b>3. Estado Civil</b>		<b>6.Cuál es su ocupación actual</b>	
1. Soltero/a	<input type="checkbox"/>	1. Estudiante	<input type="checkbox"/>
2. Casado/a	<input type="checkbox"/>	2. Empleado/a	<input type="checkbox"/>
3. Viudo/a	<input type="checkbox"/>	3. Que haceres domésticos	<input type="checkbox"/>
4. Divorciado/a	<input type="checkbox"/>	4. Pensionado/a	<input type="checkbox"/>
5. Unión libre	<input type="checkbox"/>	5. Independiente	<input type="checkbox"/>
<b>4. ¿Cómo se identifica según su cultura y costumbres?</b>		<b>7. ¿Cuál es el tipo de vivienda en el que usted vive?</b>	
1. Blanco/a	<input type="checkbox"/>	1. Propia	<input type="checkbox"/>
2. Mestizo/a	<input type="checkbox"/>	2. Arrendada	<input type="checkbox"/>
3. Afroecuatoriano/a	<input type="checkbox"/>	3. Cedida/prestada	<input type="checkbox"/>
4. Indígena	<input type="checkbox"/>		
5. Shuar	<input type="checkbox"/>	<b>8. ¿Practica alguna religión? ¿Cuál?</b>	
6. Otro	<input type="checkbox"/>	1. Católico/a	<input type="checkbox"/>
<b>5. ¿Cuál es su mayor grado de estudios alcanzados?</b>		2. Cristiano/a	<input type="checkbox"/>
1. Ninguno	<input type="checkbox"/>	3. Protestante	<input type="checkbox"/>
2. Primaria	<input type="checkbox"/>	4. Testigo de Jehová	<input type="checkbox"/>
		5. Budista	<input type="checkbox"/>
		6. Musulmana	<input type="checkbox"/>
		7. Mormona	<input type="checkbox"/>

Continúa en la carilla siguiente



8. Agnóstica/a

9. Otra

10. Ninguna

9. ¿Tiene otros problemas de salud?

1. Diabetes

2. Colesterol

3. Cáncer

4. Anemia

5. Problemas Cardiacos

6. Problemas Digestivos

7. Otros

## ANEXO 2

### Cuestionario WHOQOL-BREF

## CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF

**Instrucciones:** Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor **conteste todas las preguntas**. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar.

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5



Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

## INICIO

Por favor, lee la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opinión de respuesta.

	Muy mala	Regular	Normal	Bastante Buena	Muy buena
1 ¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2 ¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

**Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas**

	Nada	Un poco	Lo Normal	Bastante	Extremadamente
3 ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4 ¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5 ¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6 ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7 ¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8 ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5



9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
---	--	---	---	---	---	---

**Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida**

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5



18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

**Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida**

**La siguiente pregunta hace referencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas**

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5



¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

---

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

---

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

---

---

---

---

**GRACIAS POR SU AYUDA**

**ANEXO 3**

**Consentimiento Informado**



UNIVERSIDAD DE CUENCA

**COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD**

---

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

**Título de la investigación:** Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis

**Datos del equipo de investigación:**

	<b>Nombres completos</b>	<b># de cédula</b>	<b>Institución a la que pertenece</b>
<b>Investigador</b>	Erika Daniela Piedra Andrade	0104635859	Universidad de Cuenca
<b>Investigador</b>	Andrea Paola Quevedo Chicay	0302635222	Universidad de Cuenca

**¿De qué se trata este documento?**

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en la Clínica del Riñón Contigo da Vida. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, su objetivo, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su





participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

### **Introducción**

El presente estudio se propone investigar la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica, ya que la calidad de vida se refiere al bienestar en todas las áreas del ser humano, respondiendo a la satisfacción de sus necesidades, consideramos fundamental abordar esta temática desde una perspectiva psicológica, ya que, permite conocer el impacto de la enfermedad y/o del tratamiento.

Usted ha sido elegido para participar en dicho estudio, ya que cuenta con las características necesarias para ser participe, ya que se encuentra en un rango de edad entre los 18 y 85 años, asiste regularmente a la Clínica del Riñón Contigo da Vida para realizarse el tratamiento sustitutivo de hemodiálisis, además de ser una persona que puede valerse por sí misma para realizar sus actividades cotidianas.

### **Objetivo del estudio**

Determinar la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con enfermedad renal crónica que se encuentran en tratamiento con hemodiálisis.

### **Descripción de los procedimientos**

Para la recolección de datos se empleará una ficha sociodemográfica destinada a recabar información básica de los participantes. Para medir la calidad de vida se empleará el Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF de la Organización Mundial de la Salud. El mismo que está orientado a identificar el nivel de calidad de vida global. Es un cuestionario autoadministrado, en el cual se tiene que contestar a 26 preguntas a través de una escala de respuesta con opciones de 0 – 5. El tiempo de referencia para las respuestas a este cuestionario es de las dos últimas semanas. El tiempo requerido para contestar a estos cuestionarios es de aproximadamente 30 minutos. Se trabajará con todos los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión.

### **Riesgos y beneficios**

Al decidir participar, usted deberá tener en cuenta que es posible que este estudio no traiga beneficios directos a usted, sin embargo, al final de esta investigación, la información que genera, puede aportar beneficios a los demás. Por otro lado la confidencialidad es un aspecto que se debe garantizar en este tipo de estudios por lo que los investigadores manejarán esta información con la responsabilidad social de la investigación.

### **Otras opciones si no participa en el estudio**

He sido informado(a) de que mi participación en este estudio es completamente voluntaria, de modo que puedo decidir, en cualquier momento si así fuera, no contestar las preguntas si me siento incómodo(a) desde cualquier punto de vista. Esa libertad de participar o de retirarme, no involucra ningún tipo de sanción, ni tener que dar explicación, y que una eventual no participación o retiro no tendrá repercusión en alguna área de mi vida u otro contexto.



<b>Derechos de los participantes</b> <i>(debe leerse todos los derechos a los participantes)</i>	
Usted tiene derecho a:	
<ol style="list-style-type: none"><li>1) Recibir la información del estudio de forma clara;</li><li>2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;</li><li>3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;</li><li>4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;</li><li>5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;</li><li>6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;</li><li>7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;</li><li>8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;</li><li>9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);</li><li>10) Que se respete su intimidad (privacidad);</li><li>11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;</li><li>12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;</li><li>13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;</li><li>14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;</li><li>15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.</li></ol>	
<b>Información de contacto</b>	
Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame a los siguientes teléfonos que pertenecen a las investigadoras.	
Nombre: Erika Piedra Correo: erika.piedra@ucuenca.edu.ec andrea.quevedo@ucuenca.edu.ec Celular: 0969025627	Nombre: Andrea Quevedo Correo: Celular: 0983260512

<b>Consentimiento informado</b>
Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

_____	_____	_____
Nombres completos del/a participante	Firma del/a participante	Fecha
_____	_____	_____
Nombres completos del testigo <i>(si aplica)</i>	Firma del testigo	Fecha
_____	_____	_____
Nombres completos del/a investigador/a	Firma del/a investigador/a	Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: jose.ortiz@ucuenca.edu.ec
---