

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA, CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

TEMA:

Relación entre nivel socioeconómico, apoyo emocional y adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica. Estudio con pacientes que reciben tratamiento en una clínica de la ciudad de Tulcán.

AUTORA:

Chávez Vera Melanny Sophia

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL**

TUTORA:

Quevedo Terán Ana Maritza

Guayaquil, Ecuador

01 de septiembre del 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA, CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Chávez Vera Melanny Sophia**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Trabajo Social**.

TUTORA

f. _____

Quevedo Terán Ana

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

St.Omer Navarro, Vilma Noemí

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA, CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Chávez Vera Melanny Sophia**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Relación entre nivel socioeconómico, apoyo emocional y adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica. Estudio con pacientes que reciben tratamiento en una clínica de la ciudad de Tulcán**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Trabajo Social**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2026

LA AUTORA

f. _____

Chávez Vera Melanny Sophia



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA, CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

AUTORIZACIÓN

Yo, **Chávez Vera Melanny Sophia**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Relación entre nivel socioeconómico, apoyo emocional y adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica. Estudio con pacientes que reciben tratamiento en una clínica de la ciudad de Tulcán.**

, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2026

LA AUTORA:

f. _____

Chávez Vera Melanny Sophia

REPORTE COMPILATIO



Certificado de análisis

Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Melanny Chávez AGOSTO-REVISADO-Agosto25

ID : 7a8bd44256b19ce841423ae804093c562ec30dc9



2%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : Melanny Chávez AGOSTO-REVISADO-Agosto25.txt
Tamaño del archivo original : 487,02 kB
Número de palabras : 25.248

Depositante : Ana Maritza Quevedo Teran
Fecha de depósito : 7 de septiembre de 2026
Tipo de carga : interface
fecha de fin de análisis : 7 de septiembre de 2026

Resumen (sección 1/2)

Localización de los textos sospechosos en el documento :



Incluido en el porcentaje de textos sospechosos :



Similitudes

<1%

Pasajes con similitudes a fuentes encontradas en diferentes colecciones.



Detección de IA

2%

Textos estilísticamente próximos a un texto generado por una IA.

Este índice es un indicador y no una prueba. Comprueba con el autor si domina los conocimientos mencionados en el documento.



Firma de Estudiante

f. _____

Chávez Vera Melany Sophia

Firma de Docentes

f. _____

Quevedo Terán Ana

TUTORA

f. _____

Lic. Christopher Muñoz Sánchez, Mtr.

COORDINADOR UIC B-2025

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por acompañarme en cada etapa de mi vida, iluminar mi camino y darme la fortaleza necesaria para nunca rendirme ante las dificultades.

A mis padres, que con sacrificio, esfuerzo y trabajo duro hicieron posible que llegara hasta aquí, todo lo que hoy soy es gracias a ustedes. No hay palabras suficientes para expresar la gratitud que siento. Que sepan que cada sacrificio valió la pena y que ser motivo de su orgullo es mi logro más grande. Este triunfo es suyo, porque sin ustedes nada de esto habría sido posible. Los amo con todo mi corazón

A mis hermanos que han sido una inspiración para no quedarme un paso atrás y poder lograr mis metas, gracias por enseñarme que los sueños se alcanzan con constancia.

A mi tutora, la licenciada Ana Quevedo, por su guía, paciencia y valiosos aportes durante el desarrollo de esta tesis. Su apoyo fue fundamental para culminar este trabajo.

Mi gratitud a los pacientes y familiares de la clínica que confiaron en mí y compartieron sus historias. Su apoyo y apertura hicieron posible la realización de este proyecto.

A mi mejor amiga Estefy, por tus palabras de aliento cuando más las necesitaba, por festejar mis logros como si fueran propios, gracias por jamás dudar de mí.

Por último, quiero agradecer a una persona que estos últimos meses ha estado a mi lado con amor, paciencia y apoyo constante. Herney gracias por ser parte de este proceso, a tu lado todos mis miedos desaparecen y siento que todo es posible, por eso y por mucho más, gracias

Al final somos una mezcla de todas las personas que han sido parte de nuestro camino. Me alegra saber que algunas de ellas son parte esencial de quien soy hoy.

DEDICATORIA

Este logro, los que vendrán y mi vida entera están dedicados a mis hijas. Lo único que he querido siempre es que se sientan orgullosas de su madre, porque cada meta alcanzada lo hago pensando en ustedes. Ojalá algún día, al mirar este logro, puedan sentir el inmenso amor que hay detrás de él, porque todo, absolutamente todo, es por y para ustedes.

Este trabajo es una muestra de que los sueños se cumplen y que ustedes siempre serán la razón de los míos. Las amo.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA, CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS

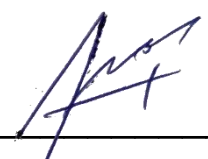
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. 
Quevedo Terán Ana
TUTORA

f. 
VILMA NOEMÍ ST.OMER NAVARRO
DIRECTORA DE CARRERA

f. 
CHRISTOPHER FERNANDO MUÑOZ SÁNCHEZ
COORDINADOR DEL ÁREA

f. 
JULIO BECCAR VARELA
DOCENTE Oponente

ACTA DE CALIFICACIÓN



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD SISTEMA DE EDUCACION A DISTANCIA. (Cod. 34)
CARRERA TRABAJO SOCIAL (R). (Cod. 435)
PERIODO A-2026 (Cod. 14734)

ACTA DE TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN TRABAJO DE TITULACIÓN

El Tribunal de Sustentación ha escuchado y evaluado el Trabajo de Titulación denominado "RELACION ENTRE NIVEL SOCIOECONOMICO, APOYO EMOCIONAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA. ESTUDIO CON PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO EN UNA CLINICA DE LA CIUDAD DE TULCAN", elaborado por el/la estudiante MELANNY SOPHÍA CHÁVEZ VERA, obteniendo el siguiente resultado:

Nombre del Docente-tutor	Nombres de los miembros del Tribunal de sustentación		
ANA MARITZA QUEVEDO TERAN	CHRISTOPHER FERNANDO MUÑOZ SANCHEZ	MERLI ROSSANNA LOPEZ RODRIGUEZ	JULIO MARIA BECCAR VARELA
Etapas de ejecución del proceso e Informe final			
10 / 10	10.00 / 10	10.00 / 10	10.00 / 10
	Total: 30 %	Total: 30 %	Total: 40 %
Parcial: 50 %	Parcial: 50 %		
Nota final ponderada del trabajo de título: 10.00 / 10			

Para constancia de lo actuado, el (la) Coordinador(a) de Titulación lo certifica.

Coordinador(a) de Titulación

ÍNDICE

Contenido

1.1Antecedentes de la Investigación	3
1.1.1Antecedentes Contextuales	3
1.1.2Antecedentes Investigativos.....	5
1.2.Planteamiento del ProblemadeInvestigación	8
1.3.Preguntas de Investigación.....	12
1.4.Objetivos de Investigación	13
1.4.2.Objetivos específicos	13
2.1. Referente Teórico	16
2.1.1. Teoría sistémica.....	16
2.1.2. Características de la teoríasistémica.....	17
2.1.3. Elementos que configuran la teoría sistémica.....	19
2.1.4. Principios y postulados de la teoría sistémica.....	20
2.1.5. Relación entre teoría sistémica y salud.....	22
2.2. Referente Conceptual	24
2.2.1. Proceso salud enfermedad	24
2.2.2. Enfermedades catastróficas	24
2.2.3. Insuficiencia renal y sus estadios	26
2.2.4. Estratificación socioeconómica	28
2.2.5. Nivel socioeconómico.....	28
2.2.6. Condiciones sociodemográficas.....	29

2.2.7. Factores psicosociales y enfermedad renal	30
2.2.8. Calidad de vida.....	31
2.2.9. Familia.....	31
2.2.10. Redes de apoyo	33
2.2.11. Adherencia al tratamiento	33
2.2.12. Apoyo emocional	34
2.2.13. Intervención social con pacientes.....	35
2.3. Referente Normativo.....	36
2.3.1. Normativas Nacionales	36
2.3.2 Normativas Internacionales.....	37
2.4. Referente Estratégico	38
3.1. Enfoque de la Investigación.....	40
3.2. Tipo y Nivel de la Investigación	40
3.3. Método de la Investigación	40
3.4. Universo, Muestra y Muestreo	41
3.5. Formas de Recolección de la información	42
3.6. Formas de Análisis de Información.....	42
4.1. Cuando la enfermedad renal llega	46
4.1.1. Caso1-P1M(2026)	46
4.1.2 Caso2–P2H(2026).....	48
4.1.3 Caso3-P3H(2026)	50
4.1.4. Caso4-P4H(2026)	52

4.2. Nivel socio-económico y adherencia	54
4.3. Nivel socioeconómico identificado.....	54
5.1. Conclusiones	72
5.2. Recomendaciones	74
Bibliografía	76

RESUMEN

El objetivo principal de este estudio fue analizar la relación entre nivel socio-económico, apoyo emocional y adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben atención en una clínica de la ciudad de Tulcán durante el año 2025 para verificar la asociación existente entre estas variables en el contexto local. La enfermedad renal impacta directamente a la calidad de vida de los pacientes y de forma considerable; los pacientes tienden a experimentar fatiga crónica, limitaciones físicas, dependencia económica y cambios en sus emociones, influyendo directamente a la adherencia de los tratamientos.

Para realizar este análisis se adoptó un enfoque mixto de nivel descriptivo, apoyado en un muestro por conveniencia. Se estudiaron 5 casos de personas que padecen insuficiencia renal, recolectando datos sobre el nivel socio-económico y nivel de adherencia; además se entrevistaron a miembros de las familias de los pacientes (esposa, hija, hermana). Los hallazgos de este estudio sugieren que, existe una relación directa entre nivel socioeconómico y nivel de adherencia, además de identificar que, sobre la economía se encuentra la relación parentofilial y la relación de parejas, como influencia generadora de la adherencia al tratamiento.

Los resultados muestran que las dificultades para seguir el tratamiento están relacionadas con condiciones sociales y familiares concretas, como la falta de recursos económicos, las responsabilidades laborales, el cansancio, la confusión frente a la cantidad de medicamentos, el malestar emocional y la disponibilidad de apoyo familiar.

Palabras Claves: tratamiento, insuficiencia renal, intervención, nivel socioeconómico, adherencia

ABSTRACT

The primary objective of this study was to analyze the relationship between socioeconomic status, emotional support, and treatment adherence among patients with chronic renal failure receiving care at a clinic in the city of Tulcán in 2025, in order to verify the association between these variables within the local context. Kidney disease has a significant, direct impact on patients' quality of life; patients often experience chronic fatigue, physical limitations, financial dependence, and emotional changes, all of which directly influence treatment adherence.

A descriptive mixed-methods approach was adopted for this analysis, supported by convenience sampling. Five cases of individuals with kidney disease were studied, collecting data on socioeconomic status and adherence levels. Family members of the patients (wife, daughter, sister) were also interviewed. The findings of this study suggest a direct relationship between socioeconomic status and adherence levels. Furthermore, the study identified that, in addition to socioeconomic status, the parent-child relationship and the couple's relationship are influential factors in treatment adherence.

The results show that difficulties in adhering to treatment are related to specific social and family conditions, such as lack of economic resources, work responsibilities, tiredness, confusion regarding the amount of medication, emotional distress, and the availability of family support.

Keywords: *treatment, renal failure, intervention, socioeconomic status, adherence*

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal impacta directamente a la calidad de vida de los pacientes y de forma considerable; los pacientes tienden a experimentar fatiga crónica, limitaciones físicas, dependencia económica y cambios en sus emociones, influyendo directamente a la adherencia de los tratamientos. Estudios realizados demuestran que en Ecuador el porcentaje de pacientes es significativo para la adherencia moderada y que a su vez existen factores sociales, económicos y emocionales que afectan al compromiso de los pacientes en su terapia.

En el primer capítulo de este estudio se describen los antecedentes contextuales e investigativos, en donde se analizan desde diferentes perspectivas de autores del tema planteado; se observan las preguntas y objetivos de investigación que se desprenden de elementos de la problematización de este estudio.

En cuanto al capítulo 2 se plantea un marco teórico que propone el modelo sistémico, un marco conceptual robusto que brinda elementos para analizar los resultados del capítulo 4. También, se plantea un marco normativo y estratégico que tributa a los derechos a la salud, vida y calidad de vida

Asimismo, en la metodología planteada se usó un enfoque cualitativo, aplicando una entrevista a profundidad a una muestra de 4 personas

Los resultados del capítulo 4 plantean que, recoge información relevante obtenida a partir de la entrevista a los 4 casos de pacientes con insuficiencia renal.

CAPÍTULO 1:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes de la Investigación

1.1.1 Antecedentes Contextuales

La enfermedad renal crónica o ERC se caracteriza por ser un problema de salud pública a nivel mundial; según la Sociedad Internacional de Nefrología cerca de 850 millones de personas padecen algún grado de afección renal, por lo que la enfermedad se ubica en el sexto lugar de causa de muerte con mayor crecimiento en el sistema de salud mundial. En América Latina entre 300 y 650 personas por cada millón de habitantes requiere de un tratamiento de reemplazo renal sobre todo a consecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles entre ellas la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y otras patologías del sistema cardiovascular; el contexto se agrava considerando las condiciones socioeconómicas, limitaciones para accesos a servicios especializados de salud y una baja cobertura de programas para la prevención de este tipo de patologías (Langham et al., 2022).

En Ecuador, el panorama tiene características específicas sobre todo por la complejidad que tienen los pacientes para acceder al sistema de salud y cubrir sus necesidades; el Ministerio de Salud Pública del Ecuador identificó que en el año 2022 existían 20800 personas en tratamiento para un reemplazo renal entre las cuales 12052 eran hombres y 8748 mujeres. Se debe tener en cuenta que existe un grupo etario entre los 40 y 64 años donde se ve una prevalencia nacional. Se conoce que esta enfermedad alcanza más 100 mil casos por cada 1.000.000 de habitantes con una incidencia de 169.6 casos anuales por millón (Eguiguren et al., 2022).

El tratamiento de diálisis se cubre de forma gratuita por el estado a través del Ministerio de Salud Pública y del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, intervienen también otros seguros públicos como ISSFA e ISSPOL, esto gracias a que en 2012 fue declarada como una enfermedad catastrófica, aunque se debe considerar que los costos económicos son sumamente

elevados, de hecho, cada paciente representa un gasto aproximado de 1.456 dólares al mes, es decir, aproximadamente 17 mil dólares al año. Este tratamiento implica un consumo significativo del presupuesto público para la salud ya que se destina cerca del 11% del total nacional destinado para el sector de la salud. (Sánchez Pazmiño,2016)

Incluso con los esfuerzos del Estado tanto la cobertura y como la distribución de los servicios de salud para esta área son sumamente notorios, 13 de las provincias del Ecuador disponen de unidades de diálisis que son certificadas por lo que muchos pacientes se ven obligados a trasladarse de su localidad a otras ciudades para recibir su tratamiento, afectando no sólo a la economía sino también a la adherencia y la calidad de vida

Ecuador llevó a cabo 324 trasplantes entre enero y mayo del año 2025, experimentando un crecimiento del 5 % en comparación al 2024. La mejora es consecuencia de las políticas públicas para aprovechar al máximo el Sistema Integrado Nacional de Donación y Trasplantes del Ecuador, en cumplimiento de la ejecución del Instituto Nacional de Donación y Trasplante (INDOT) de Ecuador; no obstante, a pesar de haber avanzado significativamente, la lista de espera continúa y es amplia, con una serie de pacientes ecuatorianos que aguardan el trasplante que podría cambiar el rumbo de sus vidas. La situación acentúa la necesidad urgente de determinar cómo promover una cultura de la donación de manera voluntaria y consciente en la sociedad (Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Organos, Tejidos y Células, 2025).

En la ciudad de Tulcán, capital de la provincia del Carchi, existe una población de 92.375 habitantes (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2025). En este sector, la red de salud incluye varios centros de salud pública, clínicas privadas y el Hospital General Luis Dávila de nivel II, estos centros han ampliado su cobertura para atender pacientes con ERC. Además, en lo particular existe una clínica privada que actualmente atiende a 76 pacientes, distribuidos de la siguiente manera: 23 del IESS, 5 del seguro campesino, 2 del ISSPOL y 46 del MSP. Estos datos fueron recolectados a través de observaciones en la Clínica de los Riñones Menydial en agosto de 2025.

La modalidad para el tratamiento contempla 3 sesiones semanales, los turnos se dan los días lunes, miércoles y viernes, o sea alternan para el turno

de martes, jueves y sábado, en horarios desde las 5:00, 9:00 am y 1:00 pm, cada sesión del tratamiento tiene una duración aproximada de 3 horas este tratamiento se realiza de forma ambulatoria.

La enfermedad renal impacta directamente a la calidad de vida de los pacientes y de forma considerable; los pacientes tienden a experimentar fatiga crónica, limitaciones físicas, dependencia económica y cambios en sus emociones, influyendo directamente a la adherencia de los tratamientos. Estudios realizados demuestran que en Ecuador el porcentaje de pacientes es significativo para la adherencia moderada y que a su vez existen factores sociales, económicos y emocionales que afectan al compromiso de los pacientes en su terapia. Enfermedades como la diabetes, hipertensión y otras patologías oportunistas tienden a afectar el estado clínico de los pacientes dificultando mejoría o recuperación. Es fundamental que se analicen los aspectos clínicos y las determinantes sociales que inciden en la calidad de vida y de salud de la población (Idrobo et al., 2024).

El presente estudio busca enfocar el análisis de la relación entre la calidad de vida y la adherencia a los tratamientos para pacientes con insuficiencia renal en estratos, mismos que reciben atención en la ciudad de Tulcán.

1.1.2 Antecedentes Investigativos

La enfermedad renal crónica representa un riesgo creciente en la salud pública sobre todo en poblaciones con estratos socioeconómicos bajos, lo que compromete la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de pacientes que se ven particularmente comprometidas por esta patología. La literatura científica de los últimos años aborda temáticas con enfoques múltiples para poder comprender tanto los factores clínicos como los determinantes sociales que inciden en la experiencia de los pacientes.

Entre los estudios intervencionistas se presentan dos investigaciones que han mostrado resultados promisorios, primero se cuenta con un ensayo clínico llevado a cabo en Sri Lanka (Dilmi, 2025) dónde se evidenció que la implementación de servicios farmacéuticos clínicos en pacientes que padezcan esta patología renal de causas no tradicionales tuvo un gran

impacto la mejora de la adherencia al tratamiento y de la calidad de vida sobre todo en regiones rurales. Por otro lado, un estudio cuasi experimental llevado a cabo en Irán (Wnag et al., 2024) demostró que la gestión terapéutica farmacológica de forma individual o personalizada incrementó el conocimiento sobre la enfermedad y también la motivación y la adherencia al tratamiento destacando el rol farmacéutico como un agente clave para el cuidado del paciente renal.

Los estudios de diseño transversal ofrecen una visión amplia sobre los factores que se asocian a la calidad de vida y la adherencia de los distintos contextos en los cuales el paciente vive; en Brasil (Renz, 2020) se identificó una baja adherencia al tratamiento que se asocia a síntomas depresivos lo que reducía significativamente la calidad de vida de los pacientes sometidos a hemodiálisis y los afecta en múltiples dimensiones emocionales y funcionales.

En Ecuador (Jimenez et al., 2023) , los pacientes con menores ingresos energéticos y proteicos que provienen de estratos bajos representan al peor control de la presión arterial reflejando la intersección entre la pobreza nutricional y los resultados clínicos que se obtienen de cada paciente; esto coincide con la situación de Perú (Herrera et al., 2019) (Machaca et al., 2024) en donde se ha identificado una relación directa entre la autosuficiencia económica y el nivel educativo con la calidad de vida, los pacientes con menores recursos reportan puntuaciones bajas en los dominios físicos y mental.

Estudios que se han llevado a cabo en Etiopía (Kandasamy et al., 2025) y Grecia (Floria y Kontele, 2022), permiten evidenciar que las variables como el bajo nivel educativo, enfermedades como la anemia o el mal control de la presión arterial se relacionan directamente con una peor percepción de la salud y del bienestar en pacientes que padecen de enfermedad renal crónica. En este mismo sentido en España (Suñer, 2025) se observa que la carga de medicamentos reducía la percepción positiva de un cuidado al paciente ya que esto también implica ciertos riesgos de una herencia y la satisfacción con el tratamiento sobre todo en pacientes con menor acceso a educación sobre la enfermedad renal.

La dimensión psicosocial se ha explorado también con profundidad, a nivel nacional, en un estudio llevado a cabo en Loja (Bolilla et al., 2025) se encontró que el afrontamiento espiritual y religioso positivo se vinculaba con una mejor calidad de vida en los pacientes con hemodiálisis; este hallazgo es relevante sobre todo en los contextos de alta religiosidad y vulnerabilidad social ya que se compara directamente con estudios de carácter estructurado llevados a cabo en países como España (Arenas et al., 2024), donde se revelan inequidades en la elección del tipo de diálisis para cada paciente, ya que aquellos con mayores ingresos optaban por modalidades de diálisis peritoneal mientras que pacientes con menores ingresos quedaban restringidos directamente a la hemodiálisis hospitalaria.

Estudios cualitativos que aportan una visión más profunda sobre la enfermedad en pacientes de Chile, Brasil, China y Reino Unido (Liira, 2018) indican que factores como el nivel educativo, las creencias culturales, el apoyo familiar y la relación con el equipo de salud influyen de manera decisiva en la adherencia al tratamiento; dichos factores son sensibles en las comunidades vulnerables, donde la comunicación efectiva y la empatía pueden marcar la diferencia entre la adherencia terapéutica y el abandono.

En este contexto, el avance tecnológico ha motivado la exploración de estrategias de carácter digital, una revisión sistemática internacional (Scritheran, 2025), (Skoumalova, 2021) evaluó el uso de las aplicaciones móviles en pacientes renales dando como resultado una mejoría tras del uso de estas herramientas, existe mayor adherencia y la eficacia también mejora, sin embargo, todo se condiciona al acceso de la tecnología y la alfabetización digital que son barreras comunes en pacientes de estratos socioeconómicos bajos; se debe sumar que la evidencia global recopilada en una revisión (Khana, 2020) incluye que los determinantes socioeconómicos relacionados a la educación y los ingresos económicos son predictores específicos de la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica especialmente en los países de bajo a mediano ingresos.

Todos estos estudios confirman que la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal no pueden ser analizados de forma aislada; factores estructurales como el nivel socioeconómico, la educación, el acceso a alimentos adecuados la

espiritualidad, el tipo de soporte sanitario y las desigualdades en la atención toman complejidad al momento de abordarlos de manera interdisciplinaria e integral. De esta manera el estudio se inscribe dentro de una línea de investigación el análisis de las brechas haciendo énfasis en pacientes en el estrato que enfrentan mayores desafíos sociales y clínicos.

1.2. Planteamiento del Problema de Investigación

La insuficiencia renal crónica, es una enfermedad que deteriora permanentemente la función de los riñones, lo que afecta a la capacidad de filtración de cualquier desecho líquido que tiene el cuerpo, a su vez esta enfermedad requiere de un tratamiento continuo y altamente exigente que puede incluir diálisis periódicas, medicación, visitas médicas y una restricción dietética; en los casos donde los tratamientos terapéuticos no se cumplen de manera adecuada, el paciente suele presentar complicaciones más graves que pueden llegar a la muerte. La segunda organización de la salud en América latina menciona que la insuficiencia renal crónica va en aumento debido al envejecimiento poblacional y sobre todo el creciente índice de afectación de la diabetes y la hipertensión que se relacionan directamente con el estilo de vida insalubre. Se estima que en Ecuador más de 30.000 personas viven con esta patología y cada año se registran miles de casos nuevos hay muchos casos en fases avanzadas por falta de diagnóstico (Palma et al., 2024).

La atención a pacientes con insuficiencia renal en Tulcán, se da en la clínica que se encarga de la población local y de pacientes que provienen de otras zonas cercanas; los pacientes referidos son principalmente de los estratos socio-económicos bajos, que son los que enfrentan situaciones particulares. A pesar de que el tratamiento está cubierto en su totalidad por el sistema público existen obstáculos que dificultan la adherencia efectiva al tratamiento, esto tiene impacto directo en la calidad de vida, entendida como el bienestar físico, la percepción individual sobre su estado de salud y las relaciones emocionales en el marco de su participación en la sociedad.

El principal fenómeno identificado es la brecha entre las exigencias del tratamiento para insuficiencia renal y las condiciones reales en las que viven

los pacientes de sectores populares; el acceso formal al tratamiento existe pero no la sostenibilidad del mismo esto debido a los factores sociales y económicos que no están siendo considerados dentro del modelo de atención: Gran parte de los pacientes abandonan o interrumpen el tratamiento por razones estructurales como la falta de ingreso, la imposibilidad de asistir, la ausencia del acompañamiento emocional o el desconocimiento del manejo de la enfermedad, estas son situaciones que afectan de manera directa a la salud de los pacientes y deteriora la calidad de vida reduciendo las posibilidades de sobrevivir (Crews, 2020).

Entre las principales causas de esta situación se menciona a la pobreza, relacionado directamente con la falta de empleo, la debilidad de las políticas públicas en el sector de la salud y la atención médica con baja tecnificación que no considera la parte social; las consecuencias pueden ser múltiples y entre ellas se considera el incremento de la mortalidad, desgaste emocional para pacientes y cuidadores, la sobrecarga del sistema de salud y la profundización en las desigualdades (Wang, 2024). Aunque las instituciones hablan de que todas las personas tienen derecho a recibir atención médica, en la práctica muchos pacientes viven situaciones muy distintas. Esta diferencia crea desigualdades de poder y lleva a que se juzgue o estigmatice a quienes no pueden seguir al pie de la letra las indicaciones médicas, muchas veces por razones sociales o económicas.

En Tulcán existe una problemática relacionada con la adherencia al tratamiento renal en pacientes de bajos recursos. Esta población presenta una combinación de características urbanas y rurales lo que genera importantes desigualdades en el acceso a servicios básicos y a infraestructura sanitaria, la cual es limitada. Además, no existen centros especializados adicionales para el tratamiento enfermedades crónicas. La mayoría de los pacientes deben trasladarse largas distancias desde parroquias rurales o comunidades, lo que representa un obstáculo adicional para mantener la continuidad del tratamiento. A esta situación se suma la pobreza, el desempleo y la migración, factores que agravan aún más el panorama.

En comparación con ciudades más grandes como Guayaquil o Quito, Tulcán presenta limitaciones significativas en cuanto a servicios de salud, programas de apoyo y disponibilidad de especialistas. Esta situación se

agrava por su condición de zona fronteriza, lo que genera el constante flujo de población extranjera que también recurren al sistema sanitario local, contribuyendo a la saturación de los servicios disponibles.

En la última década, se ha observado un crecimiento anual del 8 al 10% en los casos de enfermedades crónicas como la insuficiencia renal, según datos del Ministerio de Salud Pública (2022). No obstante, persiste una escasez de estudios locales que analicen esta problemática desde una perspectiva social, evidenciando un vacío que el presente estudio busca abordar.

Los sujetos de estudio serán los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica pertenecientes a diferentes estratos socioeconómicos, que también reciben tratamiento en la clínica renal de Tulcán, durante el período 2024-2025; los sujetos se caracterizan por tener ingresos bajos, trabajar en el sector informal o estar desempleados, acceso limitado a la seguridad social, condiciones de vulnerabilidad estructural, entre otros; generalmente los pacientes provienen de sectores rurales que enfrentan barreras relacionadas con el transporte, desconocimiento de derechos y falta de redes de apoyo.

También se consideran a las familias y cuidadores como parte fundamental del entramado de apoyo necesario para el cumplimiento del tratamiento. Se reconoce el rol del departamento de trabajo social y del equipo interdisciplinario que labora en la clínica, quienes, a través de su intervención directa, permiten comprender cómo se desarrollan las prácticas institucionales y comunitarias en contextos reales y de los discursos como se construye el entorno de la adherencia. Esta delimitación permitirá desarrollar un análisis más profundo, situado y con enfoque ético, que tome en cuenta las condiciones sociales que influyen directamente en el cumplimiento del tratamiento y en la vida, así como en el bienestar de las personas afectada.

El tratamiento de la insuficiencia renal tiene implicaciones profundas para los pacientes y para el entorno familiar; la hemodiálisis es la principal terapia sustitutiva de la cual se requieren sesiones frecuentes, cambios en la vida cotidiana, restricciones en alimentos y visitas médicas frecuentes. Los factores mencionados afectan directamente a la salud física y emocional del paciente, pero a su vez alteran la dinámica familiar, que en muchos de los

casos son quienes deben asumir el rol de cuidadores significando una carga emocional, física y económica, los casos pueden desencadenar estrés, conflictos con disminución de calidad de vida y el agotamiento dentro del núcleo familiar sobre todo en hogares con bajos recursos económicos poco acceso a cualquier red que provea apoyo.

El impacto del tratamiento para el paciente va más allá de lo físico, entre los efectos secundarios se puede identificar la fatiga crónica, el desequilibrio emocional y la sensación de dependencia que se asocia a la pérdida de la autonomía y a una progresiva frustración por la limitación funcional, cualquier tratamiento interfiere con la posibilidad de continuar con una vida social o laboral activa, conduciendo a los pacientes al aislamiento, la ansiedad o la depresión. Esto influye directamente en la percepción del paciente sobre su calidad de vida lo que limita la motivación para adherirse de forma estricta a cualquier tratamiento sobre todo cuando el entorno no lo respalda de manera emocional (Villarroel y Wang, 2025).

La insuficiencia renal es una de las enfermedades con mayores costos para el sistema público del Ecuador, gran parte del tratamiento de hemodiálisis es financiada por el estado a través de contratos con clínicas privadas, el costo anual por cada paciente puede llegar a superar los \$17 000, monto que va en aumento debido al número de casos que se presentan, es esta es la razón por la cual el presupuesto sanitario se ve presionado especialmente considerando que la mayor parte de estos recursos se destinado a la etapa terminal de la enfermedad y no a programas de prevención o diagnóstico. La lógica del financiamiento resulta poco sostenible y llega a limitar la posibilidad de la intervención en estrategias más efectivas y a largo plazo (Muscat, Weinman, Farrugia, & Callus., 2020).

Las clínicas privadas tienen un papel fundamental porque son los principales prestadores de servicios de diálisis en el Ecuador, en muchos de los casos su atención se limita al procedimiento técnico y no a complementar la atención verdaderamente integral. Se ha logrado identificar varias limitaciones en la provisión de servicios complementarios como el apoyo educacional de la nutrición, apoyo psicológico y el seguimiento psicosocial, lo que resulta en una tensión fragmentada y desigual, donde pacientes no

reciben el acompañamiento necesario para que puedan enfrentar de mejor manera la enfermedad crónica garantizando la calidad de vida.

Las políticas de salud vigentes en Ecuador han permitido ampliar la cobertura para el tratamiento renal sustitutivo, pero representan vacíos de estructurales importantes; los avances en el financiamiento de la atención médica no han logrado desarrollar alguna estrategia a nivel nacional para la atención integral que incluya la educación en salud, la promoción del autocuidado y el fortalecimiento de redes para apoyo en comunidades.

Tampoco existen regulaciones claras que exijan que los prestadores de servicio privados ofrezcan atención multidisciplinar lo que se traduce en atención centrada en la enfermedad y no en la persona impidiendo la mejora de la adherencia del tratamiento terapéutico y la calidad de vida para los pacientes de una manera equitativa y sostenible (Pugi et al., 2022). En este contexto, es fundamental entender cómo estas limitaciones estructurales afectan la vida diaria de los pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento en clínicas privadas en ciudades como Tulcán.

1.3. Preguntas de Investigación

1.3.1. Pregunta principal

¿Cómo influye el nivel socioeconómico y el acompañamiento emocional en la adherencia al tratamiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben atención en una clínica de Tulcán en el año 2025?

1.3.2. Sub preguntas

¿Cómo son las formas y el impacto del acompañamiento emocional que perciben los pacientes con insuficiencia renal crónica de la clínica renal de Tulcán?

¿Cuál el nivel socioeconómico y la adherencia al tratamiento en pacientes de diferentes estratos que padecen insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica de Tulcán?

¿Cómo el nivel socioeconómico y el apoyo emocional influyen en la adherencia al tratamiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica que son atendidos en la clínica de Tulcán durante el año 2025?

1.4. Objetivos de Investigación

1.4.1. Objetivo General

Analizar la relación entre nivel socio-económico, acompañamiento emocional y adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben atención en una clínica de la ciudad de Tulcán durante el año 2025 para verificar la asociación existente entre estas variables en el contexto local.

1.4.2. Objetivos específicos

Examinar las formas y el impacto del acompañamiento emocional que perciben los pacientes con insuficiencia renal crónica de la clínica renal de Tulcán.

Identificar el nivel socioeconómico y la adherencia al tratamiento en pacientes de diferentes estratos que padecen insuficiencia renal crónica atendidos en una clínica de Tulcán.

Analizar cómo el nivel socioeconómico y el apoyo emocional influyen en la adherencia al tratamiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica que son atendidos en la clínica de Tulcán durante el año 2025

1.5. Justificación

La insuficiencia renal es una de las enfermedades crónicas que ha ido incrementando a nivel mundial, de hecho, se ha convertido en un desafío para los sistemas de salud sobre todo en países en vías de desarrollo como Ecuador; los últimos datos indican que la prevalencia de pacientes con enfermedades renales va en ascenso impactando de manera significativa la economía, sociedad y psicología. Ecuador, tiene un acceso limitado a los servicios de diálisis y tratamiento especializado, con una concentración de recursos médicos en ciudades principales básicamente, lo que perjudica a la población de ingresos económicos mínimos y zonas periféricas de la ciudad

de Tulcán; en este contexto, nace la necesidad de estudiar los factores sociales, económicos y personales que influyen en la adherencia al tratamiento y para la calidad de vida de quienes sufren la patología.

El tema sobre la calidad de vida y la adherencia al tratamiento para insuficiencia renal responde a la preocupación por una realidad que es poco considerada en el ámbito local, en este caso la vida cotidiana de los pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica, que a más de sobrellevar una patología complicada deben lidiar con complejidades económicas, geográficas (por movilidad) y el acceso limitado a la salud; casos particulares de pacientes en estratos que son de extrema vulnerabilidad se ven afectados en su capacidad a la adherencia para el tratamiento que influye de manera negativa al bienestar general.

Esta problemática incrementa su gravedad cuando la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas, ya que no solo depende del acceso al tratamiento sino también de variables de tipo psicosociales entre ellos el nivel educativo, el apoyo de familiares, percepciones de la salud propia. Investigaciones llevadas a cabo en Ecuador y Perú identificaron que existe correlación entre la adherencia al tratamiento medicamentoso y la calidad de vida de los pacientes, esto sobre todo debe considerarse para pacientes con tratamiento en hemodiálisis; en estos casos se deben considerar que se ha identificado que, para niveles económicos menores, la relación es más débil.

Esta investigación, desde la perspectiva teórica, pretende contribuir para el entendimiento de la influencia en la calidad de vida en la adherencia del tratamiento en el contexto local; a pesar de la existencia de importante literatura sobre la enfermedad renal crónica, el enfoque sobre la relación entre las dos variables ha sido poco estudiada.

La investigación ofrece beneficios concretos que permiten identificar factores que dificultan la adherencia al tratamiento de pacientes con esta patología, la información que se recopile puede ser de utilidad para los profesionales de la salud y otros profesionales afines. Los resultados permitirán realizar intervenciones adaptadas a las condiciones económicas y sociales de pacientes permitiendo facilitar la atención para que sea efectiva, humanizada y contextualizada; a nivel institucional los hallazgos pueden

orientar la implementación de programas de atención de forma integral considerando el estado clínico de los pacientes, su entorno familiar y comunitario.

El valor de este estudio radica en el impacto positivo que puede generar en la comunidad, considerando las condiciones de vida de las personas que son diagnosticadas con la patología renal que pertenezcan a estratos sociales bajos se podrá contribuir a una comprensión mejorada sobre las desigualdades en la salud promoviendo la equidad del acceso a los servicios médicos garantizando calidad.

Desde la disciplina de trabajo social la presente investigación es pertinente porque analiza la insuficiencia renal crónica desde una perspectiva integral, considerando los determinantes sociales que influyen en la adherencia al tratamiento y en la calidad de vida de los pacientes, el trabajo social aporta al estudio el visibilizar factores como el nivel socioeconómico, el apoyo familiar, las condiciones territoriales y el acceso desigual a los servicios de salud inciden en el bienestar de personas en situación de vulnerabilidad permitiendo generar insumos para el diseño de estrategias de intervención psicosocial, el acompañamiento familiar y para fortalecer el acceso la atención de salud de forma equitativa.

Asimismo la investigación contribuye al objetivo de desarrollo sostenible 3: salud y bienestar, promover el acceso de servicios de salud de calidad y el manejo integral de enfermedades crónicas de manera transversal a la reducción de desigualdades evidenciando brechas sociales que afectan a la población de bajos recursos, el estudio se articula con los dominios de investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil que se vincula a la salud , bienestar y el desarrollo humano ya que genera conocimiento orientado a la mejora de la calidad de vida promoviendo la equidad social y el fortalecimiento de intervenciones institucionales para una foto que humaniza de contextualizar.

CAPÍTULO 2:

MARCOS REFERENCIALES

1.2 Referente Teórico

1.2.1 Teoría sistémica

La teoría sistémica conocida también como teoría general de sistemas, es un enfoque teórico que buscan la comprensión de la realidad desde una perspectiva integral y relacional, esta teoría fue desarrollada por el biólogo austriaco Ludwig Von Bertalanffy, en la década de 1940 como una alternativa al pensamiento reduccionista tradicional en el cual se analizan los fenómenos dividiéndolos en partes independientes (Penney et al., 2018); entonces, la teoría sistémica propone que un sistema no puede entenderse simplemente por el análisis de sus componentes por separado sino que es necesario que se observen cómo se relacionan e interactúan entre sí; esta visión considera que el todo es más que la suma de sus partes ya que en la interacción surgen propiedades emergentes que no pueden explicarse por los elementos individuales.

Autores contemporáneos han reafirmado la vigencia del enfoque antes mencionado, según Becerra G. (2020), la teoría sistémica continúa siendo fundamental en la comprensión de los fenómenos complejos porque permite integrar múltiples niveles de análisis dentro de un marco coherente, esta información es similar a otro estudio (Torres N. , 2019) que enfatiza que los sistemas sociales son estructuras abiertas que se autorregulan mediante procesos de comunicación y retroalimentación para adaptarse constantemente a los cambios del entorno (Becerra, 2020).

En el campo del Trabajo Social y las ciencias de la salud, la teoría sistémica ha sido aplicada para comprender la interacción entre individuos, familias, instituciones y contextos sociales, este enfoque facilita la identificación de los flujos de comunicación y de la retroalimentación entre los distintos niveles del sistema lo cual resulta esencial para diseñar intervenciones integrales en contextos de vulnerabilidad.

La teoría sistémica ofrece una visión del mundo basada en la totalidad, la interconexión y la dinámica entre elementos, a diferencia de enfoques lineales que buscan causas únicas para los problemas, esta teoría plantea que los fenómenos sobre todo los que se presentan en sistemas complejos como los humanos, sociales o ecológicos, tienen múltiples causas y efectos; por ello no basta con analizar sólo los factores sino que hay que observar el sistema completo, su entorno, historia y sus componentes que se afectan actualmente (Burton et al., 2018).

En este sentido esta teoría permite comprender la complejidad del mundo moderno y abordar situaciones desde una perspectiva más realista e interconectada; por ejemplo, en el ámbito social la teoría se usa para analizar cómo factores como la educación, empleo como familia y salud mental se relacionan y producen en determinados resultados (Burton et al., 2018). Es una manera de pensar que no se busca culpables sino patrones y relaciones que expliquen cómo se producen ciertos efectos.

1.2.2 Características de la teoría sistémica

La teoría sistémica se caracteriza por ofrecer un enfoque holístico que integra las múltiples dimensiones de la realidad y las relaciones entre componentes, es una teoría interdisciplinaria porque se aplica en diversos campos como la biología, psicología, sociología, administración, medicina, educación, entre otros. Su enfoque es dinámico y relacional, privilegiado conexiones, los procesos y la interacción entre los elementos más que su estructura estática.

En los últimos años diversos autores han destacado la relevancia de su perspectiva para abordar la complejidad de los fenómenos contemporáneos, Vásquez A. (2020) el pensamiento sistémico representa un cambio de paradigma que sustituye la visión mecanicista del mundo por una Concepción orgánica de redes vivas donde todo sistema se encuentra interconectado y en constante transformación. Los autores señalan que comprender la realidad desde esta lógica permite identificar patrones, flujos de energía e información que mantiene la coherencia del sistema y posibilitan su evolución (Vasquez, 2020).

Asimismo, Moreno M. (2020) sostienen que la teoría ofrece un marco conceptual esencial para la comprensión de los sistemas humanos y sociales al reconocer que cada acción o decisión dentro del sistema genera repercusión en el conjunto; desde su análisis, el valor de este enfoque radica en su capacidad integradora, ya que permite la convergencia entre disciplinas y facilita el diseño de soluciones más sostenibles y contextualizadas. Los autores enfatizan que esta mirada es especialmente pertinente en áreas como la salud y la educación donde los fenómenos deben interpretarse como redes de relaciones dinámicas entre personas, instituciones y entornos (Moreno, 2020).

Se trata de una teoría abierta y flexible que puede adaptarse a distintos niveles de análisis y tipos de sistemas, desde los más simples hasta los más complejos; permite analizar tanto sistemas cerrados como abiertos; también se enfoca en la autorregulación de los sistemas y en su capacidad para aprender cómo adaptarse y evolucionar frente a las circunstancias cambiantes (Li et al., 2023). Estas propiedades hacen que la teoría pueda aplicarse tanto en ciencias naturales como en las ciencias sociales, en contextos individuales o colectivos y en campos tan variados como los mencionados.

Presta especial atención a la estructura y organización interna de los sistemas no se enfoca solamente en los elementos individuales, sino que se enfoca también en cómo están organizados y cómo se conectan entre sí para identificar el tipo de relación que los sostiene, la organización determina muchas veces el comportamiento del sistema y sus resultados, un cambio en la organización puede generar nuevas propiedades emergentes sin necesidad de que se modifiquen los componentes (Notarnicola et al., 2024)..

Una propiedad emergente es una cualidad que surge sólo cuando las partes interactúan y pueden predecirse a partir del análisis aislado de cada parte, la conciencia no puede explicarse sólo desde las neuronas sino también desde la complejidad del sistema cerebral, este es un ejemplo y es un fenómeno central en la teoría sistémica que refleja el rechazo a la fragmentación o al reduccionismo (Carrol, 2022).

Muchos sistemas presentan la capacidad de aprender de la experiencia y adaptarse a nuevas condiciones, esto se observa en organizaciones que ajustan sus procesos tras una crisis o en personas que modifican sus

conductas tras un evento traumático; en teoría sistémica esta propiedad se relaciona con los sistemas adaptativos complejos que pueden modificar sus reglas internas en función de su historia o entorno (Carrol, 2022).

Los sistemas suelen organizarse en niveles jerárquicos donde cada nivel puede contener subsistemas y el mismo tiempo formar parte de un sistema mayor; esta organización jerárquica permite analizar distintos niveles de complejidad como en el caso del ser humano y sus distintos niveles que inician con célula y terminan en sociedad, esta visión permite comprender cómo los problemas o los cambios en un nivel pueden repercutir en otros (Notarnicola et al., 2024).

La multicausalidad y la transdisciplinariedad son características de esta teoría, que considera que los fenómenos no tienen una sola causa, sino que se explican por la interacción de múltiples factores, esto se opone al pensamiento lineal de causa y efecto; la multicausalidad es esencial en comprensión de fenómenos complejos como en el caso del comportamiento humano, las enfermedades, aprendizaje y los conflictos sociales (Notarnicola et al., 2024). Así mismo, esta teoría no se limita a una disciplina, sino que integra conocimientos y metodologías de diversas áreas promoviendo un enfoque transdisciplinario lo que enriquece la comprensión de los fenómenos y a su vez la colaboración entre ciencias como la biología, psicología, cuál sociología, economía, ecología, entre otras (Notarnicola et al., 2024).

1.2.3 Elementos que configuran la teoría sistémica

Según esta teoría todo el sistema está compuesto por varios elementos fundamentales, en primer lugar, están las entradas que son los elementos que ingresan al sistema desde su entorno, como la información, energía o recursos; dentro del sistema ocurre el proceso de transformación donde las entradas se procesan o son modificadas. El resultado de este proceso se manifiesta en las salidas que son los productos con más resultados por respuestas del sistema (Stark et al., 2021).

Otro elemento clave es la retroalimentación que permite que el sistema se autorregula, a través de este elemento el sistema recibe información sobre su desempeño y puede ajustar su funcionamiento para mejorar su eficiencia o adaptarse al cambio. Además, todo el sistema tiene límites que los separan

del entorno a pesar de que estas fronteras pueden ser más o menos permear (Carrol, 2022). Finalmente es importante que se consideren los subsistemas que son partes internas del sistema mayor, así como el suprasistema que es el entorno o sistema superior del que forma parte.

Tabla 1: Elementos de la Teoría Sistémica

Elemento	Descripción
Entradas inputs	Elementos que ingresan al sistema desde el entorno como la energía o información
Procesos throughputs	Lo que el sistema hace con las entradas transformación o cambio
Salidas outputs	Resultado del proceso del sistema
Retroalimentación	Información sobre el resultado que regresa al sistema para autorregularse
Entorno	Todo lo externo al sistema que influye o es influido por él
Límites o fronteras	Separan el sistema de su entorno, pero permiten el intercambio
Subsistemas	Sistema más pequeño dentro de un sistema mayor.

Nota: Elementos de la teoría sistémica. Stark R. et al. (2021)

Principios y postulados de la teoría sistémica

- **Totalidad:**

Este principio sostiene que *el todo es más que la suma de las partes*. Cada elemento dentro de un sistema adquiere sentido únicamente en relación con el conjunto, por lo que no puede comprenderse de manera aislada. La interacción entre los componentes genera propiedades emergentes que no existen en los elementos por separado.

- **Interdependencia:**

Todos los elementos del sistema están conectados e influyen entre sí,

un cambio en una parte afecta inevitablemente a las demás, lo que implica que el comportamiento del sistema depende de la red de relaciones internas y no solo de los componentes individuales.

- **Equifinalidad:**

Este postulado plantea que *un mismo resultado puede alcanzarse por diferentes caminos o condiciones iniciales*; en otras palabras, los sistemas abiertos pueden llegar a un mismo estado final a través de diversos procesos, dependiendo de las interacciones con su entorno.

- **Retroalimentación:**

Los sistemas se regulan a través de *bucles de feedback* o retroalimentación; esta puede ser positiva, cuando amplifica los cambios y promueve la evolución, o negativa, cuando busca mantener la estabilidad y el equilibrio interno del sistema.

- **Homeostasis:**

Se refiere a la *capacidad del sistema para mantener un equilibrio interno* frente a las perturbaciones externas, la homeostasis garantiza la estabilidad dinámica del sistema y su capacidad de autorregulación.

- **Adaptación y evolución:**

Los sistemas son entidades abiertas que interactúan constantemente con su entorno, gracias a esta relación, pueden *comprender, ajustarse y transformarse* para responder a los cambios del medio, desarrollando estrategias de evolución y resiliencia.

- **Entropía y neguentropía:**

La entropía expresa la tendencia natural al desorden y a la pérdida de energía dentro de un sistema, mientras que la neguentropía representa la capacidad de reorganizarse, incorporar nueva información y restablecer el orden. La interacción entre ambos procesos determina la vitalidad y sostenibilidad del sistema.

Uno de los principales desafíos de la teoría sistémica es que, aunque ofrece un marco conceptual muy completo, puede ser difícil de aplicarse de forma concreta, su carácter abstracto y general hace que muchas veces no

se traduzca fácilmente en procedimientos operativos sobre todo en contextos donde se requieren soluciones rápidas y específicas (Khayal, 2019).

Relación entre teoría sistémica y salud

En el ámbito de la salud, la teoría sistémica tiene una gran relevancia porque permite entender a la salud y la enfermedad como fenómenos complejos e integrados, desde este enfoque, el ser humano no es visto como un conjunto de órganos separados sino como un sistema biopsicosocial, donde interactúan factores biológicos como psicológicos y sociales. La enfermedad no se explica únicamente por una causa física sino también por factores emocionales familiares culturales y ambientales.

En los últimos años diversos autores han profundizado en la aplicación del modelo sistémico en el campo de salud resaltando su valor para comprender los procesos de salud enfermedad desde una visión integral e interdisciplinaria. Según Frazier L. (2020) el enfoque biopsicosocial derivado de la teoría sistémica constituye un cambio de paradigma frente al modelo biomédico tradicional porque reconoce que las enfermedades no son meramente biológicas, sino también resultado de la interacción dinámica entre el cuerpo, mente y contexto social (Frazier, 2020); Naranjo Y. (2019) destacan que el pensamiento sistémico permite analizar la enfermedad como un fenómeno que se inscribe en redes familiares y comunitarias donde las relaciones afectivas o los roles sociales actúan como factores que favorecen o limitan el bienestar de tal manera que, la salud se concibe como un proceso relacional sostenido por la comunicación, la cooperación y la adaptación dentro de un sistema humano (Naranjo Y. , 2019).

El enfoque sistémico aplicado a la salud permite una comprensión ecológica del ser humano en la que los factores biológicos como psicológicos y sociales se articulan de forma continua; desde esta perspectiva las intervenciones en salud no deben centrarse únicamente en tratar los síntomas físicos a sino también en fortalecer las redes de apoyo emocional y familiar, así como en transformar las condiciones sociales que inciden en la enfermedad. Estudios de Pereira E. et al. (2023) argumentan que la teoría sistémica ofrece herramientas conceptuales para la práctica clínica y comunitaria porque impulsa la creación de modelos de atención más

participativos, preventivos y humanizados donde el paciente es considerado como un sujeto activo dentro de su propio proceso de recuperación (Pereira et al., 2023).

Desde este punto de vista la enfermedad puede ser entendida como una manifestación de un desequilibrio sistémico, una alteración en las relaciones internas del individuo o entre individuos y su entorno, un ejemplo claro se encuentra en el abordaje de enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión, desde una visión sistémica no sólo se aceptan medicamentos sino que se consideran también factores como el estrés, hábitos alimenticios, dinámica familiar, actividad física, a la salud a nivel de educación del paciente de manera que el tratamiento se vuelve más integral y personalizado y no meramente algo clínico (Jha et al., 2022).

En resumen, la teoría sistémica en salud promueve una atención integral donde se consideran todas las dimensiones del ser humano y se busca un equilibrio dinámico entre ellas lo que se traduce en un modelo más humano como preventivo y contextualizado que reconoce la complejidad de los procesos de la salud y la enfermedad. En definitiva, la elección de la teoría sistémica para este estudio se fundamenta en la necesidad de comprender la salud como un fenómeno complejo e interrelacionado, en el caso de pacientes con insuficiencia renal crónica, la adherencia al tratamiento no depende sólo de factores médicos sino también del contexto social, económico y emocional en que están inmersos. Las variables como el nivel socioeconómico y el apoyo emocional influyen de manera conjunta en las decisiones y comportamientos del paciente; considerando que cada persona forma parte de un sistema más amplio con el que interactúa de manera constante.

Este enfoque es especialmente útil porque considera que los problemas de salud no pueden estudiarse de forma aislada sino cómo el resultado de múltiples factores que se retroalimentan entre ellos; aplicando la teoría sistémica dentro de este contexto facilita la identificación de relaciones entre las condiciones de vida de los pacientes y la adherencia al tratamiento permitiendo realizar un análisis integral, realista y humano; de esta manera se pueden proponer estrategias de intervención efectivas y que consideren al individuo, su entorno y las dinámicas que lo rodean.

2.2. Referente Conceptual

2.2.1. Proceso salud enfermedad

El proceso salud-enfermedad es una categoría fundamental en la comprensión del fenómeno humano desde la perspectiva biopsicosocial, tradicionalmente se entendía a la salud como la ausencia de la enfermedad, pero esta concepción ha sido superada por un enfoque integral que reconoce la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales.

La Organización Mundial de la Salud definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; este planteamiento marcó un cambio de paradigma ya que se concibe a la salud como una condición dinámica y multidimensional en la cual el individuo participa activamente en su propio cuidado y en la construcción de su bienestar (Lunardi y Le Leu, 2024).

El proceso salud enfermedad se concibe, como una unidad dialéctica donde ambos estados son parte de un continuo, según Carreia D. (2023) este proceso es el resultado de las condiciones históricas sociales y económicas que determinan el modo de vida de personas; las enfermedades no pueden entenderse sólo desde la biología sino también desde el contexto social y estructural que las procede o las agrava (Correia et al., 2025).

En el caso de las enfermedades crónicas como la insuficiencia renal, el proceso salud enfermedad adquiere una naturaleza prolongada y compleja que implica adaptaciones físicas, emocionales y familiares permanentes; el paciente transita entre momentos de estabilidad y crisis, donde la adherencia al tratamiento y el apoyo social determinan la calidad de vida.

2.2.2. Enfermedades catastróficas

Las enfermedades catastróficas son aquellas que, por su gravedad, alta complejidad y elevado costo de tratamiento, tienen un impacto significativo tanto en la salud física como en la estabilidad económica y emocional de las personas y sus familias. De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador se consideran enfermedades catastróficas a aquellas que amenazan la vida, requieren tratamientos prolongados y que generan un alto nivel de dependencia médica y económica (Duque et al., 2021).

Entre las enfermedades clasifica todos dentro de esta categoría se incluye al cáncer, la insuficiencia renal crónica, esclerosis múltiple, VIH/SIDA y las enfermedades cardiovasculares graves, estas patologías implican tratamientos continuos y costosos, frecuentemente hospitalizaciones y una carga emocional considerable.

En el caso de la insuficiencia renal crónica, su carácter catastrófico se evidencia en la necesidad de diálisis o trasplante, la dependencia tecnológica y la alteración profunda del estilo de vida; los pacientes deben reorganizar sus rutinas, modificar su alimentación y adaptarse al régimen estricto lo que demanda de fortaleza emocional y apoyo social constante (Lunardi y Le Leu, 2024).

No sólo afectan el bienestar físico del paciente, sino que también generan un profundo impacto económico como social y emocional en su entorno familiar y comunitario; estas patologías suelen aplicar tratamientos prolongados, gastos médicos elevados y pérdida de capacidad laboral lo que conlleva una disminución significativa del ingreso familiar y en muchos casos el endeudamiento o empobrecimiento. En Ecuador estudios recientes indican que las familias que enfrentan enfermedades catastróficas destinan el 30 al 70% de sus ingresos mensuales al pago de tratamientos, transporte, medicamentos o alimentación especial (Guerra et al., 2021).

Desde el punto de vista social el diagnóstico de una enfermedad catastrófica altera profundamente la dinámica familiar, los cuidadores generalmente tienden a ser familiares cercanos y son quienes asumen la sobrecarga emocional y física al acompañar el proceso terapéutico que muchas veces sin apoyo profesional se lleva a cabo. Este escenario puede generar estrés ansiedad depresión y conflictos intrafamiliares, afectando la red de apoyo del paciente (Nair et al., 2020).

En términos psicológicos, la presencia de una enfermedad de alta complejidad produce en pacientes sentimientos de vulnerabilidad, temor y dependencia además de una percepción de pérdida de autonomía, la necesidad de controles médicos frecuentes, así como la hospitalización o terapia puede llevar a un estado de agotamiento emocional y deterioro en la calidad de vida.

El impacto de estas enfermedades se acentúa en personas de estratos socioeconómicos bajos como los de este estudio ya que son quienes enfrentan mayores barreras al acceder a servicios de salud especializados o mantener la adherencia al tratamiento; la falta de recursos económicos, la distancia a los centros médicos y la limitada cobertura de seguros públicos o privados agravan la vulnerabilidad de estos pacientes, por ello las enfermedades catastróficas deben ser analizadas desde una perspectiva multidimensional considerando tanto los aspectos clínicos como los determinantes sociales y económicos que condicionan el proceso de enfermedad y recuperación (Lunardi y Le Leu, 2024).

2.2.3. Insuficiencia renal y sus estadios

La insuficiencia renal crónica o IRC es una enfermedad progresiva y de curso irreversible que se caracteriza por la pérdida de la capacidad del riñón para filtrar los productos de desecho de la sangre y mantener el equilibrio hidroelectrolítico del organismo. Su tratamiento depende del grado de afectación renal e incluye diálisis peritoneal hemodiálisis o trasplante renal.

Desde una mirada clínica está asociada con altas tasas de morbilidad y mortalidad y con un impacto significativo en la vida cotidiana de los pacientes; las sesiones de diálisis que pueden extenderse por varias horas a la semana implican restricciones laborales, sociales y alimentarias, así como cambios drásticos en el estilo de vida (Carranza, 2025).

No obstante, más allá de su dimensión médica, la insuficiencia renal cuenta como una enfermedad socialmente compleja porque transforma la dinámica familiar, la autonomía personal y la percepción del futuro; el paciente con enfermedad renal crónica enfrenta estrés, pérdida de independencia, alteraciones emocionales y sobrecarga económica especialmente en contextos de bajos recursos.

En términos psicológicos, estudios como de Díaz E. (2021) demuestran que la insuficiencia renal crónica genera sentimientos de culpa, miedo, incertidumbre y dependencia, los cuales afectan a la motivación para continuar con el tratamiento. La constante exposición a procedimientos invasivos y al dolor físico puede desencadenar síntomas depresivos y de ansiedad (Díaz, 2021). Desde el punto de vista social, los pacientes de estrato

C y D representan condiciones más desfavorables para el manejo de la enfermedad por la falta de transporte, la inestabilidad laboral, la dificultad para costear medicamentos y las deficiencias en la atención pública obstaculizan la adherencia al tratamiento y reducen la esperanza de vida.

En este contexto la intervención del equipo interdisciplinario hospitalario resulta fundamental, no se trata únicamente de garantizar el tratamiento médico sino de brindar acompañamiento emocional, orientación social y apoyo económico buscando la mejora en la calidad de vida de los pacientes y su entorno.

Este padecimiento se debe comprender según enfoque biopsicosocial en la cual las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales interactúan permanentemente, acercarse a la comprensión de esta enfermedad desde una perspectiva integral permite identificar los factores que condicionan la adherencia terapéutica y diseñar estrategias que promuevan una atención más humana, inclusiva y equitativa (Yang et al., 2024).

El progreso de la enfermedad varía entre individuos dependiendo de factores como el control de enfermedades concomitantes, el acceso al tratamiento y los determinantes sociales de la salud; en contextos de vulnerabilidad socio económica el avance hacia los estadios más graves ocurre con mayor rapidez debido al diagnóstico tardío, baja adherencia terapéutica y las barreras en el acceso a medicamentos (Albatati et al., 2024).

Comprender los estadios de la enfermedad renal crónica permite diseñar intervenciones más precisas según la fase de la enfermedad, en los estadios iniciales la educación del paciente y la modificación del estilo de vida son esenciales para realizar la progresión; mientras que en los estadios avanzados el enfoque se concentra en el manejo sintomático, la diálisis o el trasplante renal, así como en el apoyo psicosocial y familiar.

Desde un enfoque biopsicosocial cada estadio implica no sólo la progresión fisiológica, sino también un proceso adaptativo del paciente y su entorno, a medida que la función renal disminuye aumentan las demandas emocionales y sociales de lo que refuerza la importancia del acompañamiento interdisciplinario y del soporte familiar para mantener la calidad de vida (Becerra, 2020).

2.2.4. Estratificación socioeconómica

La estratificación socioeconómica se refiere al proceso mediante el que se clasifican las personas o grupos dentro de una sociedad de acuerdo con las condiciones económicas, educativas laborales y de acceso a recursos. Este sistema permite identificar las desigualdades existentes entre los distintos sectores de la población y comprender cómo estas diferencias llegan a incidir en la calidad de vida y las oportunidades de desarrollo (Intimayta-Escalante y & Quintana-Garcia, 2020).

En el contexto ecuatoriano la estratificación económica suele basarse en indicadores como el nivel de ingresos del hogar, la ocupación del jefe de familia, el nivel educativo, el tipo de vivienda y el acceso a servicios básicos.

Desde una perspectiva sociológica, la estratificación no sólo implica diferencias económicas sino también brechas dentro del capital social y cultural donde los individuos de estratos más bajos tienden a contar con redes de apoyo más restringidas y menos recursos emocionales o materiales para afrontar enfermedades crónicas. En estudios previos sobre enfermedades crónicas en Ecuador y América latina se han evidenciado que los pacientes de estratos bajos presentan menor adherencia terapéutica principalmente por limitaciones económicas, falta de comprensión del tratamiento, escaso acompañamiento familiar y dificultades de transporte hacia los centros de atención; por lo tanto la estratificación socioeconómica constituye un elemento fundamental para comprender las desigualdades en salud y orientar estrategias de prevención más equitativas (Albatati et al., 2024).

2.2.5. Nivel socioeconómico

El nivel socioeconómico constituye uno de los principales determinantes sociales de la salud porque influye de manera directa en el acceso a bienes, servicios y oportunidades que permiten tener un adecuado estado de bienestar, según la organización mundial de la salud los determinantes sociales son aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan y envejecen y que están moldeadas por la distribución del dinero , el poder y los recursos (Yang et al., 2024).

En este sentido nivel económico no se remite a un ingreso social sino que integra factores estructurales como la educación el tipo de ocupación, las

condiciones de vivienda, la seguridad alimentaria y el acceso a los servicios de salud; dichos elementos se interrelacionan para conformar un contexto que puede favorecer o limitar la capacidad del individuo para afrontar enfermedades crónicas como es la insuficiencia renal.

Diversos estudios, como Colqui G. y Garcilazo J. (2024); demuestran que los pacientes con menores nivel socioeconómico presentan mayor vulnerabilidad ante el deterioro de la salud y menor adherencia al tratamiento, debido a los costos asociados los medicamentos, la diálisis, transporte y la dieta especial. Además, factores económicos que influyen en la salud emocional y mental que generan ansiedad como preocupación y sensación de dependencia o impotencia (Colqui et al., 2024).

En los contextos de pobreza estructural considerados como los estratos D en la ciudad de Tulcán, el acceso a servicios médicos especializados de ser limitado lo que incrementa la carga del paciente y su familia, la falta de recursos económicos no sólo afecta el cumplimiento del tratamiento sino también impacta sobre la calidad de vida lo que obliga a priorizar la supervivencia económica sobre el bienestar personal.

Desde una perspectiva sociológica, Cisne B., et al. (2022) se plantea que el nivel socioeconómico determina el capital social y cultural del individuo, lo que condiciona sus posibilidades de integración y su percepción del mundo; en el caso de los pacientes con insuficiencia renal este capital se traduce en la capacidad de comprender la enfermedad manteniendo una comunicación efectiva con los profesionales de la salud y de acceder a redes de apoyo de forma adecuada (Reyes Masa et al., 2022).

Entonces, el nivel socioeconómico se configura como una variable transversal que influye en las demás dimensiones analizadas en este estudio: el apoyo emocional, adherencia terapéutica y calidad de vida; en consecuencia, la comprensión de las limitaciones y la desigualdad asociada a el nivel socioeconómico permite orientar estrategias de intervención social y sanitaria más equitativas y sostenibles.

2.2.6. Condiciones sociodemográficas

Las condiciones sociodemográficas comprenden un conjunto de características individuales y contextuales, que influyen de manera

significativa en la aparición evolución y manejo de la enfermedad renal crónica. La literatura evidencia que estos factores determinan tanto el riesgo de desarrollar la enfermedad como el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento (Becerra, 2020).

Diversos estudios en América latina han demostrado que la enfermedad renal crónica afecta con mayor frecuencia a adultos mayores, personas de bajo nivel educativo y grupos socioeconómicamente vulnerables, estas poblaciones suelen tener mayor prevalencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus que son causas principales de daño renal y presentan además de un acceso limitado a servicios de salud y medicamentos la ocupación informal y la inestabilidad laboral En estratos bajos dificultan la asistencia regular a las sesiones de diálisis o control médico (Becerra, 2020).

En el contexto ecuatoriano las desigualdades sociodemográficas se reflejan en la distribución geográfica de los servicios de diálisis, los pacientes que viven en zonas rurales o de bajos recursos se enfrentan mayores barreras de transporte y atención continua lo que impacta directamente en la adherencia terapéutica y en la calidad de vida (Carrol, 2022).

2.2.7. Factores psicosociales y su relación con la enfermedad renal

Los factores psicosociales influyen de forma decisiva en la manera que los participantes con enfermedad renal enfrentan el proceso de salud y enfermedad; mientras los más relevantes se encuentran la motivación con la percepción de la enfermedad y las conductas de autocuidado los cuales determinan la adherencia terapéutica, la estabilidad emocional y la calidad de vida (Whelan et al., 2023).

La motivación se refiere a la disposición interna que impulsa al paciente a mantener su tratamiento, adoptar hábitos saludables y seguir las recomendaciones médicas, una motivación alta se asocia con mayor adherencia al régimen de diálisis ya que mejor es el cumplimiento de tético y el control adecuado de líquidos, cuando el nivel de desmotivación es elevado puede generar abandono del tratamiento o resistencia al cambio es por eso que se considera que los factores que fortalecen la motivación incluyen el

apoyo familiar como el auto eficiencia y la relación empática con el personal de salud (Carranza, 2025).

2.2.8. Calidad de vida

La calidad de vida constituye un eje central en la investigación sobre salud y enfermedad, al reflejar el grado de bienestar físico como psicológico, social y espiritual que experimenta una persona en su vida cotidiana. La organización mundial de la salud define a la calidad de vida como la percepción del individuo de su posición en la vida, el contexto de la cultura y sistema de valores en el que vive y en relación con sus metas, expectativas y preocupaciones (Floria et al., 2022).

Desde esta perspectiva, la calidad de vida es un concepto subjetivo, multidimensional y dinámico, que integra factores objetivos y subjetivos entre ellos las condiciones materiales, satisfacción con autonomía y bienestar emocional; en el ámbito sanitario se asocia con la capacidad del paciente para adaptarse a los defectos físicos, emocionales y sociales de su enfermedad y del tratamiento (Floria et al., 2022).

En los pacientes con insuficiencia renal la calidad de vida se ve profundamente condicionada por la naturaleza crónica de la enfermedad ya que bebé tener restricciones dietéticas , la dependencia de la diálisis y las limitaciones físicas; a ello se suman los factores socioeconómicos y emocionales que inciden directamente en la adherencia terapéutica y en la percepción de bienestar; una adecuada calidad de vida depende de los cuidados médicos así como del apoyo emocional, familiar y social que el paciente recibe (Floria et al., 2022).

2.2.9. Familia

La familia constituye el primer espacio de socialización, contención y cuidado, desempeña un rol decisivo en el proceso de salud enfermedad; en pacientes con insuficiencia renal, la familia actúa como fuente de apoyo emocional con la instrumental y económico contribuyendo a la aceptación del diagnóstico y a la adherencia terapéutica.

Según Aguirre M. (2021) la familia funciona como un sistema donde los cambios en uno de sus miembros afectan al conjunto, en este sentido la

presencia de una enfermedad crónica genera reajustes en los roles y dinámicas familiares que pueden fortalecer o debilitar los vínculos (Aguirre, 2021).

Los estratos D, tienen limitaciones económicas que pueden aumentar la carga de cuidado generando estrés y desgaste emocional, sin embargo, también pueden potenciar la solidaridad intrafamiliar y la búsqueda de apoyo comunitario. Debido a estas razones la familia representa un factor protector esencial para la estabilidad emocional y el cumplimiento del tratamiento (Hernández y & Duarte, 2021).

La familia entendida como un sistema dinámico de relaciones afectivas, sociales y funcionales, cumplen un papel esencial en el afrontamiento de enfermedades crónicas y catastróficas porque se convierten en la principal red de apoyo del paciente que proporciona sostenimiento emocional, acompañamiento en el proceso terapéutico y ayuda económica, la calidad de relaciones familiares y la cohesión del grupo influyen directamente en la adherencia al tratamiento, la autosuficiencia del paciente y su bienestar psicológico (López et al., 2024).

En el caso de la insuficiencia renal crónica la participación familiar adquiere una relevancia aún mayor debido a la naturaleza prolongada y demandante del tratamiento, los familiares suelen asumir funciones de cuidado continuo, la supervisión de la dieta y la asistencia en las sesiones de diálisis y las consultas médicas; estas tareas pueden generar sobrecarga física y emocional especialmente en contextos donde existen limitaciones económicas como ocurre en los estratos, donde los recursos disponibles para cuidados especializados o transporte suelen ser escasos (Ortega y Castaño, 2022).

A pesar de las dificultades, múltiples investigaciones de evidencia en que la familia actúa como un factor protector fundamental ya que favorece la aceptación del diagnóstico promoviendo la resiliencia y contribuyendo a mantener la motivación del paciente frente al tratamiento, asimismo la comunicación abierta y el apoyo emocional fortalecen la percepción de control y reducen los síntomas de depresión o ansiedad que son frecuentes en los pacientes renales.

Cuando las enfermedades alteran significativamente las rutinas familiares pueden surgir tensiones o conflictos por frustración entre los cuidadores, especialmente si la carga del cuidado recae sobre una sola persona, en estos casos la implementación de intervenciones psicoeducativas y grupos de apoyo familiar se ha mostrado eficaz para mejorar el bienestar emocional y optimizar la adherencia terapéutica (Pérez et al., 2023).

En síntesis, no sólo representa un agente de acompañamiento sino también un determinante social de la salud que es capaz de influir en el pronóstico y en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal; es por esto que hay necesidad de fortalecer las competencias familiares de cuidado y comunicación resultando esenciales en los programas de atención integral (Pérez et al., 2023).

2.2.10. Redes de apoyo

Las redes de apoyo social se definen como el conjunto de relaciones interpersonales e institucionales que proporcionan asistencia emocional, material o informativa a las personas. Estas pueden ser formales o informales; en el contexto de enfermedades crónicas las redes de apoyo facilitan el acceso a recursos, información y acompañamiento emocional, los factores que mejoran la adherencia y la percepción de bienestar.

La falta de apoyo incrementa la vulnerabilidad del paciente, disminuye su motivación y obstaculiza el cumplimiento de las indicaciones médicas. En los contextos de bajos recursos, como los estratos D y C, fortalecer las redes comunitarias puede convertirse en una estrategia clave para el bienestar psicosocial y la salud pública.

2.2.11. Adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento se entiende como el grado en que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones profesionales del médico tratante; la adherencia no depende únicamente de la voluntad del paciente sino de múltiples factores, los socioeconómicos, psicológicos, familiares y del propio sistema de salud. En el caso de la insuficiencia renal se debe mantener la adherencia considerando que se debe asistir de forma

constante a la diálisis, cumplir con las restricciones alimentarias y tomar la medicación diaria.

La falta de adherencia puede derivar en complicaciones graves y mayor mortalidad mientras que su fortalecimiento se relaciona con mayor esperanza y calidad de vida; en este contexto el apoyo emocional y familiar actúan como mediadores positivos ya que refuerzan la motivación, disciplina y confianza del paciente en el tratamiento (Carranza, 2025).

2.2.12. Apoyo emocional en enfermedades catastróficas

El apoyo emocional constituye un pilar esencial en la atención integral de pacientes con enfermedades crónicas y catastróficas lo que se define como la presencia de vínculos afectivos significativos que proporcionan comprensión, empatía, acompañamiento y contención frente al sufrimiento físico y psicológico; este tipo de apoyo actúa como un amortiguador del estrés y promueve la adaptación emocional ante el impacto de la enfermedad.

En el contexto del paciente con insuficiencia renal, el apoyo emocional cumple una doble función ya que por un lado favorece a la estabilidad psicológica y la resiliencia mientras que, por otro lado mejora la adherencia al tratamiento y al compromiso del paciente con su proceso de salud; según Duque L., et al. (2020), el soporte efectivo recibido por parte de la familia y los profesionales de la salud constituye un factor protector frente a la depresión ansiedad y la desesperanza que acompañan al diagnóstico de los pacientes (Duque et al., 2021).

El apoyo emocional puede ser formal o individual, el formal se brinda a través de profesionales como los psicólogos, trabajadores sociales, médicos, grupos de terapia, y programas de acompañamiento. El informal se origina en el entorno próximo donde se considera la familia como amigos como vecinos o comunidad; ambos tipos se complementan fortaleciendo el sentido de pertenencia y el afrontamiento positivo (Shi et al., 2024).

En pacientes con enfermedades catastróficas como la insuficiencia renal, el acompañamiento emocional es vital debido a que el tratamiento es prolongado y las limitaciones físicas pueden generar fatiga emocional, baja autoestima y aislamiento; el paciente puede sentir que su identidad se reduce

a su enfermedad por lo que la contención efectiva se convierte en un recurso indispensable para mantener la esperanza y el sentido de vida.

La evidencia empírica Carranza R. (2025), indica que aquellos pacientes que perciben un entorno emocionalmente favorable muestran mayor adherencia terapéutica, menor sintomatología depresiva y mejor calidad de vida, mientras que quienes carecen del apoyo o perciben insuficiente afecto tienden a manifestar desmotivación, descuido del tratamiento y deterioro emocional (Carranza, 2025).

El apoyo emocional debe ser considerado una variable mediadora clave entre el nivel socioeconómico y la adherencia terapéutica dado que puede compensar parcialmente las limitaciones económicas mediante presencia de vínculos sólidos y contención efectiva; en este marco las intervenciones psicosociales en la clínica deben promover la creación de redes de apoyo, espacios de escucha y acompañamiento familiar lo que garantiza una atención humanizada y centrada en el paciente.

2.2.13. Intervención social con pacientes

La intervención social en pacientes con insuficiencia renal crónica se orienta a comprender y atender las dimensiones sociales, familiares y emocionales que acompañan al proceso de enfermedad su objetivo es promover el bienestar integral del paciente fortaleciendo su red de apoyo y facilitando el acceso a los recursos necesarios para el tratamiento. Con un enfoque biopsicosocial se entiende que la intervención reconoce que la enfermedad no es sólo un hecho médico sino también una experiencia humana atravesada por factores socioeconómicos, culturales y afectivos (Aguirre, 2021).

El Trabajo Social en salud desempeña un papel fundamental dentro del equipo interdisciplinario del hospital ya que el profesional de esta área actúa como mediador entre el paciente, la familia y el sistema de salud ya que gestiona apoyos institucionales orientados para el beneficio social y contribuye al desarrollo de estrategias de afrontamiento que permitan una mejor adaptación a la enfermedad, así mismo se ocupa de identificar las situaciones de vulnerabilidad socioeconómicas evaluando el entorno familiar

para promover redes de apoyo que fortalezcan la continuidad del tratamiento (Aguirre, 2021).

En el caso de los pacientes de estratos económicos bajos la intervención social adquiere especial relevancia debido a las limitaciones económicas, la inestabilidad laboral y el déficit de acceso a servicios básicos, el trabajador social coordina con instituciones públicas y privadas para gestionar ayudas económicas, transporte, alimentación o alojamiento temporal durante los períodos de tratamiento. Estas acciones buscan reducir las barreras estructurales que afectan la adherencia terapéutica y la calidad de vida al paciente (Whelan et al., 2023).

2.3. Referente Normativo

2.3.1. Normativas Nacionales

Constitución de la República del Ecuador (2008)

Se establece en la (Constitución de la Republica del Ecuador, 2008), en su art.32:

“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” (p.18).

Ley Orgánica de Salud (2011)

Ecuador reconoce que cada ciudadano tiene el derecho a recibir una atención médica, para lo que establece la imperiosa necesidad de que los

pacientes con insuficiencia renal crónica reciban los tratamientos necesarios, sin distinción en el contexto social o económico. Esta ley, junto con las normas técnicas que la complementan y las normas técnicas del MSP, establece un marco legal que garantiza el acceso a los tratamientos mediante hemodiálisis y otros procedimientos médicos imprescindibles para las personas que padecen enfermedades crónicas (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica (2018)

Esta normativa es muy importante porque expone de manera exhaustiva los procedimientos para los procesos de gestión clínica de la enfermedad renal crónica (ERC) en Ecuador. De tal modo, se trata de una referencia fundamental para profesionales de la salud que manejan pacientes con la insuficiencia renal crónica y es importante para tu investigación, puesto que se relaciona con los temas que estás tratando sobre adherencia al tratamiento, apoyo emocional y nivel socioeconómico de los pacientes (Ministerio de Salud Pública, 2018).

2.3.2. Normativas Internacionales

Adherencia terapéutica

La Organización Mundial de la Salud señala que la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas es un proceso complejo influenciado por factores socioeconómicos, emocionales y del sistema de la salud, la falta de recursos económicos y de apoyo emocional constituye una barrera significativa para el cumplimiento del tratamiento sobre todo para patologías de larga duración como la insuficiencia renal crónica, estos lineamientos respaldan la importancia de estudios que analicen de manera integral los factores asociados a la gerencia terapéutica.

Equidad en salud

Los Objetivos del Desarrollo Sostenible en particular el ODS 3 y el ODS 10, promueve la reducción de las desigualdades en el acceso a servicios de salud y el fortalecimiento del bienestar de la población, estas normativas

internacionales enfatizan la necesidad de considerar los determinantes sociales de la salud como el nivel socioeconómico y el apoyo emocional para mejorar los resultados en pacientes con enfermedades crónicas; en este marco la investigación se alinea con los principios de equidad y justicia social en la salud.

2.4. Referente Estratégico

Alineación con políticas de salud

La investigación se alinea con las políticas de salud del Ecuador sobre todo con los lineamientos que se establecen en el plan nacional de desarrollo donde se prioriza la atención integral de las enfermedades crónicas no transmisibles, dichas políticas promueven la reducción de desigualdades en el acceso a los servicios de salud y el fortalecimiento de estrategias que mejoren la adherencia al tratamiento; en el contexto este estudio contribuye a la comprensión de la manera en que el nivel socioeconómico y el apoyo emocional influye en el cumplimiento terapéutico de pacientes con insuficiencia renal crónica aportan información relevante para el diseño de intervenciones en salud pública a nivel local.

Enfoque estratégico en la atención integral del paciente

La investigación adopta el modelo de atención integral centrado en el paciente que considera tanto los aspectos clínicos de la enfermedad como los factores emocionales y sociales que influyen en el proceso de tratamiento, la insuficiencia renal crónica requiere un manejo prolongado y complejo por lo que el apoyo emocional y el contexto socio económico se convierten en elementos claves para garantizar la adherencia terapéutica; el enfoque estratégico permite identificar áreas de mejora en la atención brindada a los pacientes y fortalecer la importancia del acompañamiento psicosocial como parte del tratamiento integral. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016).

A tal efecto, se toma en consideración el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (PDOT) del Cantón Tulcán 2020 2023 el mismo que establece lineamientos estratégicos para su desarrollo social del cantón, el

cual contiene acciones en el ámbito de la salud pública, de la prevención de enfermedades, atención primaria y mejoramiento de los servicios sanitarios los que inciden de manera directa en los pacientes con enfermedades crónicas del tipo de la insuficiencia renal (Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Tulcán, 2020).

Además, señala que el Municipio tiene que realizar promoción del bienestar y actividades de salud pública que contemplan:

- Atención primaria de la salud

- Prevención de enfermedades

- Promociones de estilos de vida saludables

- Coordinación de las instituciones con MSP y con las redes de salud.

CAPÍTULO 3:

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1. Enfoque de la Investigación

El enfoque Metodológico adoptado en esta investigación es mixto ya que combina elementos cuantitativos y cualitativos. El componente cuantitativo permitirá medir y analizar estadísticamente la relación entre el nivel socioeconómico, el apoyo emocional y la adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal. Mientras que, el componente cualitativo busca profundizar en la comprensión de las percepciones, emociones y experiencias personales de los pacientes frente a su tratamiento y enfermedad.

Según Storey et al. (2024), el enfoque mixto representa un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación que implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión de forma conjunta (Storey et al., 2024). Este enfoque es adecuado para el estudio porque permite complementar la información numérica con la interpretación profunda de las vivencias de los pacientes logrando una visión integral del fenómeno.

3.2. Tipo y Nivel de la Investigación

El estudio será de tipo no experimental ya que las variables no serán manipuladas, sino que se observan en su contexto natural. El nivel es descriptivo y correlacional en su fase cuantitativa ya que busca caracterizar las variables y determinar su grado de relación; por otro lado, este nivel exploratorio e interpretativo en la fase cualitativa al centrarse en comprender los significados de los pacientes según sus experiencias.

3.3. Método de la Investigación

La investigación emplea un diseño mixto secuencial explicativo el cual se caracteriza por la recolección y análisis de datos cuantitativos seguidos por una fase cualitativa orientada a profundizar y explicar los resultados obtenidos en la primera etapa; este enfoque permite una comprensión integral del

fenómeno estudiado articulando la medición objetiva con la interpretación de los factores sociales y nacionales involucrados.

Los estudios se desarrollaron en dos fases: en la fase cuantitativa se aplicaron encuestas a pacientes con insuficiencia renal crónica para medir las variables del nivel socioeconómico, el apoyo emocional y la adherencia al tratamiento, mientras que, en la fase cualitativa se realizaron entrevistas en profundidad a un grupo reducido de participantes seleccionados a partir de los resultados cuantitativos, con el fin de explorar de manera más detallada los factores sociales y emocionales que influyen en la adherencia al tratamiento y en la calidad de la vida de los pacientes.

3.4. Universo, Muestra y Muestreo

La población de estudio estuvo conformada por pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento en una clínica de la ciudad de Tulcán, en la provincia de Carchi, la mayoría de los participantes son de nacionalidad ecuatoriana sin destacarse la presencia de pacientes con otras nacionalidades residentes de la zona fronteriza considerando dinámicas migratorias características de esta región.

De acuerdo con el registro nacional la población total está compuesta por aproximadamente 81 pacientes de los cuales 30 son mujeres y 51 son hombres, con edades comprendidas entre 20 y 90 años; los pacientes se encuentran en tratamiento de hemodiálisis desde periodos variables que van desde menos de un año hasta varios años de seguimiento continuo, lo que permite analizar diferentes experiencias de adherencia al tratamiento, asimismo los participantes presentan diversas condiciones socioeconómicas y contextos familiares aspectos relevantes para el abordaje del estudio desde una perspectiva social y de salud integral.

Muestra

El presente estudio utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia seleccionando una muestra de cuatro casos de acuerdo con la accesibilidad y disponibilidad de los participantes; la selección se realizó considerando criterios muestrales previamente establecidos, entre los que se incluyen:

- personas mayores de edad
- pacientes de ambos sexos con el fin de garantizar la diversidad sociodemográfica
- pacientes de niveles socioeconómicos diversos.
- pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica que se encuentran recibiendo el tratamiento activo al momento de la investigación, con un tiempo mínimo de un año de tratamiento
- pacientes que expresen voluntariamente su consentimiento para participar en el estudio asegurando el respeto de los principios éticos de la investigación.

3.5. Formas de Recolección de la información

En la fase cuantitativa de la investigación se empleó la técnica de encuesta estructurada la cual permitió recolectar información objetiva sobre las variables del estudio; como instrumento se utilizó el cuestionario de ubicación socioeconómica del INEC, además de la escala de apoyo social percibido de ZIMET y la escala de adherencia al tratamiento de Morisky. Todos estos instrumentos son validados, lo que permiten medir de manera confiable las condiciones socioeconómicas, el apoyo emocional percibido y el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica.

Para la fase cualitativa se aplicó la técnica de la entrevista semi estructurada, la que facilitó la exploración profunda de las experiencias, percepciones y significados que los pacientes atribuyen a su proceso de tratamiento; el instrumento utilizado fue una guía de entrevista elaborada a partir de los hallazgos obtenidos en la fase cuantitativa lo que permitió profundizar en los factores sociales y emocionales que influyen en la adherencia al tratamiento y en la calidad de vida de los participantes.

3.6. Formas de Análisis de la Información

El análisis de datos cuantitativos se realizó mediante estadística descriptiva con el fin de caracterizar a la población de estudio y se aplicó la correlación de Pearson para identificar la relación existente entre las variables del nivel socioeconómico, apoyo emocional y adherencia al tratamiento.

Por otra parte, los datos cualitativos fueron analizados a través del análisis temático que comprende procesos de codificación, categorización e identificación de temas de emergentes permiten interpretar de manera profunda los discursos de los participantes y complementar los resultados cuantitativos.

Categorías y subcategorías de Estudio

Las categorías del presente estudio pertenecen a la matriz de operacionalización de las variables:

Tabla 2: Operacionalización de variables del estudio.

Categorías	Variables	Indicadores	Escala de medición
Nivel socioeconómico	Ingresos	-Nivel de ingreso mensual -Tipo de ingresos -Dependencia económica -Número total de personas que generan ingresos para el hogar.	Rango
	Escolaridad	-Último nivel educativo alcanzado Años de estudio	Ordinal
	Condiciones de vivienda	-Tipo de vivienda -Servicios básicos -Vivienda propia o arrendada -Material de la vivienda -Habitaciones adaptadas al paciente -Número de habitaciones -Número de habitantes	Nominal
	Ocupación	-Tipo de empleo -Condición laboral -Riesgo laboral	Nominal
Apoyo emocional	Apoyo familiar	-Frecuencia de acompañamiento -Comprensión emocional -Percepción del paciente sobre apoyo familiar recibido	Escala de Likert

			-Formas de expresión del apoyo familiar - Dificultades en el apoyo - Relación paciente-familia	
	Apoyo social		-Ayuda de amigos -Apoyo vecinos -Apoyo de cuidadores -Percepción sobre la cercanía o no de la red de apoyo - Dificultades evidenciadas sobre el apoyo social	Escala de Likert
	Apoyo profesional		-Apoyo del personal de salud -Acompañamiento emocional -Comunicación terapéutica - Dificultades evidenciadas sobre el apoyo profesional	Escala de Likert
Adherencia al tratamiento	Cumplimiento de hemodiálisis		-Asistencia a sesiones -Duración completa de sesiones -Puntualidad - Percepciones sobre el cumplimiento del tratamiento - Situaciones que dificultan el tratamiento	Escala de Likert
	Adherencia a la medicación		-Uso correcto de medicamentos -Olvido de dosis -Omisión de dosis en las dos últimas semanas. -Suspensión por efectos adversos -Suspensión por mejora. -Dificultad para recordar medicación. - Dificultades para la adherencia a la medicación - Formas utilizadas por el paciente y la familia para	Nominal

	sostener la adherencia a la medicación	
Adherencia a las recomendaciones	-Cumplimiento dietético -Restricción de líquidos -Estilo de vida saludable - Dificultades experimentadas en relación a la adherencia a las recomendaciones	Nominal

Fuente: Datos de la Matriz de operacionalización de variables, 2026.

Elaborado por: *Chávez Melanny, 2026*

CAPÍTULO 4:

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Cuando la enfermedad renal llega a la vida de una persona

El diagnóstico de insuficiencia renal crónica interrumpe de manera abrupta en la vida de los pacientes entrevistados generando cambios profundos a nivel emocional, familiar, laboral y social; a través de los relatos se evidencian sentimientos de miedo, tristeza, resignación y lucha, así como la importancia del apoyo emocional y las condiciones socioeconómicas en la adherencia al tratamiento.

4.4.1. Caso 1-P1M (2026)

La primera paciente que se identificará como P1M tiene 49 años de edad, su enfermedad fue diagnosticada hace 6 años. Su sistema familiar está compuesto por 4 integrantes: su esposo quien vive con ella y sus dos hijos, quienes tienen su propia familia.

Desde lo expuesto se puede identificar que la familia está experimentando la etapa del ciclo vital del nido vacío. Desde la perspectiva de Mc Goldrick (2005) indica que esto se desarrolla cuando los hijos deciden ser independientes y abandonan el hogar de sus padres. *“Tengo dos hijos, uno vive solo y el otro ya tiene un hijo, mi nieto. Ellos hicieron su vida”* (Caso 1-P1M, 2026). Frente a estos relatos, subyace probablemente, una posible depresión por escaso soporte emocional, ya que pacientes con insuficiencia renal a menudo enfrentan aislamiento familiar que se refuerza por su situación de salud.

Otro dato rescatado durante la entrevista es una relación parentofilial distante; los hijos están brindando apoyo económico ocasional, no obstante, no están presentes emocionalmente; la ausencia es vivida como una fuente importante de tristeza y soledad, en contraste, la compañía constante del esposo durante las sesiones de diálisis y en la vida cotidiana representa un sostén fundamental.

Esta paciente, expresa que en su vida hay un antes y después de ser diagnosticada: *“antes podía comer de todo, incluso la ropa que usaba se me veía bien, ahora mi apariencia me hace sentir vergüenza”* (Caso 1-P1M, 2026). Se entiende que la paciente desde su diagnóstico ha construido diversos cambios que están vinculados hacia un declive en su autoimagen, lo cual incide en su autoestima.

Estos cambios, se agravan dependiendo del tiempo de enfermedad y tratamiento de diálisis, afectando más a las mujeres. Desde los estudios de Welch y Uphold (2021) se identifican que pacientes con ERC suelen presentar alteraciones corporales como desencadenantes de baja autoestima y evitación social. A su vez, la participante relata que el diagnóstico llega después de un periodo prolongado de cansancio y mareos, síntomas que inicialmente atribuyó al trabajo y a la edad.

Los estudios revisados, evidencian que la enfermedad crónica renal es asintomática en etapas tempranas, con síntomas inespecíficos como el cansancio que los pacientes suelen normalizar como estrés laboral, pasando desapercibido, lo cual retrasa la atención médica y diagnóstico (Sánchez et al., 2022)

La confirmación de la enfermedad y la necesidad de iniciar diálisis fueron vividas como un golpe emocional fuerte generando pensamientos de muerte y pérdida de sentido de la vida, pero la figura del esposo aparece como un elemento central de apoyo emocional siendo el principal motivo de continuar con el tratamiento: *“cuando me enteré de mi diagnóstico solo pensaba en morirme, pero mi esposo me dijo que no todo estaba perdido”* (Caso 1-P1M, 2026).

La frase describe la crisis existencial frente al diagnóstico de insuficiencia renal crónica y la negación del inicio de diálisis, con ideación suicida pasiva, mitigada por el soporte en el subsistema conyugal como factor protector clave para la adherencia terapéutica.

En este contexto, Wenzel, Brown y Beck (2009), plantean que la ideación suicida comprende cualquier pensamiento, imagen, creencia, voz u otra cognición manifestada por la persona en relación con la intención de terminar deliberadamente con su propia vida (Toro et al., 2016).

Continuando, un familiar del paciente indicó lo siguiente *“Al principio hubo negación y tristeza, sí. Hubo días en que no queríamos ni hablar del tema”* (Caso 1-P1M, 2026). Esto evidencia una reacción emocional inicial que no se limita únicamente al paciente, sino que se expande al sistema familiar. En este sentido, la negación y el silencio constituyen mecanismos de afrontamiento frente a la crisis, reflejando una alteración en la comunicación y en la organización emocional del grupo.

En relación con la categoría proceso salud-enfermedad, este testimonio muestra que la insuficiencia renal crónica se vive como un proceso prolongado y complejo, en el que se atraviesan momentos de crisis emocional, adaptación y reorganización familiar. Así, la adherencia al tratamiento y el apoyo emocional se configuran como factores determinantes para la estabilidad y la calidad de vida del paciente (Correia et al., 2025).

Desde la perspectiva de García (2005) el diagnóstico provoca ansiedad patológica, la cual se presenta como principal manifestación frente a la noticia, intensificada por el cuadro de gravedad de la enfermedad, pero el apoyo familiar y soporte de la pareja reduce la ideación letal y la resignación de padecer esta enfermedad, logrando integrar al enfermo al cuadro clínico.

4.4.2. Caso 2 –P2H (2026)

El segundo caso se identificará como P2h tiene 53 años de edad, es divorciado, su enfermedad fue diagnosticada hace 5 años. Actualmente vive con su hermana, con quien pasó a vivir desde que se enteró de su enfermedad. No obstante, tiene 2 hijas, quienes lo visitan de manera esporádica.

En este caso se muestra una reorganización familiar, debido a que el paciente tuvo que buscar una red de apoyo informal que pueda ser soporte durante el proceso de su enfermedad. Esto refleja dependencia inmediata hacia cuidadores de la familia de primer grado de consanguinidad ante limitaciones físicas post-diagnóstico, donde la familia se adapta asumiendo roles de asistencia diaria en cuidados que conlleva la enfermedad. A su vez, las visitas esporádicas de las hijas sugieren apoyo familiar fragmentado, generando posible aislamiento emocional pese a la convivencia.

Previo a su diagnóstico *“antes salía con mis amigos a pequeñas reuniones, trabajaba con más energía, ahora ni salir puedo”* (P2H, 2026). El relato contrasta la vida social activa y laboral frente al aislamiento total como efecto de la insuficiencia renal crónica. Aránega y Guillén (2023) plantean que los pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal desarrollan aislamiento social, pérdida de autonomía para laborar y ruptura de vínculos familiares que conllevan a la descompensación familiar, lo que se puede evidenciar en este caso.

Los pacientes se enfrentan a un "antes" que desencadena autonomía para salidas recreativas y rendimiento laboral óptimo; el "ahora ni salir puedo" evidenciando una suerte de no solamente pérdida de autonomía sino también de frustración.

Desde el modelo conceptual de calidad de vida relacionada con la salud de Ferrans et al. (2005) citado por Botero y Pico (2007), el estado funcional constituye una dimensión vinculada con la capacidad de la persona para desarrollar actividades y desenvolverse en su entorno. En este caso, la imposibilidad o dificultad para salir puede representar una pérdida de autonomía, especialmente si antes realizaba esta actividad de manera independiente.

Para este caso, el paciente indica que el inicio de su diagnóstico suele ser confuso y se manifiesta a través del cansancio y el dolor físico lo que retrasa la comprensión de la gravedad de la enfermedad, por lo tanto, el diagnóstico genera un fuerte impacto emocional predominando el miedo frente a la diálisis y a la incertidumbre del futuro. La confirmación de su diagnóstico genera una crisis de miedo patológico frente a sesiones de diálisis y el pronóstico incierto, transitando por sentimientos de negación, ira y depresión antes de aceptación.

La enfermedad transforma profundamente la vida diaria, imponiendo una rutina exigente del tratamiento, lo que provoca, como se expresa en líneas anteriores, cansancio constante y limitaciones físicas, también afecta el ámbito familiar y social generando dependencia, sentimientos de soledad y una reducción de la vida social; a pesar de estas dificultades las personas continúan enfrentando la enfermedad apoyándose en el trabajo y en sus creencias lo que les permite seguir adelante.

Asimismo, los familiares entrevistados manifestaron sus emociones al enterarse del diagnóstico del paciente *“Fue un choque, ¡muy fuerte! Al principio fue confusión porque los síntomas parecían cansancio normal de mi hermano. Cuando los exámenes confirmaron insuficiencia renal crónica, sentí miedo y tristeza, también hubo como un alivio por tener un nombre al problema”* (P2H, 2026). Este relato permite identificar, desde la teoría sistémica, que el diagnóstico de una enfermedad crónica altera la interpretación familiar de la realidad y genera una crisis emocional que obliga a reorganizar significados y respuestas. La confusión inicial expresa la dificultad para reconocer la gravedad del cuadro, mientras que el alivio posterior revela la necesidad de dar sentido a la experiencia para activar mecanismos de afrontamiento.

En relación con la categoría apoyo emocional, el relato muestra que el paciente y su familia requieren contención afectiva para procesar emociones como miedo, tristeza e incertidumbre; en este contexto, el apoyo familiar cumple una función protectora al favorecer la adaptación al tratamiento y la estabilidad psicológica (Duque et al., 2021).

4.4.3. Caso 3-P3H (2026)

El tercer participante, que se identifica como P3H, vive únicamente con su hija de 21 años, puesto que, su esposa lo abandonó cuando supo del diagnóstico. En este sentido se presenta una familia de tipo monoparental, convirtiendo a la hija en la cuidadora filial.

Esto puede interpretarse como una reestructuración familiar a causa del desarrollo inesperado de la insuficiencia renal, catalogada como una crisis paranormativa, que puede darse en cualquier de los miembros que forman parte del sistema familiar. Desde la narrativa de González (2000) las crisis paranormativas pueden percibirse como aquellos “cambios o transformaciones que experimenta la familia en cualquiera de sus etapas de desarrollo, que no están relacionadas con los períodos del ciclo vital, sino con hechos situacionales o accidentales” (p. 287).

En este contexto, de acuerdo con Pearlin et al. (1990) citado por Paineipán y Khune (2012), hacen mención que el proceso de cuidado puede

generar estresores primarios, relacionados con las responsabilidades de atender a la persona dependiente, y estresores secundarios, que aparecen cuando el cuidado interfiere en otros roles y actividades de la vida del cuidador. En este caso, la hija tuvo que postergar sus estudios universitarios para dedicarse al cuidado de su padre, lo que representa una alteración de su trayectoria educativa y de sus planes de desarrollo personal.

Esta situación puede producir pérdida de autonomía, frustración y preocupación por su futuro, debido a que sus propias metas quedaron temporalmente subordinadas a las necesidades familiares. Asimismo, el participante relata un proceso de diagnóstico tardío condicionado por limitaciones económicas que retrasaron la realización de los exámenes médicos, al confirmarse la enfermedad, el inicio de la diálisis fue vivido como una experiencia dura e inesperada.

A pesar de recibir ayuda económica ocasional de familiares que viven en otro país, el participante de la entrevista enfrenta una situación socioeconómica precaria con trabajos esporádicos e ingresos inestables y en este contexto valora de manera significativa el apoyo que brinda la clínica, tanto en el medicamento como en atención médica generando cierta tranquilidad.

La adherencia al tratamiento es parcial, si bien asiste a la diálisis y procura cumplir con la dieta, dentro de las posibilidades, reconoce dificultades con la medicación acumulando pastillas y olvidando su consumo. A nivel emocional se debe tener en cuenta que el paciente expresa sentimientos de frustración y dolor por depender de su hija, situación que afecta a su autoestima, pero el deseo de verla crecer se convierte en su principal motivación para continuar con el tratamiento.

A su vez, los familiares del paciente mencionaron lo siguiente *“Al principio hubo negación por parte de él; yo reaccioné rápido para buscar atención. Sentimos angustia por la posibilidad de diálisis, y pues, miedo también, porque no sabíamos qué esperar”* (Caso3-P3H, 2026). Este relato permite identificar que el diagnóstico de insuficiencia renal crónica genera una crisis emocional inicial tanto en el paciente como en su entorno familiar.

Desde la teoría sistémica, esta situación moviliza al sistema familiar, que responde con acciones de contención y búsqueda de atención para

enfrentar la incertidumbre. En relación con la categoría apoyo emocional, el testimonio refleja la necesidad de acompañamiento afectivo ante el miedo y la angustia; en este sentido, Duque et al. (2021) sostienen que el soporte emocional de la familia y del personal de salud constituye un factor protector frente a la depresión, la ansiedad y la desesperanza, favoreciendo la adaptación al tratamiento y la continuidad del cuidado.

4.4.4. Caso 4- P4H (2026)

Este último caso que se identificará como PM2, tiene 38 años de edad, su enfermedad fue diagnosticada hace 6 años. Su sistema familiar está compuesto por su esposa y sus 3 hijos pequeños.

Desde lo expuesto se puede identificar que la familia ha experimentado la etapa del ciclo vital de la familia con hijos en edad escolar, la cual es propuesta por Minuchin: *“tengo tres hijos, quienes están estudiando aún, suele ser complicado porque yo soy el jefe de hogar y mi enfermedad me complica trabajar”* (Caso 4-P4H, 2026).

Desde este relato, el paciente revela una carga multifacética en su vida, conectada directamente con la dimensión socioeconómica baja y posibles barreras en la adherencia al tratamiento. El paciente se posiciona como jefe de hogar con tres hijos en edad escolar, lo que implica responsabilidades económicas intensas agravadas por la limitación laboral derivada de la enfermedad.

Estudios de Palomeque y Vergara (2024) exponen que la insuficiencia renal crónica “afecta de manera significativa la calidad de vida de los pacientes, quienes, debido a su tratamiento, a menudo pierden sus empleos o ven afectada su capacidad para continuar trabajando lo que a su vez hace que exista una precariedad financiera” (2024, p. 8). Ser padre de 3 hijos menores de edad, incrementa las posibilidades de mayor precariedad económica en esta familia.

“Antes yo era muy saludable, hacía ejercicios y trabajaba una jornada normal” (Caso 4-P4M, 2026). Este discurso refleja una transición abrupta desde un estilo de vida saludable y productivo hacia la restricción impuesta

por la insuficiencia renal crónica. La pérdida de capacidad laboral muestra un nivel socioeconómico erosionado por la enfermedad, que complica ingresos en contextos como Tulcán donde el empleo informal predomina. Esto agrava vulnerabilidades económicas, similar al rol de jefe de hogar enfermo. La literatura revisada de autores como Echavarria (2022) indica que ERC genera desempleo que prioriza supervivencia económica sobre sesiones terapéuticas.

En este caso, la precariedad económica se soslaya con el esfuerzo laboral de la esposa quien además cumple un rol clave en el apoyo emocional y terapéutico, pues para asegurar la adherencia al tratamiento, ella le recuerda la toma de medicamentos y lo acompaña en el proceso.

Lo anterior explica el apoyo afectivo del subsistema conyugal como pilar clave, cumpliendo funciones de apoyo emocional. Según el modelo de House (1981) la presencia afectiva, amor y atenciones adecuadas se convierten en un factor de resiliencia frente al diagnóstico. Este rol protector reduce aislamiento.

El paciente identifica el inicio de la enfermedad a partir de dolores intensos que le impidieron continuar con su trabajo físico, el diagnóstico fue inicialmente poco comprendido generando confusión y silencio ante la gravedad de la situación.

Lo planteado refleja el momento disruptivo del diagnóstico de insuficiencia renal crónica (ERC), mostrando las diferentes emociones desarrolladas en el paciente como dolor incapacitante, miedo hacia el futuro.

Asimismo, se conoció las emociones que experimentaron los familiares, teniendo el siguiente relato *“Al inicio lo tomó con calma. Pero luego vino el miedo. Para nosotros fue un proceso que nos hizo replantear proyectos a largo plazo; o sea, tuvimos que pensar distinto”* (Caso 4-P4M, 2026). Este discurso permite identificar desde la teoría sistémica que la enfermedad crónica provoca una reorganización del sistema familiar, modificando expectativas, roles y proyectos de vida.

En este contexto, el miedo y la reorganización de los proyectos de vida evidencian que la enfermedad crónica irrumpe en la estructura familiar, modifica expectativas y obliga a reconfigurar la dinámica relacional (Pérez F., 2019).

4.5. Nivel socio-económico de los pacientes y su relación con la adherencia

El nivel socioeconómico constituye uno de los principales determinantes sociales de la salud porque influye de manera directa en el acceso a bienes, servicios y oportunidades que permiten tener un adecuado estado de bienestar. Según la Organización Mundial de la Salud los determinantes sociales son aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan y envejecen y que están moldeadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos (Yang et al., 2024).

Cuando los pacientes con enfermedad renal crónica tienen un nivel estable puede tener una positiva adherencia al tratamiento, no obstante, cuando es lo contrario existe una resistencia debido a las demandas económicas que conlleva (Carrillo et al., 2004).

Desde la perspectiva Colqui et al. (2024), los pacientes con menores niveles socioeconómicos presentan mayor vulnerabilidad ante el deterioro de la salud y menor adherencia al tratamiento, debido a los costos asociados los medicamentos, la diálisis, transporte y la dieta especial. Además, los factores económicos influyen en la salud emocional y mental dado que pueden generar ansiedad, preocupación y sensación de dependencia o impotencia (Colqui et al., 2024).

4.5.1. Nivel socioeconómico identificado

El nivel socioeconómico se entiende como la estratificación de los hogares según un conjunto de condiciones relacionadas con la vivienda, la educación, la situación económica, la posesión de bienes, el acceso a tecnologías de la información y los hábitos de consumo. Para su medición se utilizará la Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (INEC, 2024).

El instrumento del INEC permite clasificar a los hogares en cinco estratos socioeconómicos: A, B, C+, C- y D. Esta clasificación se obtiene mediante un sistema de puntuación sobre un total de 1.000 puntos. Por tanto, el nivel socioeconómico no se determina únicamente a partir del ingreso

económico, sino mediante la valoración conjunta de las condiciones materiales, educativas, laborales, tecnológicas y de consumo del hogar (INEC, 2025).

El INEC señala que esta encuesta fue diseñada para homologar la estratificación socioeconómica y segmentar los hogares, y advierte que sus resultados no equivalen directamente a los indicadores oficiales de pobreza o desigualdad (INEC, 2024).

En el caso de esta investigación, el instrumento será aplicado considerando las condiciones del hogar de la persona con insuficiencia renal. Por ello, el resultado corresponde al nivel socioeconómico del hogar, y no exclusivamente a la situación individual del paciente. Además, debe tenerse en cuenta que el cuestionario recoge información del jefe o representante del hogar, especialmente en las variables de educación y ocupación.

Los resultados evidencian diferencias marcadas en el nivel socioeconómico entre los cuatro casos de estudio, de acuerdo con el puntaje total obtenido en la encuesta socioeconómica fueron los siguientes:

Tabla 3: Nivel Socio-económico de cada caso

<i>Paciente</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Nivel socioeconómico</i>
Caso 1- P1H (2026)	839	Alto
Caso 2- P2H (2026)	640	Medio
Caso 3- P3H (2026)	426	Medio-bajo
Caso 4- P4H (2026)	218	Bajo

Fuente: datos obtenidos de encuesta aplicada a pacientes con ERC

Elaborador por: Chávez Melanny, 2026

El paciente 1 cuenta con mejores condiciones habitacionales, vivienda de construcción sólida, acceso a servicios básicos completos, mayor disponibilidad de bienes del hogar, nivel educativo superior y afiliación a seguro público; estas características lo ubican en un nivel socioeconómico entre medio y alto en comparación con el resto de los participantes.

Desde la perspectiva de Arrogante (2015) los pacientes con un nivel socioeconómico alto mantienen estabilidad y resiliencia social. En este sentido el sujeto se posiciona desde la relativa solidez social. Esta ubicación alta no solo permite amortiguar la enfermedad, sino que coloca al individuo en redes de movilidad social.

Para el paciente 2, sus condiciones de vida son intermedias, evidenciadas en una vivienda adecuada, acceso a servicios básicos y seguro público, pero con menor disponibilidad de bienes y un nivel educativo de secundaria completa, lo que pudiera reflejar un nivel socioeconómico medio.

En los estudios de Cortés (2010) los pacientes con nivel socioeconómico medio muestran equilibrio, se mantiene al margen, no caen en la marginalidad o desigualdades, pero aquellos que poseen ERC tensiona su posición media, exponiendo cómo la enfermedad revela fisuras en la clase trabajadora educada, donde el apoyo emocional (como el conyugal) se vuelve crucial para hacer frente a los procesos que demanda el tratamiento.

En contraste, los pacientes 3 y 4 representan otra realidad, se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad socioeconómica, ambos presentan viviendas precarias con menor acceso a bienes del hogar y ausencia de afiliación a seguros de salud. En este contexto el nivel educativo identificado es bajo o medio y la situación laboral es de desempleo, estas condiciones reflejan un nivel socioeconómico bajo que está caracterizado por inestabilidad económica y limitaciones en el acceso a recursos materiales.

La literatura revisada muestra que los pacientes con este nivel socioeconómico se ven frente a un panorama de reproducción de desigualdad, la enfermedad no solo incapacita cuerpos, sino que profundiza exclusión, convirtiendo hogares en espacios de hacinamiento emocional y material, donde la dependencia conyugal son respuestas adaptativas a un sistema que los relega (Fernández y Agero, 2018).

En aquellos pacientes que muestran un nivel socio-económico bajo, se transforma en catalizador de marginalización, la precariedad habitacional acelera daño renal vía infecciones crónicas y el desempleo erosiona la identidad social ligada al trabajo manual; en estratos altos/medios, la enfermedad se gestiona como interrupción manejable, sostenida por vivienda digna que preserva dignidad y servicios que facilitan adherencia.

Estos datos trazan un recorrido de estratificación que revela cómo el nivel socioeconómico moldea las trayectorias vitales de pacientes con insuficiencia renal crónica en Tulcán, reflejando desigualdades estructurales. En este sentido la literatura social inspirada en Bourdieu ve esto como violencia simbólica. La ERC expone fracturas de clase, donde los pobres enfrentan silencio ante la gravedad por falta de capital cultural para demandar derechos (Agualongo y Garcés, 2019).

En efecto, el padecimiento de esta patología puede generar una serie de impactos en la economía y la vida laboral, incluyendo demanda económica de gastos médicos, reducción en la productividad laboral del paciente debido a ausencias por tratamientos o complicaciones de salud, y limitaciones físicas que afectan el desempeño laboral y económico de los pacientes con dicha enfermedad (León et al., 2024).

“a veces prefiero no ir a las sesiones de diálisis porque son costosas, es una carga más para mi esposa” (Caso 4-PH2, 2026); “yo voy cuando puedo, porque suelo tener como una tristeza al ir a ese centro” (Caso 3-PH2, 2026). Los discursos revelan barreras profundas en la adherencia al tratamiento para pacientes con insuficiencia renal crónica, donde costos económicos y carga emocional sistémica generan evasión terapéutica. La teoría general de los sistemas como base teórica sostiene que, ambos discursos ilustran isomorfismo sistémico, lo cual permea fronteras familiares, donde enfermedad individual quita la homeostasis del sistema familiar (Burton et al., 2018).

En este contexto, el isomorfismo sistémico es la repetición de una misma forma de relación, comunicación o funcionamiento en diferentes partes de un sistema. En el ámbito familiar, significa que las pautas que aparecen entre algunos miembros de la familia pueden reproducirse en otros subsistemas o espacios, por ejemplo, entre la persona enferma (Moreno, 2020).

4.2.2. Nivel de adherencia encontrada

Para medir la adherencia al tratamiento se utilizó la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky, conocida como MMAS. Esta escala

permite identificar comportamientos relacionados con el cumplimiento o incumplimiento de la medicación prescrita. Por tanto, en el presente estudio la adherencia se analizó a partir de la conducta del paciente frente a la toma de sus medicamentos y no desde el cumplimiento de todas las indicaciones que forman parte del tratamiento renal (Pérez et al., 2026).

La escala explora diferentes situaciones relacionadas con la adherencia, entre ellas el olvido de las dosis, la dificultad para recordar la medicación, la suspensión del tratamiento cuando el paciente se siente mejor o peor, la interrupción de los medicamentos sin informar al médico y las dificultades para mantener de manera constante el régimen farmacológico. Estos elementos permiten reconocer que el incumplimiento puede producirse de forma **no intencional**, por ejemplo, debido al olvido, o de forma **intencional**, cuando el paciente decide suspender o modificar la medicación por iniciativa propia (Pérez et al., 2026).

En consecuencia, el análisis no se limita a determinar si el paciente toma o no sus medicamentos, sino que también considera las circunstancias y conductas que pueden interferir con el cumplimiento del tratamiento farmacológico. La adherencia al tratamiento farmacológico evaluada mediante la escala MMAS-8 muestra niveles predominantes bajos y medios entre los participantes:

Tabla 4: Nivel de adherencia al tratamiento según escala MMAS-8

<i>Paciente</i>	<i>Nivel de adherencia</i>	<i>Significado</i>	<i>Síntomas</i>
<i>Caso 1-PH1, 2026</i>	3	Medio	Olvidos ocasionales en la toma de medicamentos principalmente asociados a la carga laboral y el cansancio
<i>Caso 2-PH2, 2026</i>	7	Alto	Baja con dificultades para recordar la toma de medicamentos, problemas para cumplir los horarios
<i>Caso 3-PH3, 2026</i>	8	Alto	Olvidos frecuentes, suspensión del

Caso 4-PH4, 2026	3	Medio	medicamento en algunas ocasiones
			Reconoce olvidos ocasionales presenta mayor regularidad en la toma de medicamentos

Fuente: datos obtenidos de encuesta aplicada a pacientes con ERC

Elaborador por:Chávez Melanny, 2026

El paciente uno obtuvo un puntaje que correspondía a un nivel de adherencia media evidenciando olvidos ocasionales en la toma de medicamentos principalmente asociados a la carga laboral y el cansancio.

“suelo olvidar tomarme mis medicinas en horario de trabajo, porque las actividades que debo cumplir por día suelen hacerme perder en el tiempo” (Caso 1-PH1, 2026). En este relato, el paciente revela cómo el entorno y la jornada laborales se vuelven una barrera en la adherencia al tratamiento de insuficiencia renal crónica, donde demandas laborales del diario vivir desplazan la gestión de toma de medicación, lo cual resulta común en pacientes con esta patología. Según los argumentos de Cárdenas y Naula (2025), las demandas laborales y la complejidad diaria actúan como barreras estructurales que desplazan la medicación.

Desde la perspectiva multidimensional de la adherencia, la situación laboral constituye un factor contextual que puede interferir con el cumplimiento farmacológico. Sin embargo, debe aclararse que la condición laboral no forma parte del puntaje de la MMAS, sino que permite explicar las razones asociadas al resultado obtenido.

En efecto, esto muestra una tensión entre supervivencia económica y autocuidado, donde tomarse un determinado tiempo para el cumplimiento de medicación simboliza alienación laboral que prioriza obligaciones externas sobre salud interna. Desde la perspectiva sistémica muestra que el trabajo actúa como subsistema entrópico que rompe homeostasis entre la dimensión salud-laboral.

A su vez, los familiares se han adaptado a cambios para que el paciente pueda afrontar su diagnóstico, los familiares mencionaron lo siguiente *“Hemos cambiado la dieta de toda la casa para que ella no se sienta aislada, entonces*

ya casi no usamos sal, compramos alimentos recomendados. Adaptamos la habitación para que esté más accesible, pusimos una cama más baja, rampas pequeñas, y redujimos salidas, pues la actividad se limitó mucho. Además, tratamos de no exponerla a lugares con mucha gente por riesgo de infecciones” (Caso 1-PH1, 2026). Esto revela una reorganización del sistema familiar frente a la insuficiencia renal crónica. Desde la teoría sistémica, estos ajustes reflejan cómo la enfermedad modifica la dinámica, los hábitos y los espacios del hogar, involucrando a todos los miembros en la adaptación del cuidado.

En relación con la categoría de adherencia al tratamiento, el caso revela una adherencia media, puesto que la familia realiza modificaciones importantes para favorecer el tratamiento, aunque aún se observa una adaptación parcial y un esfuerzo continuo por sostener las indicaciones terapéuticas en la vida cotidiana (Carranza, 2025).

La literatura indica que el apoyo familiar influye de manera importante en la adherencia, especialmente cuando se traduce en ayuda instrumental e informacional, como la preparación de alimentos adecuados, el acompañamiento en cuidados y la creación de ambientes seguros. En este caso, la familia no solo acompaña emocionalmente, sino que modifica su funcionamiento para evitar aislamiento, mejorar la seguridad y facilitar el cumplimiento del tratamiento (Duque et al., 2021).

El paciente 2 presenta un nivel de adherencia baja con dificultades para recordar la toma de medicamentos, problemas para cumplir los horarios y olvidos frecuentes cuando se encuentra ocupado; esta situación coincide con su relato de confusión frente a la cantidad de medicación y el agotamiento emocional.

“suelo confundirme con tanta medicina que me ponen los médicos, de paso siento como melancolía por tanta medicina” (Caso 2-PH2, 2026)

Desde este discurso el paciente muestra una confusión frente a la variedad de medicinas, lo que revela sobrecarga cognitiva lo que desarrolla errores en horarios de medicación mientras, a su vez, los sentimientos de melancolía se articulan con el duelo por la pérdida de autonomía corporal.

El discurso permite identificar dos posibles barreras para la adherencia farmacológica. La primera se relaciona con la complejidad del régimen

terapéutico, ya que la cantidad de medicamentos puede generar confusión en la organización de las dosis. La segunda corresponde a una carga emocional asociada al tratamiento, expresada mediante la sensación de melancolía. Esta expresión no permite establecer por sí sola la existencia de depresión, pero sí evidencia malestar subjetivo frente a la enfermedad y al uso continuo de medicamentos.

Asimismo, los familiares indicaron los cambios que han tenido que llevar a cabo en el sistema familiar en beneficio de su paciente *“Ajustamos el presupuesto para pagar exámenes y suplementos alimenticios; la cocina ahora sigue las recomendaciones del nutricionista y todo tiene otro sabor porque casi no usamos sal”* (Caso 2-PH2, 2026). Este relato refleja una reorganización del sistema familiar frente a la insuficiencia renal crónica. Desde la teoría sistémica, la enfermedad impacta no solo en el paciente sino en la economía, la alimentación y la dinámica cotidiana del hogar, obligando a la familia a modificar sus prácticas de cuidado.

Sin embargo, al ubicarse en un nivel de adherencia bajo, este caso muestra que dichos esfuerzos no son suficientes ni plenamente sostenidos para garantizar el cumplimiento terapéutico, lo que evidencia dificultades de adaptación y posibles limitaciones materiales o relacionales (Forero et al., 2016). En concordancia con Liira (2018), factores como el apoyo familiar, la relación con el equipo de salud, el nivel educativo y las condiciones socioculturales influyen de manera decisiva en la adherencia, especialmente en contextos vulnerables donde la comunicación efectiva y la empatía resultan esenciales para evitar el abandono del tratamiento.

El paciente 3 también muestra un nivel de adherencia baja siendo el puntaje más elevado de incumplimiento porque reporta olvidos frecuentes, suspensión del medicamento en algunas ocasiones y dificultades asociadas tanto a los efectos secundarios como la percepción de poca efectividad del tratamiento.

En efecto, la negación frente al cumplimiento de medicación, reforzada por la desesperanza en relación con su enfermedad, se relaciona con su percepción sobre la ineficacia farmacológica para justificar los incumplimientos intermitentes: *“esos medicamentos son por gusto, porque*

decaído me siento, creo que la medicación no es efectiva. A veces ni tomo” (Caso 3-PH3, 2026).

Este discurso evidencia una conducta de incumplimiento que no se limita al olvido, pues también expresa una decisión de suspender la medicación debido a la percepción de que esta no produce mejoría. Por tanto, en este caso se identifican elementos de incumplimiento no intencional, asociados a los olvidos, y de incumplimiento intencional, relacionado con la decisión de no tomar el medicamento por desconfianza o percepción de ineficacia.

La persistencia del malestar puede influir en la interpretación que el paciente realiza sobre los resultados del tratamiento. Sin embargo, no debe afirmarse que los medicamentos son ineficaces ni que el paciente presenta negación o desesperanza clínica sin contar con una evaluación específica. Lo que sí puede sostenerse a partir del discurso es que existe una percepción negativa sobre la utilidad de la medicación, y que esta percepción constituye una barrera para la adherencia farmacológica (Vega, 2023).

Desde los estudios de Cárdenas y Naula (2025) se comprende exactamente esta dinámica, a veces los pacientes de estratos bajos perciben tratamientos ineficientes por síntomas residuales pese a sentir un alivio parcial, generando negación que acelera la mortalidad.

Asimismo, los familiares indicaron los cambios que han tenido que replantearse para hacer frente al diagnóstico *“Modificamos el menú de la casa por completo, ya casi no comemos las cosas de antes. También hemos reducido gastos y yo priorizo el pago de servicios médicos y medicinas por encima de otras cosas.”* (Caso 3-PH3, 2026). Esto evidencia una reorganización del sistema familiar frente a la insuficiencia renal crónica. Desde la teoría sistémica, la enfermedad obliga a modificar hábitos alimentarios y decisiones económicas, afectando el funcionamiento cotidiano del hogar.

No obstante, al ubicarse en un nivel de adherencia bajo, este testimonio también refleja que los esfuerzos familiares resultan insuficientes para sostener de manera estable todas las exigencias terapéuticas. En concordancia con la Organización Mundial de la Salud, la adherencia es un fenómeno multidimensional determinado por factores socioeconómicos,

familiares y del sistema de salud, por lo que la precariedad económica y la carga del tratamiento pueden convertirse en barreras para el cumplimiento efectivo (Méndez et al., 2024).

Finalmente, el paciente 4 alcanza un nivel de adherencia media ya que, aunque reconoce olvidos ocasionales presenta mayor regularidad en la toma de medicamentos lo cual se ve reforzado por el apoyo constante de su esposa quien recuerda los horarios y lo acompaña en el proceso terapéutico.

“mi esposa me tiene una alarma en mi celular, que me ayuda a recordar mis horarios de medicación” (Caso 4-PH4, 2026). Este relato ilustra un mecanismo compensatorio exitoso en la adherencia al tratamiento de insuficiencia renal crónica donde el apoyo del sub-sistema conyugal, con la implementación de tecnología, externaliza la memoria terapéutica, contrarrestando barreras interpretadas por otros estratos como olvidos laborales o confusiones polifarmacológicas.

A su vez, esta estrategia refleja buffering sistémico que actúa como amortiguador por relaciones afectivas en el sistema familiar, donde la esposa actúa como nodo regulador, restableciendo homeostasis en las dimensiones salud-familia frente a entropía de la enfermedad (Martínes et al., 2017).

Continuando, los familiares indicaron los ajustes que tuvieron que implementar en el sistema familiar para sobrellevar el tratamiento de su familiar *“Cambiamos hábitos alimentarios en toda la casa, flexibilizamos horarios laborales para poder acompañarlo”* (Caso 4-PH4, 2026).

Desde la teoría sistémica, la enfermedad transforma las rutinas, los roles y la dinámica del hogar, involucrando a todos los miembros en el cuidado. En este sentido, la modificación de hábitos alimentarios y el acompañamiento pueden ser indicadores de compromiso, pero la baja adherencia sugiere que persisten barreras como la sobrecarga familiar, las dificultades económicas, la rigidez del tratamiento o la limitación de recursos para sostener esos cambios en el tiempo (Aguilar et al., 2014).

Desde la perspectiva de Barragán et al. (2015) sostiene que la familia constituye la principal fuente de sostén para la adherencia en pacientes con enfermedad renal crónica, aunque su eficacia depende de la capacidad real del sistema familiar para mantener ese apoyo de manera constante.

4.2.3. Relación entre nivel socio-económico y adherencia

Al analizar de manera conjunta el nivel socioeconómico y la adherencia al tratamiento se observa una relación no lineal pero sí condicionada por múltiples factores asociados a las condiciones de vida y al apoyo disponible, los pacientes con niveles socioeconómicos más bajos que son el caso 3 y 4 presentan mayores dificultades económicas, laborales y de acceso a recursos lo que influye negativamente en la adherencia sobre todo para el caso del paciente 3 quien carece de empleo estable y el apoyo adulto constante.

Sustentando lo mencionado en acápite 1, Guzmán (2022) destaca cómo pacientes de nivel socio-económico bajo como el caso 3 enfrentan mayores dificultades económicas y laborales que erosionan adherencia, agravadas por ausencia de apoyo constante.

Los aportes teóricos de Von Bertalanffy interpretan esto como desequilibrio en sistemas abiertos, donde se introduce inputs entrópicos (pobreza, desempleo) que desestabilizan homeostasis salud-familia, sin retroalimentación reguladora, como lo es el apoyo familiar (Becerra, 2020).

Sin embargo, el paciente cuatro, evidencia que en contextos de bajo nivel socioeconómico la presencia de una fuente de apoyo familiar puede favorecer a una mejor adherencia relativa al tratamiento: *“mi esposa ha sido un ayuda clave para estas terapias, me ha apoyado con dinero y me ha acompañado”* (Caso 3 ph3, 2026). El paciente cuatro demuestra cómo, en contextos de bajo nivel socioeconómico, una red de apoyo informal como lo es la familia actúa como amortiguador clave para la adherencia al tratamiento en insuficiencia renal crónica. Por ello, se interpreta que en contextos de precariedad la esposa actúa como factor protector frente al tratamiento de insuficiencia renal.

Sin embargo, esto revela resiliencia relacional en estratos bajos, pues, el subsistema conyugal no compensa inequidades estructurales, pero preserva la autonomía individual frente al padecimiento generado por la insuficiencia renal progresiva.

En el caso del paciente uno el mayor nivel socioeconómico se asocia a una adherencia media facilitada por el acceso a servicios, educación y atención mediática, aunque igualmente afectada por factores emocionales y laborales.

“aunque tengo todas las medicinas que requiero, igual siento miedo al futuro sobre mi salud” (Caso 1 PH1, 2026). Los estudios de House (1981) interpretan este miedo como falta de apoyo emocional ante amenaza existencial, pese al soporte instrumental disponible.

En conjunto los resultados muestran cómo el nivel socioeconómico influye en la adherencia al tratamiento, pero su efecto se ve mediado por el apoyo emocional donde la estructura familiar y la carga psicológica implicada en la vivencia de la enfermedad renal crónica.

A su vez, en todos los casos se visibiliza demanda de recursos para cubrir gastos de medicinas y tratamientos de la insuficiencia crónica. En este sentido, sus familiares indicaron la privación económica que poseen debido a los costos que demanda el tratamiento de insuficiencia renal siendo esto una barrera para el tratamiento y su adherencia:

“Los gastos han aumentado por transporte a diálisis, medicamentos, dietas especiales y algunas consultas privadas cuando el sistema público demora. A veces pedimos préstamos o ayuda familiar para cubrir exámenes caros” (Caso 1-PH1),

“Ha reducido nuestra capacidad de ahorro, la verdad. Yo ayudo a mi hermano, y a veces le pido a mi esposo, que es el principal aportador ahora. Los gastos en exámenes, suplementos y transporte al centro aumentaron bastante. Hemos tenido que priorizar pagos y, pues, en ocasiones posponer gastos del hogar” (Caso 2-PH2, 2026).

“El ingreso neto disminuyó por licencias médicas y gastos extras. Hemos tenido que priorizar pagos, hay más gasto en transporte, medicamentos y suplementos; eso nos obliga a ajustar el presupuesto mensual” (Caso 4-PH4, 2026).

“El gasto aumentó considerablemente, ¡imagínese! Yo y sus hermanos que están en Colombia aportamos cuando pueden. A veces pedimos préstamos para cubrir exámenes o medicinas que no cubre el seguro” (Caso 3-PH3, 2026).

Estos cuatro relatos muestran un mismo patrón, la insuficiencia renal crónica produce una carga económica sostenida que obliga a la familia a reordenar ingresos, reducir ahorros, pedir préstamos y posponer otros gastos del hogar. Desde la teoría sistémica, la enfermedad no afecta solo al paciente,

sino a todo el sistema familiar, que debe reorganizar sus recursos para sostener el tratamiento.

Los testimonios coinciden en que el gasto se incrementa por transporte, medicamentos, suplementos, exámenes, dietas especiales y, en algunos casos, consultas privadas cuando el sistema público demora. Esto evidencia que la enfermedad renal crónica genera un impacto directo e indirecto sobre la economía familiar, afectando la estabilidad financiera y obligando a priorizar el cuidado por encima de otras necesidades básicas. En este sentido, la insuficiencia renal crónica se convierte en un factor de vulnerabilidad social, porque la continuidad terapéutica exige gastos permanentes que pueden superar los recursos disponibles del hogar (Vargas, 2017).

Desde este contexto, sistémicamente, la insuficiencia renal crónica no impacta solo en el estado de salud del paciente, sino en toda la estructura familiar, especialmente en su economía y organización cotidiana. La disminución del ingreso neto y el aumento de gastos en transporte, medicamentos y suplementos muestran que el sistema familiar debe reacomodarse para sostener el tratamiento, lo que confirma que la enfermedad opera como un factor de estrés que altera la estabilidad del hogar (Palomeque y Vergara, 2024).

Esto se relaciona con lo indicado por el Ministerio de Salud Pública (Ministerio de Salud Pública, 2018) que señala que la enfermedad renal crónica representa un importante impacto socioeconómico, tanto por los costos directos de las terapias como por los costos indirectos derivados de la ausencia laboral y la carga económica para las familias.

4.3. Acompañamiento emocional en paciente ERC y su impacto

El acompañamiento emocional cumple un papel fundamental en la vivencia de la enfermedad renal crónica y en la capacidad de los pacientes para afrontar el diagnóstico y sostener el tratamiento a lo largo del tiempo, en los cuatro casos analizados del inicio de la enfermedad se caracteriza por un fuerte impacto emocional marcado por sentimientos de miedo, tristeza, confusión, frustración e incluso a pensamientos que se asocian con la muerte y la pérdida del sentido de la vida, en este escenario la presencia o ausencia

de apoyo emocional se configura como un factor determinante en la adaptación a la enfermedad.

En el caso uno, el esposo representa la principal fuente de acompañamiento emocional convirtiéndose en un sostén constante durante las sesiones de diálisis como en la vida cotidiana *“mi esposo ha sido importante en este proceso, aunque siento que él se angustia mucho por mi situación”* (Caso 1 P1H 2026). Este apoyo se vincula directamente con la motivación de la paciente para continuar con el tratamiento a pesar del cansancio físico, las dificultades para cumplir con la dieta y la medicación; las necesidades de seguir trabajando también influyen.

Este discurso revela la dualidad del apoyo conyugal en la insuficiencia renal crónica, lo cual representa fortaleza emocional para la paciente, contrastada con angustia transferida al cuidador primario.

Sin embargo, la ausencia emocional de los hijos, aunque exista apoyo económico ocasional genera sentimientos de soledad y tristeza evidenciando que el apoyo afectivo tiene un impacto más significativo que el apoyo material aislado: *“mis hijos solo envían dinero, no me visitan, con el dinero creo que para ellos es suficiente”* (Caso 1 P1H 2026). Desde los relatos, la participante da a conocer que ella está expuesta al abandono afectivo familiar por parte de los hijos, donde la ayuda económica sustituye presencia emocional, pudiendo impactar negativamente la adherencia al tratamiento.

Para House (981), esto pudiera fomentar la apatía terapéutica pues, sin refuerzo afectivo, al paciente puede tender a minimizar el esfuerzo por diálisis, dieta o medicación.

En el caso 2 se observa una vivencia más solitaria de la enfermedad ya que el paciente experimenta miedo frente a la diálisis, incertidumbre sobre el futuro y una reducción progresiva de su vida social, aunque encuentra cierta fortaleza en el trabajo y en sus creencias personales la falta de acompañamiento emocional cercano se asocia a un mayor desgaste emocional y a una baja adherencia al tratamiento farmacológico.

“Yo solo asisto a mis tratamientos, no tengo un acompañamiento en ese sentido” (Caso 2 P2H 2026) Este extracto de entrevista revela aislamiento estructural en la gestión de la insuficiencia renal crónica (ERC), donde la asistencia solitaria a tratamientos expone ausencia de soporte relacional que

tensiona la adherencia sostenida. A su vez, articula autosuficiencia frente a la fragilidad del paciente, puesto que asume la logística básica en relación con la asistencia de citas médicas, pero carece de presencia emocional durante procesos invasivos como diálisis.

Esto vinculado a su nivel socio-económico medio (secundaria completa, servicios básicos), refleja independencia aparente que enmascara vulnerabilidad. Desde la mirada de Bertalanffy, el paciente opera como sistema cerrado sin inputs reguladores externos, acumulando entropía que erosiona el equilibrio salud-tratamiento.

El caso 3 muestra la importancia del acompañamiento emocional en contextos de alta vulnerabilidad *“mi esposa se separó de mí, pero mi hija me da apoyo y quien ha estado en mi tratamiento, pero no quisiera que pase esto siempre me afecta”* (Caso 2 P2H 2026). Tras la separación de su esposa, la hija se convierte en su principal apoyo afectivo y emocional, a pesar de un sentimiento de frustración y afectación de la autoestima por la dependencia hacia ella, el deseo de verla crecer emerge como un motor fundamental para continuar con el tratamiento y este acompañamiento emocional permite sostener parcialmente la gerencia con un contexto socio económico adverso.

La reconfiguración familiar tras la ruptura conyugal, donde la hija emerge como nuevo sostén emocional en la insuficiencia renal crónica, presenta una carga psicológica persistente para el paciente. Monroy y Oleas (2025) Rodríguez (2019) presentan esta dinámica, señalando que las rupturas conyugales transfieren cargas emocionales a las hijas adultas, generando culpa paterna que tensiona la adherencia a largo plazo en estratos medios.

En el caso cuatro la esposa cumple con un rol clave tanto para el apoyo emocional como en la adherencia al tratamiento recordando la toma de medicación y acompañando al paciente en el proceso terapéutico a pesar de las dificultades económicas y del sentimiento de frustración por no poder cumplir con un rol proveedor, el acompañamiento familiar favorece una mayor conciencia de la importancia del tratamiento y una mejora progresiva en la violencia tras una complicación de salud.

Lara (2016) sustenta este rol conyugal como soporte sociofamiliar en adherencia a hemodiálisis por ERC, donde esposas en contextos precarios

asumen funciones duales emocional e instrumental, que elevan la conciencia terapéutica pese a la frustración económica del enfermo.

En conjunto los resultados evidencian que el acompañamiento emocional actúa como un factor protector frente al impacto psicológico de la enfermedad renal crónica favoreciendo la motivación, la continuidad del tratamiento y una mejor adaptación a la enfermedad incluso en contextos de alta carga emocional y física.

4.4. Relación entre nivel socioeconómico y el acompañamiento emocional en pacientes ERC.

El análisis de los casos permite observar que el nivel socioeconómico influye en el acceso a recursos materiales y servicios de salud, pero no determina de manera directa la disponibilidad ni calidad del acompañamiento emocional; la relación entre ambas variables se presenta como compleja y mediada por la estructura familiar, los vínculos afectivos y las dinámicas de apoyo emocional.

El paciente uno ubicado en un nivel socioeconómico de medio a alto, cuenta con mejores condiciones de vivienda con acceso a servicios básicos y mayor nivel educativo lo que facilita el acceso al sistema de salud y el tratamiento; su principal fuente de apoyo emocional no proviene de estas condiciones materiales sino del acompañamiento constante de su esposo, la limitada presencia emocional de los hijos demuestra que un mayor nivel socioeconómico no garantiza necesariamente a las redes de apoyo afectivo sólidas.

“aunque el apoyo de mi esposo ha sido indudable, en ocasiones el olvido de mis hijos me entristece” (Caso 1 P1H 2026). Ying Qiu et al. (2021) sustentan esta observación en su estudio sobre resiliencia psicológica en hemodiálisis, donde pacientes de nivel socioeconómico medio-alto con vivienda adecuada y educación superior facilitan acceso logístico a salud, pero el apoyo emocional conyugal constante predice adherencia superior a condiciones materiales solas.

Sin embargo, la citada presencia de los hijos va configurando aislamiento afectivo que tensiona la adherencia al tratamiento pese a remesas económicas.

En el caso 2 el nivel socioeconómico medio evidencia condiciones materiales relativamente estables pero la falta de acompañamiento emocional cercano se asocia a sentimientos de soledad como confusión y a una baja adherencia al tratamiento lo que refuerza la idea de que las condiciones socioeconómicas no aseguran un adecuado soporte emocional por sí solas.

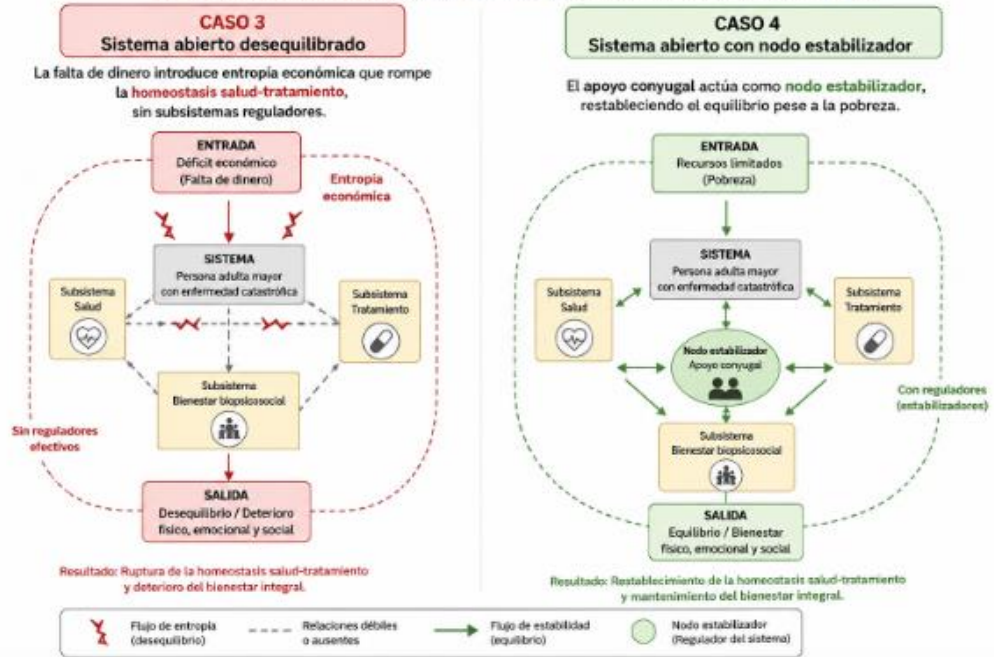
“Obtengo los recursos para salir a esos tratamientos, pero me gustaría quien tenga la paciencia de acompañarme en esos momentos” (Caso 2 P2H 2026). En este caso, ilustra cómo un nivel socioeconómico medio provee estabilidad material, pero no garantiza soporte emocional, generando soledad que socava la adherencia al tratamiento en insuficiencia renal crónica. Desde la perspectiva de (Bourdieu, 1986), las condiciones materiales generan capital simbólico superficial, pero la ausencia emocional reproduce hábito de autosuficiencia frágil

Por el contrario para los pacientes tres y cuatro que están ubicados en niveles socioeconómicos bajos enfrentan mayores limitaciones económicas, laborales y de acceso a recursos, en el caso 3 el apoyo de la hija actúa como un sostén emocional esencial aunque insuficiente para contrarrestar completamente el impacto de la precariedad económica; para el caso cuatro el acompañamiento constante de la esposa demuestra que incluso en contextos de vulnerabilidad la presencia de un apoyo emocional cercano puede favorecer una mejor adaptación a la enfermedad y a una adherencia relativamente mayor al tratamiento.

“si se hace pesado no contar con dinero suficiente para este tratamiento” (Caso 3P3H 2026).; “mi esposo ha sido apoyo económico y emocional, lo cual me ayudado a ser constante con mi tratamiento” (Caso 4 P4H 2026). Alcívar y Pinos (2022) sustentan estos discursos en su análisis sobre costos de hemodiálisis en Ecuador, donde la precariedad económica (Caso 3) y el apoyo conyugal dual (Caso 4) determinan trayectorias de adherencia en contextos de crisis sanitaria.

Desde la perspectiva de Bertalanffy el Caso 3 se presenta como sistema abierto desequilibrado, debido a la falta dinero, introduce entropía económica que rompe homeostasis salud-tratamiento, sin subsistemas reguladores. No obstante, en el caso 4, presenta apoyo conyugal como nodo estabilizador, restableciendo equilibrio pese a pobreza.

Perspectiva de Bertalanffy: Sistemas Abiertos en los Casos 3 y 4



CAPÍTULO 5:

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Las diferencias en posición económica familiar definen trayectorias distintas: estabilidad material ayuda en logística diaria, pero la cercanía afectiva de parejas o hijas sostiene el compromiso con cuidados médicos más que cualquier posesión. Espacios hogareños dignos y escolaridad elevada abren puertas al sistema público de salud; sin embargo, la soledad relacional, entendida como la percepción de ausencia de vínculos familiares y de apoyo cercano, puede acarrear un aislamiento emocional que entorpece el acceso a la atención o la calidad de la atención a la salud, lo que sugiere que, si bien los recursos materiales son necesarios, también lo es el apoyo social y afectivo para el bienestar total

- La solidez de la economía no solo favorece la logística cotidiana sino que también permite la llegada a los recursos previstos, por el contrario, los lazos afectivos, como el respaldo de las parejas, hacen posible alcanzar la fuerza interna para soportar las rutinas biológicamente agotadoras o las presiones procedentes del tratamiento de la insuficiencia renal crónica; se puede deducir de aquí que, si bien los recursos materiales son importantes, el apoyo emocional es un elemento esencial en la eventual fidelidad al tratamiento.
- Las condiciones de vivienda inadecuadas suponen incrementar los riesgos sanitarios y la dificultad para las visitas clínicas, lo que incide en un pronóstico negativo de la evolución de la enfermedad renal, ya que la carencia de acceso a la atención médica, a la medicación, perpetuará un pronóstico negativo en las personas enfermas con insuficiencia renal crónica.
- La educación superior permite una mejor interpretación de las instrucciones médicas, lo cual contribuye a la adherencia a los

tratamientos prescritos, aunque no elimina los temores de lo incierto de la evolución de la enfermedad, lo que indica que, aunque el conocimiento es importante, el temor no deja que la enfermedad se transforme en un vehículo cuya carga se pueda manejar con, de forma análoga, adherencia al tratamiento.

- Las parejas de las personas que padecen una enfermedad oncológica componen una red de soporte informal a la cual siempre asocian un primer acompañamiento que va mucho más allá de los desembolsos monetarios que pueden hacer los hijos que están ausentes. Es una situación que pone de manifiesto que, aunque el dinero es necesario, la compañía en la familia no puede ser sustituida en lo que refiere al tratamiento y a la adherencia.
- El estar solo en la consulta médica de un hospital fomenta maneras de discontinuidad del tratamiento médico y un aumento de errores con la medicación, en especial cuando se habla de familias que son polimedicadas, lo que pone de manifiesto una falta de adherencia. El estar solo indica una falta del soporte físico y emocional de la familia, lo cual lleva a un distanciamiento del conflicto que implica el tratamiento y por lo tanto una baja adherencia.
- Los trabajos informales de muchos pacientes contrastan con los calendarios de la toma de medicación, lo que hace que prevalezca el ingreso económico por encima de la conservación de la salud física. Esto también ilustra que las condiciones de trabajo muy precarias afectan la manera de seguir los tratamientos médicos, indicando que en el día a día del enfermo hay entradas, desplazamientos, excusas y, de forma más que frecuente, un descuido de la medicación que lleva a un desequilibrio final.

Desde la perspectiva del Trabajo Social, la relación entre el nivel socioeconómico, el apoyo emocional y la adherencia farmacológica no debe analizarse responsabilizando únicamente al paciente por el incumplimiento de la medicación. Los resultados muestran que las dificultades para seguir el tratamiento están relacionadas con condiciones sociales y familiares concretas, como la falta de recursos económicos, las responsabilidades laborales, el cansancio, la confusión frente a la cantidad de medicamentos, el malestar emocional y la disponibilidad de apoyo familiar.

5.2. Recomendaciones

- Reafirma la importancia del apoyo emocional familiar o de pareja considerando que son tan relevantes como la perspectiva económica. Aunque los recursos materiales ayudan a que la persona enferma acceda a los tratamientos, el apoyo familiar o de pareja es fundamental para el cumplimiento del tratamiento de forma continuada.
- Refuerza el grado en el que las condiciones de vivienda deficientes pueden afectar la atención médica continuada. Añade información sobre cómo las condiciones de vivienda desfavorables pueden impedir el acceso a la atención médica continuada y que el acceso limitado a la atención médica continuada empeora el pronóstico de la enfermedad y por tanto de la insuficiencia renal crónica, puesto que, a peor tratamiento, se retroalimenta la continuidad negativa de la enfermedad.
- Incorpora la educación emocional o el psicoeducativo como una disciplina tan relevante como la escolar. Este tipo de recurso supone un recurso para gestionar los temores e incertidumbres de la enfermedad y la generación de adherencia al tratamiento, como una información complementaria a la que se aprende a partir de la educación formal.
- Reafirma la relevancia de las parejas como redes de apoyo emocional en la consulta médica. La implicación activa y la presencia de la pareja en el proceso de tratamiento refuerzan la adherencia y la carga emocional de la enfermedad crónica disminuye.
- Considerar que la soledad en la consulta médica puede contribuir a aumentar los errores con la medicación y generar algo de discontinuidad en el tratamiento. La compañía durante las citas médicas debe considerarse como algo importante para la continuidad del tratamiento y con respecto a la continuidad y seguimiento del tratamiento.
- Reafirma que las condiciones de trabajo informal generan problemas con los horarios de medicación y tratamiento. Se deben proponer soluciones a los propios horarios de trabajo que puedan compatibilizarse con los horarios de tratamiento, por ejemplo, ajustes horarios en la consulta o asesoramiento de cómo compatibilizar ambas actividades.

- Realizar una valoración social integral a cada paciente, considerando su situación económica, empleo, vivienda, transporte, composición familiar, gastos relacionados con la enfermedad y disponibilidad de redes de apoyo.

REFERENCIAS

- Agualongo, & Garcés. (2019). *El nivel socioeconómico como factor de influencia en temas de salud y educación*. Obtenido de <https://journal.espe.edu.ec/ojs/index.php/vinculos/es/article/view/1639/1313>
- Aguilar, González, & Pérez. (2014). Funcionalidad familiar y apego al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben terapia sustitutiva con diálisis peritoneal. *Elsevier*.
- Aguirre, M. (2021). Familia disfuncional y el deterioro de la salud psicoemocional. *Dom. Cien*, 7(4), 731-745. doi:DOI: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i4>
- Albatati, S., Alnasser, Y., & Alomar, O. (2024). Social determinants of health and quality of life in children with chronic kidney disease: insights from Saudi Arabia. *BMC Nephrology*, 25(1), 272. doi:<https://doi.org/10.1186/s12882-024-03710-y>
- Aránega, & Guillén. (2023). Aspectos psicosociales del paciente en diálisis. Una revisión bibliográfica. *Enfermería Nefrológica*.
- Arenas, D., Fernández, M., Pedreira, G., & Collado, S. (2024). Social determinants of health influencing the choice of dialysis modality in advanced chronic kidney disease: Need of an interdisciplinary approach. *Nefrología*, 44(4), 459-614. doi:10.1016/j.nefro.2024.07.002
- Arrogante, Ó. (2015). Resiliencia en Enfermería: definición, evidencia empírica e intervenciones. *Index de Enfermería*.
- Becerra, G. (2020). La Teoría de los Sistemas Complejos y la Teoría de los Sistemas Sociales en las controversias de la complejidad. *Convergencia*, 27(1), 1-12. doi:https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352020000100107
- Bolilla, P., Perez, J., Esponzoza, D., & Lucchetti, G. (2025). Association between religious/spiritual coping and quality of life among hemodialysis patients in Ecuador. *Sec. Public Mental Health*, 1(13), 113. doi:<https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1510329>

- Botero, & Pico. (2007). CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA. *Hacia la Promoción de la Salud*.
- Bourdieu, P. (1986). *The forms of capital*. In J. G. Richardson (Ed.). Greenwood Press.
- Burton, C., Elliott, A., & Cochran, A. (2018). Do healthcare services behave as complex systems? Analysis of patterns of attendance and implications for service. *BMC*, 16(1), 138. doi:<https://doi.org/10.1186/s12916-018-1132-5>
- Cárdenas, & Naula. (2025). *Adherencia en enfermedad renal crónica*. Obtenido de <https://rest-dspace.ucuenca.edu.ec/server/api/core/bitstreams/589340b4-a9e9-4598-8436-236f0853a161/content>
- Carranza, R. (2025). Impacto de síntomas depresivos en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2: revisión sistemática de la literatura. *Acta médica Grupo Ángeles*, 23(1), 5-12. doi:https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032025000100032
- Carrillo, Rodríguez, & Díaz. (2004). Factores asociados a la adherencia a la hemodiálisis y al tratamiento farmacológico en Perú. *Enfermería Nefrológica*.
- Carrol, A. (2022). Application of complexity theory in health. *BMJ Open*, 6(18), 1-12. doi:<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-069180>
- Colqui, G., Garcilazo, J., Maximiliano, K., & Ruiz, M. (2024). Factores asociados a la deserción de hemodiálisis en Perú. *Revista Eugenio Espejo*, 18(5), 44. doi:<http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/ree/v18n3/2661-6742-REE-18-03-00044.pdf>
- Constitución de la Republica del Ecuador. (2008). *Artículo 32: Derecho a la salud*. Obtenido de https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf
- Correia, D., Mendes, A., & Carnut, L. (2025). LA DETERMINACIÓN SOCIAL DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD EN EL CONTEXTO

- LATINOAMERICANO. *Gerencia Y Políticas De Salud*, 22(1), 1-8.
doi:<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/37057>
- Cortés, J. (2010). LA RESILIENCIA: UNA MIRADA DESDE LA ENFERMERÍA. *Ciencia y enfermería*.
- Crews, D. (2020). Carga, acceso y disparidades en enfermedad renal. *Nefrología*, 40(1), 1-114. doi:<https://revistanefrologia.com/es-carga-acceso-disparidades-enfermedad-renal-articulo-S0211699519300505>
- Díaz, E. (2021). Estado emocional de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en hemodiálisis. *Medicentro Electrónica*, 25(3), 19-25. doi:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432021000300399
- Díaz, Trujillo, & Santos. (2021). Estado emocional de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en hemodiálisi. *Medicentro Electrónica*.
- Dilmi, W. (2025). Effects of clinical pharmacy services on medication adherence and quality of life in CKDu patients: A randomized controlled trial in Sri Lanka. *Journal of Medical Internet Research*, 26(1), 351. doi:<https://doi.org/10.1186/s12882-025-04301-1>
- Duque, L., Rincón, E., & León, V. (2021). Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica. *Ene*, 14(3), 1-10. doi:https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300008
- Eguiguren , L., Miles, J., & Ocampo, J. (2022). Prevalencia y factores de riesgo asociados a la enfermedad renal crónica: Un estudio de caso en clínicas SIME de Quito, Ecuador, 2019-2021. *Infrontiers Medicine*, 12-5(1), 5-9. doi:4
- Fernández, & Agero. (2018). Desfamiliarización del cuidado: un puente desde el malestar individual hacia el bienestar social. *Millcayac*.
- Flores, J. (2022). EL APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL EN BABAHOYO, PROVINCIA DE LOS RÍOS. *Revista Chakiñan de Ciencias Sociales y Humanidades*.

- Floria, I., K. I., Grammatikopoulou, M. G., Sergentanis, T. N., & Vassilakou, T. (2022). Quality of life of hemodialysis patients in Greece: Associations with socio-economic, anthropometric and nutritional factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 15389. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph192215389>
- Floria, L., & Kontele, L. (2022). Quality of Life of Hemodialysis Patients in Greece: Associations with Socio-Economic, Anthropometric and Nutritional Factors. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19(22), 1-4. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph192215389>
- Forero, Hurtado, & Barrios. (2016). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento del paciente en diálisis peritoneal. *Enfermería Nefrológica*.
- Frazier, L. (2020). El pasado, presente y futuro del modelo biopsicosocial: Una revisión de El modelo biopsicosocial de salud y enfermedad: nuevos desarrollos filosóficos y científicos de Derek Bolton y Grant Gillett. *Nuevas Ideas en Psicología*, 57(1), 1-10. doi:[10.1016/j.newideapsych.2019.100755](https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2019.100755)
- Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Tulcán. (2020). *Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial Cantón Tulcán 2020-2023*. Obtenido de https://www.gmtulcan.gob.ec/municipio/rendicion2021/pdf/1.%20PLAN%20DE%20DESARROLLO%20Y%20ORDENAMIENTO%20TERRITORIAL/PDOT%20CANT%C3%93N%20TULC%C3%81N%202020_2023%20-%20FINAL.pdf
- González, I. (2000). Las Crisis Familiares. *Revista Cubana*.
- Guerra, F., Di Giacomo, D., Ranieri, J., Tunno, M., Piscitani, L., & Ferri, C. (2021). Chronic kidney disease and its relationship with mental health: Allostatic load perspective for integrated care. *Journal of Personalised Medicine*, 11(12), 1367. doi:<https://doi.org/10.3390/jpm11121367>
- Hernández, L., & Duarte, P. (2021). Familia y afrontamiento de la enfermedad crónica: una revisión desde la psicología de la salud. *Revista Colombiana de Psicología de la Salud*, 13(2), 112-116. doi:<https://doi.org/10.22267/rcps.213002.45>
- Herrera, P., Atamari, N., & Flores, V. (2019). NÚMERO DE NEFRÓLOGOS, SERVICIOS DE HEMODIÁLISIS Y TENDENCIA DE LA

- PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN EL MINISTERIO DE SALUD DE PERÚ. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 36(1), 62-68. doi:10.17843/rpmesp.2019.361.4253.
- Idrobo, T., Ayala, B., & Sanchas, J. (2024). EVALUACIÓN DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA ANTIHIPERTENSIVA EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD DE LOS CANTONES DE RIOBAMBA Y SIGCHOS – ECUADOR. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(2), 5-25. doi:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.11250
- INEC. (2024). *Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico*. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Encuesta_Estratificacion_Nivel_Socioeconomico/Cuestionario_Estratificacion.pdf
- INEC. (2025). *Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico*. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta-de-estratificacion-del-nivel-socioeconomico/>
- Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Organos, Tejidos y Células. (2025). *Ecuador conmemora el Día Mundial del Paciente Trasplantado: esperanza, vida y compromiso estatal*. Quito: Instituto Nacional de Donación y Trasplantes. Obtenido de http://www.donaciontrasplante.gob.ec/indot/wp-content/uploads/2025/06/BOLETIN_INFORMATIVO_Dia_Mundial_Paciente_Trasplantado.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2025). *Resultados Principales Carchi*. Obtenido de https://www.censoecuador.gob.ec/wp-content/uploads/2024/01/Info_Carchi.pdf
- Intimayta-Escalante, C., & Quintana-Garcia, L. A. (2020). Socioeconomic inequalities in non-adherence to antihypertensive medication in Peru. *Medicina Clínica y Social*, 8(3), 460. doi:<https://doi.org/10.52379/mcs.v8i3.460>
- Jha, S., Thomas, D., Thomas, S., & Normand, C. (2022). A systematic review of the use of systems-thinking frameworks in health systems strengthening. [In *Systems Thinking for Global Health: How can systems-thinking contribute to solving key challenges in Global*

- Health?]. *Oxford University Press.*, 1(1), 1-10.
doi:<https://doi.org/10.1093/oso/9780198799498.001.0002>
- Jimenez, L., Acevedo, S., & Andrade, J. (2023). Examining the Relationship between Dietary Intake, Socioeconomic Status, and Systolic Blood Pressure of Adults on Hemodialysis in Quito, Ecuador. *Current Developments in Nutrition*, 7(12), 1.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.cdnut.2023.102047>
- Kandasamy, G., Subramani, T., & Almanasef, M. (2025). Determinants of Health-Related Quality of Life in Patients with Chronic Kidney Disease: A Cross-Sectional Study. *Healthcare (Basel)*, 13(1), 1-18.
doi:[10.3390/healthcare13101167](https://doi.org/10.3390/healthcare13101167).
- Khana, T. (2020). Socioeconomic determinants of quality of life in chronic kidney disease: A systematic review. . *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 15(2), 245-260. doi:[10.2215/CJN.14941219](https://doi.org/10.2215/CJN.14941219)
- Khayal, I. (2019). A systems thinking approach to designing clinical models and healthcare services. *Systems*, 7(1), 1-10.
doi:<https://doi.org/10.3390/systems7010018>
- Langham, R., Kalantar, K., Bonner, A., & Hsia, L. (2022). Salud renal para todos: cerrando la brecha en la educación y la alfabetización sobre salud renal. *Nefrología*, 42(2), 113-222.
doi:[10.1016/j.nefro.2022.05.001](https://doi.org/10.1016/j.nefro.2022.05.001)
- León, Loén, & Costales. (2024). La afectación de la salud y su incidencia en la economía del Ecuador. *Polo del Conocimiento*.
- Li, B., Alharbi, M., Allender, S., Swinburn, B., Peters, R., & Foster, C. (2023). Comprehensive application of a systems approach to obesity prevention: a scoping review of empirical evidence. *Frontiers in Public Health*, 11(1), 54-92. doi:<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1015492>
- Liira, H. (2018). Barriers and facilitators to medication adherence: a qualitative study with general practitioners. *BMJ Open*, 1(8), 23. doi:[10.1136/bmjopen-2016-015332](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015332).
- López, M., Zambrano, A., & Salinas, D. (2024). Sobrecarga familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal en contextos vulnerables. *Revista Latinoamericana de Nefrología*, 31(1), 22-34. doi:<https://doi.org/10.56983/rlnef.3112024>

- Lunardi, L. E., & Le Leu, K. M. (2024). Patient activation in advanced chronic kidney disease: A cross-sectional study. *Journal of Nephrology*, 37(1), 343-352. doi:<https://doi.org/10.1007/s40620-023-01847-x>
- Lunardi, L. E., & Le Leu, T. (2024). Patient activation in advanced chronic kidney disease: A cross-sectional study. *Journal of Nephrology*, 37(1), 343-352. doi:<https://doi.org/10.1007/s40620-023-01847-x>
- Machaca , D., Palomino, G., & Flores, J. (2024). Quality of life and its associated factors in chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis from a Peruvian city: A cross-sectional study. *PLoS One*, 19(5), 1-9. doi:10.1371/journal.pone.0300280. eCollection 2024.
- Martínes, Marín, & Guerra. (2017). Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar: Una revisión de la literatura. *Enfermería Global*.
- Méndez, Hernández, Juárez, Banderas, & Lumbares. (2024). Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes con enfermedad renal crónica. *Horizonte Santirario*.
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Ley Organica de Salud*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública: [chrome-extension://efaidnbmhttps://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf)
- Ministerio de Salud Pública. (2018). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad crónica renal*. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/10/guia_preencion_diagnostico_tratamiento_enfermedad_renal_cronica_2018.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2018). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica* . Obtenido de [chrome-extension://efaidnbmnnnibpc//www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/10/guia_preencion_diagnostico_tratamiento_enfermedad_renal_cronica_2018.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/10/guia_preencion_diagnostico_tratamiento_enfermedad_renal_cronica_2018.pdf)
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). *Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)*.
- Monroy, & Oleas. (2025). Dinámicas Parentales y Sintomatología Depresiva en Adultos Jóvenes Ecuatoriano. *Universidad de Guayaquil*.

- Moreno, M. (2020). Teoría de sistemas sociales e historia: un acercamiento interdisciplinario para la investigación científica. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, 40(159), 30. doi:https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-39292019000300171
- Muscat, P., Weinman, J., Farrugia, E., & Callus., R. (2020). Illness perceptions predict mortality in patients with predialysis chronic kidney disease: A prospective observational study. *BMC Nephrology*, 21(1), 537. doi:<https://doi.org/10.1186/s12882-020-02189-7>
- Nair, D., Bonnet, K., Wild, M. G., Umeukeje, E. M., Fissell, R. B., & Faulkner, M. L. (2020). Psychological adaptation to serious illness: A qualitative study of culturally diverse patients with advanced chronic kidney disease. *Journal of Pain & Symptom Management*, 61(1), 32-41. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.07.014>
- Naranjo, Barragán, & Naranjo. (2015). El apoyo familiar a los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de Hemodíalisis del centro "Contigo da Vida " en la Provincia de Tungurahua Cantón Ambato. *Red de Investigadores*.
- Naranjo, Y. (2019). Modelos metaparadigmáticos de Dorothea. *CPICM*, 23(6), 814-825. doi:<https://www.redalyc.org/journal/2111/211166534013/html/>
- Notarnicola, I., Lommi, M., Ivziku, D., Carrodano, S., Rocco, G., & Stievano, A. (2024). The Nursing Theory of Complex Adaptive Systems: A new paradigm for nursing. *Healthcare (Basel)*, 12(19), 1-9. doi:<https://doi.org/10.3390/healthcare12191997>
- Ortega, F., & Castaño, M. (2022). Dinámica familiar y adherencia terapéutica en enfermedades renales: un enfoque sistémico. *Revista de Psicología Clínica y de la Salud*, 39(4), 211-220. doi:<https://doi.org/10.15517/rpcs.394211>
- Painepán, & Khune. (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con insuficiencia renal. *Summa psicológica UST (En línea)*.
- Palma, A. S., Zamora, E. L., García, J. F., Zamora, K. R., Contreras, D. I., & Domínguez, M. R. (2024). Hipertensión arterial asociada a insuficiencia

- renal en América Latina: revisión sistemática. *Revista Gregoriana de Ciencias de la Salud*, 1(2), 144-164. doi:<https://doi.org/10.36097/rgcs.v1i2.3133>
- Palomeque, & Vergara. (2024). *El impacto socioeconómico de la enfermedad renal crónica en la vida cotidiana de los pacientes: Un estudio de caso en el barrio Niquía del municipio de Bello*. Obtenido de <https://repository.uniminuto.edu/server/api/core/bitstreams/e05d6630-acd6-4017-8f58-533b7bc556f0/content>
- Penney, ., Nahid, ., & Leykum, . (2018). Interventions to reduce readmissions: can complex adaptive system theory explain the heterogeneity in effectiveness? *BMC*, 18(1), 894. doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3712-7>
- Pereira, E. d., Thuany, M., Bandeira, P. F., Gomes, T. N., & dos Santos, F. K. (2023). How Do Health, Biological, Behavioral, and Cognitive Variables Interact over Time in Children of Both Sexes? A Complex Systems Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 27-28. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph20032728>
- Pérez, F. (2019). Respuestas emocionales, enfermedad crónica y familia. *Emociones y Salud*.
- Peréz, Orosco, & Pomares. (2026). Atención Primaria. *Elsevier*.
- Pérez, S., González, A., & Rivas, C. (2023). El rol de la familia en el proceso de enfermedad crónica: apoyo, resiliencia y salud emocional. *Salud y Bienestar Familiar*, 15(1), 45-49. doi:<https://doi.org/10.24265/sbf.2023.v15n1.06>
- Pugi, D., Ferretti, F., & Galeazzi, M. (2022). Health-related quality of life in pre-dialysis patients with chronic kidney disease: The role of Big-Five personality traits and illness denial. . *BMC Psychology*, 10(1), 297. doi:<https://doi.org/10.1186/>
- Renz, C. (2020). Calidad de vida de pacientes renales crónicos en hemodiálisis y factores relacionados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 28(1), 1*15. doi:<https://www.scielo.br/j/rlae/a/9JDNyTBwTMqt4br7svXJT4v/?lang=es>

- Reyes Masa, B. d., Salazar González, M. C., Carrión Berrú, C. B., & D., G. (2022). Desarrollo humano, nivel socioeconómico y su relación con la violencia de género en los hogares. Caso de estudio Calvas y Chaguarpamba. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 3(2), 502-518. doi:<https://doi.org/10.56712/latam.v3i2.114>
- Sánchez, Guacho, & Moya. (2022). La enfermedad renal crónica. Revisión de la literatura y experiencia local en una ciudad de Ecuador. *Revista Colombiana de Nefrología*.
- Scritheran, G. (2025). Mobile health applications for improving adherence and quality of life in chronic kidney disease: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 27(8), 8-12. doi:10.2196/53144
- Shi, L., Tang, W., & Zhang, H. (2024). The relationship between socioeconomic status, medical accessibility, hope and psychological resilience of caregivers of children with chronic kidney disease in China: Structural equation model. *BMC Psychology*, 12(4), 5-15. doi:<https://doi.org/10.1186/s40359-024-01901-8>
- Skoumalova, I. (2021). Health literacy, socioeconomic status, and dietary/fluid adherence in dialysis patients: An international multicenter study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 9-17. doi:10.3390/ijerph16214295
- Stark, R., Schmidt, M. M., & Zimmermann, T. C. (2021). Systematic Literature Review of System Models for Technical System Development. *Applied Sciences*, 11(7), 3014. doi:<https://doi.org/10.3390/app11073014>
- Storey, M.-A., Hoda, R., Milani, A. M., & Baldassarre, M. T. (2024). Guiding Principles for Using Mixed Methods Research in Software Engineering. *Cornell University*, 1(1). doi:<https://doi.org/10.48550/arXiv.2404.06011>
- Suñer, M. (2025). The Perception of Illness in People with Advanced Chronic Kidney Disease. *J Pers Med.*, 15(3), 120. doi:10.3390/jpm15030120
- Toro, Grajales, & Sarmiento. (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan*.
- Torres, N. (2019). Desarrollo organizacional . *Análisis de variables*, 1(1), 1-9. doi:<http://cimogsys.esPOCH.edu.ec/direccion->

publicaciones/public/docs/books/2021-01-19-143149-
Desarrollo%20organizacional%20final.pdf

- Vargas, M. (2017). *Percepciones sobre la enfermedad y tratamiento de los pacientes con insuficiencia renal*. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/9428/1/T-UCSG-PRE-JUR-TSO-75.pdf>
- Vasquez, A. (2020). Perspectiva sobre el pensamiento sistémico. *ECONÓMICAS*, 41(2), 261-266. doi:<https://doi.org/10.17981/econcuc.41.2.2020.Ensy.2>
- Vega, J. (2023). <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4740/mbv2de4.pdf;jsessionid=53818BAFC797C0222A279543BEBEC815?sequence=2>. doi:<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4740/mbv2de4.pdf;jsessionid=53818BAFC797C0222A279543BEBEC815?sequence=2>
- Villarroel, A., & Wang, x. (2025). Mental health symptoms and receipt of mental health care among US adults diagnosed with kidney disease. *Preventing Chronic Disease*, 22(1), 24. doi:<https://doi.org/10.5888/pcd22.240509>
- Wang, W. (2024). ANÁLISIS DE LA REPRESENTACIÓN METAFÓRICA DE LA DEPRESIÓN EN LA PRENSA ESPAÑOLA. *Facultad de Filología y Comunicación*, 5(1), 1-8. doi:https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/217306/1/WEIKEN%20WANG_TESIS.pdf
- Whelan, J., Fraser, P., Bolton, K., & Allender, S. (2023). Combining systems thinking approaches and implementation science constructs within community-based prevention: a systematic review. *Health Research Policy and Systems*, 21(85), 1-5. doi:<https://doi.org/10.1186/s12961-023-01023-4>
- Wnag, T., Cheng, H., & Chi, C. (2024). The Effects of Pharmacist-Led Medication Therapy Management on Medication Adherence and Use of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug in Patients with Pre-End Stage Renal Disease. *Patient Prefer Adherence*, 1(18), 267-274. doi:10.2147/PPA.S436952. eCollection 2024.

Yang, H., Qi, L., & Pei, D. (2024). Effect of psychosocial interventions for depression in adults with chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis. *BMC Nephrology*, 25(17), 1-9. doi:<https://doi.org/10.1186/s12882-023-03447-0>



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Chávez Vera Melanny Sophia** con C.C: # 0401703418 autor/a del trabajo de titulación: **Relación entre nivel socioeconómico, apoyo emocional y adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica. Estudio con pacientes que reciben tratamiento en una clínica de la ciudad de Tulcán**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Trabajo Social** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 1 de septiembre de 2026

f. _____

Nombre: **Chávez Vela Melanny Sophia**

C.C: **0401703418**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Relación entre nivel socioeconómico, apoyo emocional y adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica. Estudio con pacientes que reciben tratamiento en una clínica de la ciudad de Tulcán		
AUTOR(ES)	Chávez Vera Melanny Sophia		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Quevedo Terán Ana		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Jurisprudencia, Ciencias Sociales y Políticas		
CARRERA:	Carrera de Trabajo Social		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada/o en Trabajo Social		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	01 de septiembre de 2026	No. DE PÁGINAS:	87
ÁREAS TEMÁTICAS:	Derechos, salud, historias de vida		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Nivel socio-económico, apoyo emocional, insuficiencia renal, tratamiento, adherencia		
RESUMEN/ABSTRACT			
El objetivo principal de este estudio fue analizar la relación entre nivel socio-económico, apoyo emocional y adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben atención en una clínica de la ciudad de Tulcán durante el año 2025 para verificar la asociación existente entre estas variables en el contexto local. La enfermedad renal impacta directamente a la calidad de vida de los pacientes y de forma considerable; los pacientes tienden a experimentar fatiga crónica, limitaciones físicas, dependencia económica y cambios en sus emociones, influyendo directamente a la adherencia de los tratamientos. Para realizar este análisis se adoptó un enfoque mixto de nivel descriptivo, apoyado en un muestro por conveniencia. Se estudiaron 5 casos de personas que padecen insuficiencia renal, recolectando datos sobre el nivel socio-económico y nivel de adherencia; además se entrevistaron a miembros de las familias de los pacientes (esposa, hija, hermana). Los hallazgos de este estudio sugieren que, existe una relación directa entre nivel socioeconómico y nivel de adherencia, además de identificar que, sobre la economía se encuentra la relación parentofilial y la relación de parejas, como influencia generadora de la adherencia al tratamiento. Los resultados muestran que las dificultades para seguir el tratamiento están relacionadas con condiciones sociales y familiares concretas, como la falta de recursos económicos, las responsabilidades laborales, el cansancio, la confusión frente a la cantidad de medicamentos, el malestar emocional y la disponibilidad de apoyo familiar.			
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-992555821	E-mail: melanny.chavez@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Muñoz Sánchez Christopher Fernando Teléfono: +593-4-2206957 ext. 2206 Móvil: 0990331766 E-mail: cristopher.munoz@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			