

---

# LA AFECTACIÓN SOCIAL EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. APORTES DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO. - Modalidad REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA -

---

*Trabajo Final de Máster Trabajo Social Sanitario*

---

Autor /a: Natividad Isorna Porto  
Director/a: Teresa Álamo Martín

---

22/06/2020



Esta obra está bajo una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/deed.es>)

## **Agradecimientos**

En primer lugar quiero agradecer este trabajo a la Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo (FRIAT), por hacerme partícipe de su proyecto y ofrecerme la oportunidad de conocer y trabajar con la realidad renal, además de hacer posible mi especialización como Trabajadora social sanitaria.

A los compañeros con los que he trabajado, de los que he aprendido casi todo lo que sé en el campo psico-social de la enfermedad renal. Especialmente al Dr. José Luis Santos-Ascarza Bacariza.

A mi familia, a mi marido, a mis padres y hermanos, especialmente a mi tía Catalina por su cariño, apoyo y comprensión durante años. Por soportar mis ausencias en el tiempo de dedicación al Máster y a este trabajo.

## Índice

Resumen .....	5
Abstract .....	5
1. Justificación.....	6
2. Introducción.....	7
3. Objetivos.....	9
4. Metodología.....	10
5. Resultados.....	12
5.1 La ERC y sus tratamientos.....	12
5.2 Repercusión social de la ERC.....	17
5.3 La protección social en la ERC.....	19
5.3.1 La Discapacidad.....	20
5.3.2 La Incapacidad.....	22
5.4 Pobreza y Riesgo de exclusión social.....	24
6. Discusión .....	26
7. Aplicabilidad y nuevas líneas de investigación.....	29
8. Conclusiones .....	33
9. Bibliografía.....	35
10. Anexos .....	45

## **Resumen**

El trabajo refleja la incidencia a nivel social de las personas con enfermedad renal Crónica ERC, la más desconocida de las enfermedades crónicas.

La ERC genera, en la persona afectada y en su entorno, un gran impacto social, ya que modifica muchos de los aspectos de la vida de las personas enfermas y sus familias.

Se puede determinar que existen varios aspectos que hacen que las personas con ERC se encuentren en mayor medida, en situación de riesgo de exclusión social.

Se realiza una revisión bibliográfica donde se observa la realidad renal y los factores de riesgo a nivel social.

### ***Palabras clave***

Revisión, Enfermedad renal crónica (ERC), Exclusión social, Pobreza y discapacidad.

## **Abstract**

The work reflects the incidence at the social level of people with chronic kidney disease CKD, the least known of chronic diseases.

CKD generates, in the affected person and their environment, a great social impact, since it modifies many of the aspects of the life of sick people and their families.

It can be determined that there are several aspects that make people with CKD more vulnerable, at risk of social exclusion.

A bibliographic review is carried out where the renal reality and risk factors at the social level are observed.

### ***Key words***

Review, Chronic Kidney disease, Social exclusion, Poverty and Disability.

## 1. Justificación

A raíz de conocer la Enfermedad Renal Crónica (ERC a partir de ahora) y la incidencia de ésta en la vida de las personas afectadas y su entorno más cercano, me surgieron muchas preguntas, como el porqué del desconocimiento popular de esta enfermedad, cuáles son los criterios y parámetros para la inclusión o exclusión en lista de trasplante, y si existen criterios sociales que puedan ser vinculantes...Pero sin duda alguna, no dejo de pensar que las personas afectadas por la ERC, se encuentran en riesgo de exclusión y pobreza, basándome, principalmente, en los criterios de discapacidad, incapacidad y enfermedad.

Teniendo en cuenta esta última afirmación, se pretende exponer la incidencia de la ERC en la vida de las personas enfermas y si ésta tiene vinculación con el riesgo de exclusión o pobreza.

El diagnóstico de ERC y la terapia renal sustitutiva, hacen que el estilo de vida de las personas se modifique radicalmente, afectado además, al entorno de la persona enferma.

Por otro lado, las personas pueden encontrarse en diferentes momentos del ciclo vital, y que en muchas ocasiones no se esperan el padecer una enfermedad crónica, lo que implica asumir una esperanza de vida más limitada.

Para realizar este análisis, el trabajo se trata de una revisión bibliográfica, analizando los diferentes artículos y publicaciones. Hay que tener en cuenta que las publicaciones que relacionen la ERC y el riesgo de exclusión social son escasos, por lo que, en ocasiones, se expondrá el análisis en base a los criterios de discapacidad, incapacidad y enfermedad, mencionados anteriormente.

En primer lugar se introduce la ERC y se abordan los conceptos de calidad de vida relacionada con la salud, discapacidad, incapacidad y exclusión social en relación con la enfermedad.

A continuación se desarrolla la discusión, donde se exponen los puntos de encuentro y choque entre los diferentes resultados y se cierra con las conclusiones en relación al estudio bibliográfico realizado.

Finalmente se incluyen una serie de anexos que dan soporte a lo expuesto a lo largo del trabajo.

## 2. Introducción

La ERC tiene un gran nivel de repercusión en la calidad de vida de las personas afectadas y su entorno. Son varios los autores que coinciden en definir a la ERC como la enfermedad crónica más olvidada (1).

Además la ERCA (Enfermedad Renal Crónica Avanzada, a partir de ahora), se considera un problema sanitario, social y económico para los sistemas sanitarios de los países desarrollados (2).

En este trabajo se pretende poner a la ERC sobre la mesa y valorar la situación en la que se encuentra, a nivel general, las personas que la sufren.

La condición de cronicidad genera un gran impacto, no solo emocional, sino estructural y condicional, en la vida de la persona enferma y su entorno más cercano.

El paciente crónico se enfrenta a multitud de situaciones complejas, más allá de su situación clínica. Este tipo de paciente se caracteriza por lidiar continuamente con el sufrimiento. La ERC sitúa al paciente y su entorno ante una serie de cambios que se han de asimilar, y no siempre se cuenta con el tiempo suficiente. Dichos cambios afectan o pueden afectar a la vida diaria de las personas, modificando las perspectivas de vida, imponiendo uso de medicamentos, modificando la autonomía y en muchos casos la dependencia económica (3).

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS a partir de ahora) se ha definido como la evaluación que realiza el individuo respecto a su salud y su grado de funcionamiento en la realización de las actividades cotidianas, lo cual incluye, entre otras, la función física, psicológica y social, la percepción general de la salud, la movilidad y el bienestar emocional. La CVRS se ha convertido en un concepto fundamental para la atención integral del paciente con enfermedad crónica, siendo una variable útil para predecir posibles consecuencias adversas en el transcurso de la enfermedad y para evaluar la eficacia de los tratamientos. La medida de la CVRS está siendo utilizada para evaluar la repercusión e impacto que la enfermedad produce en la vida cotidiana de los pacientes, lo que aporta una información adicional de gran relevancia al simple diagnóstico de la enfermedad (4).

Además, el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (5), comienza diciendo:

“Las personas con discapacidad conforman un grupo vulnerable y numeroso al que el modo en que se estructura y funciona la sociedad ha mantenido habitualmente en conocidas condiciones de exclusión”.

Con esto, se puede determinar que enfermedad, discapacidad y exclusión social están íntimamente relacionadas, son causa y efecto. Esto nos lleva a poder afirmar que las personas enfermas, cuanto más las crónicas, tienen mayor riesgo de exclusión, y por ende, de pobreza.

Si bien es cierto que existen muchos factores influyentes para determinar la condición de pobreza o exclusión de una persona, por lo que vamos a analizar los diferentes aspectos que puedan determinar la veracidad de esta afirmación.

En este aspecto, cabe destacar la discapacidad, por su gran carga negativa en la aceptación de la misma y el tipo de beneficios al que tienen derecho sus beneficiarios; y la incapacidad laboral, determinando la situación económica de muchos de los pacientes con ERC en edad laboral.

### **3. Objetivos**

El objetivo principal de este estudio, es:

- Analizar la afectación social de las personas con ERC.

Entre los objetivos específicos se encuentran:

- Definir la ERC y sus tratamientos.
- Definir los conceptos de exclusión social y pobreza.
- Analizar la influencia de la ERC en la vida del paciente y su familia.
- Conocer la relación entre ERC y los conceptos de discapacidad e incapacidad.
- Identificar la relación entre ERC y exclusión social.
- Analizar la ERC como factor de riesgo en la exclusión social.
- Realizar una reflexión sobre el papel del trabajo social sanitario en relación con la ERC

## 4. Metodología

Habiendo definido los elementos que van a formar parte del trabajo, se ha considerado la metodología cualitativa como el pilar fundamental del mismo. Una metodología cualitativa basada en la revisión narrativa, que permite un estudio dinámico y flexible.

A lo largo del trabajo se analizan los conceptos que tienen mayor relevancia en el estudio. De esta manera, se define la ERC y se matizan los conceptos como discapacidad, exclusión social, pobreza, incapacidad... basándose en la bibliografía encontrada tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión señalados más adelante. Se ofrece una visión global del tema y obtener las conclusiones, se cuenta con diversos recursos bibliográficos como artículos tanto de investigación como teóricos, una tesis doctoral de investigación y otras publicaciones como libros, manuales, guías, informes, boletines y normativa.

A la hora de realizar la búsqueda bibliográfica se han utilizado varias bases de datos, tales como:

- PubMed
- MEDES
- Scielo
- Google Scholar

Además se realizaron búsquedas en las bibliotecas de:

- Sociedad Española de Nefrología. Realizando una búsqueda relacionada con los aspectos vinculados de la ERC, diálisis, hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal.
- Cáritas. Informe sobre exclusión y desarrollo social en Galicia.

Por otro lado se recurrió a la normativa vigente, sobre todo al Boletín Oficial de Estado (BOE a partir de ahora).

En cuanto a la estrategia de búsqueda, los criterios utilizados en la misma fueron «insuficiencia renal crónica», «enfermedad renal crónica», «trasplante renal», «diálisis»,

«hemodiálisis», «diálisis peritoneal», «discapacidad», «incapacidad», «exclusión social», «pobreza», «calidad de vida relacionada con la salud».

Los criterios de inclusión fueron:

- ERC relacionada con los criterios en la estrategia de búsqueda.
- Idioma: Español, Portugués e Inglés.
- Artículos de investigación y teóricos; Tesis doctoral; Libros, manuales, guías, informes, boletines y normativa.
- Estudios a nivel geográfico: Internacional, nacional, autonómico y local.
- Temática: Socio-sanitaria.

Tras la búsqueda se procedió a la lectura y análisis de contenido seleccionando aquellos aspectos más destacados y comunes en las diferentes publicaciones.

## 5. Resultados

### 5.1 La ERC y sus tratamientos

El aparato urinario tiene la principal función de producir y eliminar orina. Los riñones forman parte del sistema urinario junto con la pelvis renal, los uréteres, la vejiga y la uretra. Se sitúan a ambos lados de la columna vertebral, miden en la edad adulta unos 12 cm de longitud, 6 cm de anchura y 3 cm de grosor y tienen un peso medio de 150 gr (6).

Los riñones realizan, principalmente las funciones de:

- Filtrar y limpiar la sangre de la urea y la creatinina, procedentes de los alimentos que se ingieren.
- Regulan la cantidad de agua y electrolitos (sodio y potasio), eliminando el exceso de estos en la orina.
- Contribuyen al control de la presión arterial, gracias a la liberación de la hormona Renina (reguladora de los niveles de sales en sangre).
- Son los responsables del metabolismo del Calcio, Fósforo y vitamina D.
- Producen hormonas como la eritropoyetina, esencial para la formación de los glóbulos rojos.

La ERC se caracteriza por el deterioro progresivo de la función renal. Dicho deterioro puede durar meses o incluso años, y no detectarse hasta que los riñones casi dejen de funcionar. Además, a medida que se envejece, se produce un descenso en el filtrado glomerular (7).

Se considera que un paciente tiene ERC cuando presenta durante al menos 3 meses un filtrado glomerular menor al 60ml/min/1,73m<sup>2</sup>, resultante de anomalías estructurales o funcionales del riñón, o bien por causas de lesión renal (8).

Las causas más comunes en la ERC, son la Diabetes y la Hipertensión, pero existen otras enfermedades que pueden afectar letalmente a los riñones:

- Trastornos autoinmunitarios.

- Anomalías congénitas como la poloquistiosis renal.
- Uso y consumo de productos químicos tóxicos.
- Lesiones del riñón.
- Infecciones.
- Problemas arteriales.
- Uso excesivo de analgésicos.

Los tratamientos sustitutos renales (TSR) para la ERC, son tres (Figura 1):

- Tratamiento conservador
- Trasplante
- Diálisis: en modalidad de Hemodiálisis o diálisis peritoneal.

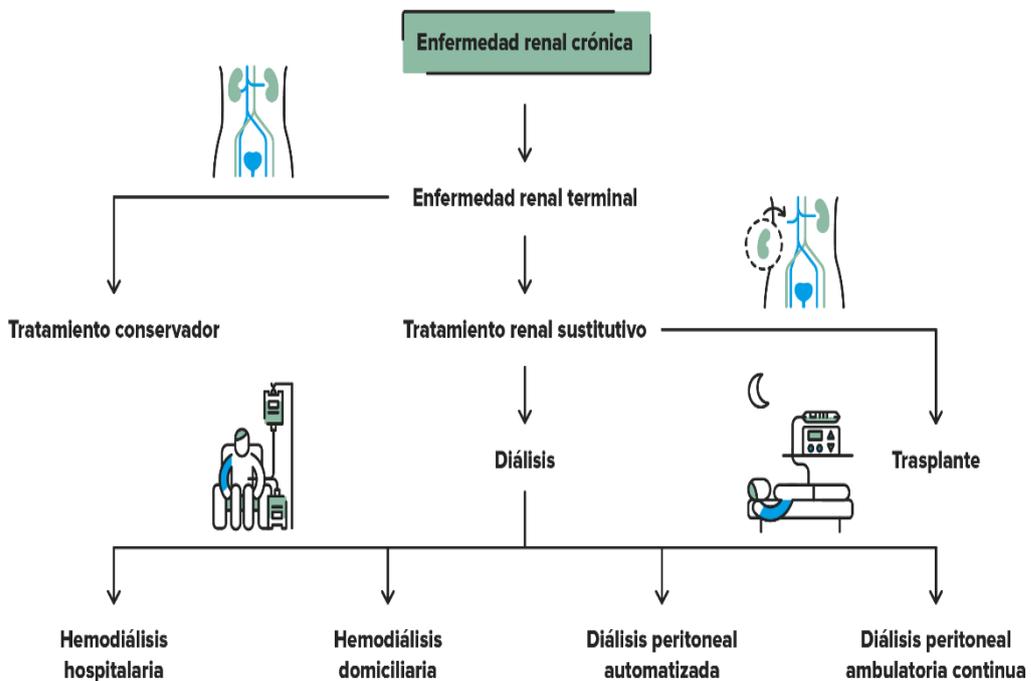


Figura 1: Tratamientos sustitutos función renal.

La gestión de la enfermedad y el tipo de tratamiento a seguir, es consensuada entre el paciente y el equipo médico. El tipo de tratamiento a seguir, será el que se adapte mejor a la situación, necesidades y estilo de vida de la persona con ERC, sin olvidar su estado de salud.

El **tratamiento conservador** se trata de un tratamiento paliativo, en el que se trata la enfermedad renal con fármacos, pero los riñones continúan su proceso de deterioro y daño.

Esta modalidad de tratamiento, está justificada en personas en edad avanzada o con otras patologías terminales, y el iniciar un tratamiento de diálisis, no hace mejorar su diagnóstico. Además, de esta manera se evitaría el deterioro en la calidad de vida de estas personas en su fase final de la vida. Por otro lado, la inclusión de pacientes ancianos en diálisis es un debate con larga trayectoria y cuyos criterios se han ido modificando a lo largo de los años (9).

En **trasplante** renal, es el mejor tratamiento para la ERC terminal, ya que ofrece la posibilidad de una mejor calidad de vida al restaurar todas las funciones afectadas y elimina la necesidad de diálisis crónica (8).

Para la mayor parte de los pacientes con ERCA, el trasplante renal es la mejor opción ya que proporciona mejor supervivencia y mejor Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS a partir de ahora), y más aún cuando se produce de forma preventiva evitando que los pacientes sufran las consecuencias de la diálisis (10).

Dicho trasplante puede ser, en función de la procedencia del riñón, de donante vivo o de donante cadáver.

En el caso de donante vivo, estos suelen ser familiares o personas del entorno del paciente. La ventaja principal del trasplante de donante vivo, es que se puede realizar con la enfermedad avanzada y sin necesidad de requerir diálisis, lo que favorece la estabilidad e incluso mejora en la calidad de vida de las personas afectadas.

En el caso de donante cadáver, la persona con ERC está incluida en una lista de espera para trasplante, mientras recibe tratamiento de diálisis. El tiempo en que la persona está en la lista de trasplante es variable, y depende de las características clínicas y compatibilidades (11).

Según el Informe de Diálisis y Trasplante de la Organización Nacional de Trasplantes, en el año 2018, en España había 7.246 personas en lista de espera para trasplante

renal y se realizaron 3.313 trasplantes renales, de los que 293 fueron de donante vivo (12).

Tras el trasplante, el paciente debe continuar con un tratamiento para evitar el rechazo del riñón. La medicación inmunosupresora es fundamental, ya que la no adherencia al tratamiento supondrá la pérdida del injerto y retorno a tratamiento de diálisis.

El **tratamiento de diálisis** es un procedimiento por el que se reemplaza parte de la función renal. Este tratamiento se combina tratamiento farmacológico y ha de realizarse de por vida y de manera continuada, salvo que se acceda a un trasplante exitoso o se recupere la función renal, esta última, muy poco frecuente.

En diálisis es igual de importante la eliminación de líquidos como la depuración de la sangre, por ello es fundamental el control de las ingestas, tanto en cantidad como los productos que se ingieren, ya que hay que evitar productos ricos en potasio y fósforo. La dieta ha de ser estricta.

Existen dos modalidades de diálisis:

- Hemodiálisis (HD)
- Diálisis peritoneal (DP)

La Hemodiálisis es una técnica que sustituye las funciones principales del riñón, haciendo pasar la sangre a través de un filtro donde se realiza su depuración, retornando nuevamente al paciente libre de impurezas (Cobo, 2012) (8).

La duración media de este tratamiento es de 4 horas, tres veces a la semana; pero esto dependerá de las condiciones clínicas del paciente, por lo que habrá casos en que el tiempo y días de tratamiento varíe, en aumento o disminución.

Este tratamiento ha de realizarse en un centro sanitario, ya que el paciente, a través de acceso vascular es conectado a una máquina.

Los accesos vasculares principales son la fístula arteriovenosa interna o el catéter venoso central.

Conseguir un buen acceso vascular es primordial para mejorar la calidad de vida y la supervivencia del paciente con ERC (8).

El dializador hace la función renal y elimina la urea y el potasio de la sangre; y su membrana hace de filtro.

A través de la ultrafiltración, la máquina de diálisis elimina el exceso de líquido acumulado en sangre, ya que el riñón pierde la capacidad de excretar orina.

En HD hay que tener en cuenta tres pesos:

- El peso seco: peso del paciente sin exceso de líquido. Peso ideal.
- Peso Pre-Diálisis: peso del paciente antes de conectarse a la máquina.
- Peso Post-Diálisis: peso del paciente una vez desconectado de la máquina.

Lo ideal sería que el peso Post-Diálisis coincidiera con el peso seco del paciente, pero no siempre es posible.

Uno de los efectos más habituales que se producen en el paciente al perder líquido, es la hipotensión arterial, lo que produce mareos, calambres, náuseas e incluso la inconsciencia.

Por otro lado, el exceso de líquido se puede acumular en las piernas o en los pulmones, produciendo fatigas y dificultades de movilidad.

La Diálisis peritoneal utiliza una membrana natural como filtro, el peritoneo, que cubre las paredes del abdomen. Retira el exceso de líquido y los desechos a través de los vasos sanguíneos que cubren las paredes del abdomen.

El líquido de la diálisis se introduce en la cavidad peritoneal a través de un catéter. El desecho y el líquido pasan por sus vasos sanguíneos a través del peritoneo hasta el líquido de diálisis, y pasado un tiempo, se drenan y se extraen. A esto se le conoce como intercambio.

Se trata de una técnica con gran flexibilidad, ya que se puede administrar en casa, en el trabajo o mientras se viaja. Durante el día o por la noche.

Los pacientes en DP, han de tener especial cuidado con las infecciones, ya que de producirse, puede llevarlos a tener que realizar hemodiálisis.

Es auto-administrada, pero en muchas ocasiones los familiares del paciente colaboran en el tratamiento, lo que puede producir una sobrecarga del cuidador principal (9).

Existen dos tipos de DP:

- Diálisis peritoneal continua ambulatoria (DCPA), donde el intercambio es manual y cada uno dura entre 20 y 30 minutos. Los intercambios se pueden realizar en los horarios que mejor convengan al paciente, pudiendo compaginar el tratamiento con el trabajo, estudio y otras labores.
- Diálisis peritoneal automatizada (DPA), donde el intercambio es automático y se suelen realizar por la noche. Con esta modalidad, es necesario conectarse entre 8 y 10 horas a una máquina, la cicladora, que es la encargada de drenar y rellenar la cavidad peritoneal de forma automática.

## 5.2 Repercusión social de la ERC

La propia sintomatología de la ERC limita las actividades físicas, interfiere en las actividades diarias, intensifica el dolor y su efecto en el trabajo habitual, y hace que el paciente realice una peor valoración de su estado de salud (4).

Teniendo en cuenta la ERC y las características de sus tratamientos, la incertidumbre con respecto al futuro, la dependencia a la máquina de diálisis y al personal sanitario, las limitaciones en la dieta, los cambios en las relaciones sociales y familiares y en el aspecto físico y la situación laboral, entre otros, explican la aparición de trastornos emocionales en los pacientes en esta condición (Álvarez, Fernández, Vázquez y cols., 2001), que ven afectada su CVRS en cuanto que esta implica la evaluación que hace respecto de su grado de funcionamiento social, físico y cognitivo, así como de bienestar emocional y percepción general de la salud (Álvarez-Ude, 2001; Badia y Lizán, 2003) (13).

Entre las variables más frecuentes a la hora de analizar la CVRS se encuentran el TSR y la comorbilidad (14).

A nivel físico, la diabetes es uno de los factores más influyentes en la CVRS (15), además de estar estrechamente relacionada con el aumento de la ERC, por ser una de sus causas (8).

La depresión es uno de los factores que afectan negativamente a la CVRS en la enfermedad renal (4).

En sentido contrario, la autoeficacia, el optimismo, el apoyo social y el espíritu de lucha se asocian a mayores niveles de CVRS (16).

Así, los pacientes con un rasgo de personalidad optimista presentaban una mejor CVRS (7).

Aquellos pacientes que presentan un mayor apoyo social encuentran menores limitaciones en la actividad física de su vida diaria (16).

Además en relación con las Actividades básicas para la vida diaria (ABVD a partir de ahora), las relacionadas con el cuidado personal, como bañarse, vestirse, comer o permanecer sólo durante unos días, los pacientes con ERC en tratamiento de HD presentan una mayor afectación que los que reciben DP. En su caso los pacientes trasplantados, apenas refieren afectación a este nivel (8).

La ansiedad es un problema común en el paciente renal que está presente desde el inicio del tratamiento de HD, y que se asocia con una menor calidad de vida. De forma similar, el estrés vital y las limitaciones que impone una enfermedad crónica como la ERC inducen en los pacientes un sentimiento de impotencia y pérdida de esperanza que, en función de cómo sea afrontado, puede llevar al desarrollo de depresión. Si los síntomas depresivos del paciente en diálisis se convierten en crónicos o recurrentes, pueden conducir a una disminución sustancial de la capacidad de la persona para hacerse cargo de sus responsabilidades cotidianas, a valorar más negativamente su salud actual y futura, a percibir más cansancio y agotamiento, a intensificar el dolor corporal y a disminuir la vida social y su salud psíquica (4).

A nivel laboral, los pacientes en DP son los más activos y los pacientes en HD los que presentan menores niveles de actividad laboral, seguidos de pacientes trasplantados (8).

Sólo el 33% de los pacientes con insuficiencia renal en edad laboral están trabajando. Además, determinan que la ERC y los TSR son un importante factor de incapacidad laboral. Los pacientes en activo optan mayoritariamente por un tratamiento de DPA; casi la mitad de los pacientes en DPA están trabajado, mientras que en HD apenas trabaja uno de cada cinco pacientes en edad laboral (17).

Todo esto supone un reto para el Trabajo social sanitario, ya que la intervención ha de ir encaminada a la mejoría en la calidad de vida de las personas con ERC y sus familias. Para alcanzar esta finalidad, desde esta disciplina se han de desarrollar habilidades y

competencia que favorezcan la recuperación de la CVRS de la persona enferma y su entorno. Además de conocer los recursos materiales y económicos que puedan favorecer para tal fin.

### 5.3 La protección social de la ERC

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la protección social es un conjunto de intervenciones cuyo objetivo es reducir el riesgo y la vulnerabilidad de tipo social y económico. Esta puede desarrollarse a través de programas de protección laboral, seguridad social y asistencia social (18)

Principalmente las medidas de protección social relacionadas con la ERC, están encaminadas a prevenir los efectos de la discapacidad, la dependencia y la incapacidad laboral.

Es habitual la confusión entre estos tres términos, pero se ha de tener en cuenta que en una misma persona con ERC se pueden dar las tres situaciones, dos de ellas o una.

Se ha de tener en cuenta que las limitaciones vienen dadas por la deficiencia en la funcionalidad renal. Con esto:

- La Discapacidad determina en qué medida, la afectación renal, provoca limitaciones en las actividades y en la participación social de la persona.
- La Dependencia valora la necesidad de la ayuda de terceras personas para el desarrollo de las Actividades básicas para la vida diaria (ABVD).
- La Incapacidad laboral señala la afectación de las limitaciones en relación con la capacidad laboral. Se determina si el paciente ve reducida su capacidad laboral de manera parcial o permanente; para su trabajo habitual o para todos los trabajos.

Sabiendo esto, se ha de tener en cuenta que el hecho de encontrarse en alguna de estas situaciones, produce una afectación en la calidad de vida de la persona con ERC y su entorno, ya sea a nivel social, psicológico, económico o múltiple.

Según el Informe sobre exclusión y desarrollo social en Galicia, en esta comunidad autónoma, el gasto en protección social es superior a la media nacional.

Dicho informe determina que el 41,7% de los hogares gallegos tienen mayoritariamente ingresos por protección (19).

### 5.3.1 La Discapacidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la discapacidad como un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación con problemas para participar en situaciones vitales (20).

COGAMI define a las personas con discapacidad como aquellas que presentan deficiencias mentales o sensoriales, previsiblemente permanentes que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás. (21)

La discapacidad es un fenómeno individual en constante cambio, y que también ha evolucionado a nivel social, pasando de considerarse denigrante a estar aceptado y consolidado como algo normal y característico de una sociedad avanzada.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción ente las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive (20).

La discapacidad la reconocen los equipos de valoración y orientación (EVO), dependientes de los servicios sociales, de competencia autonómica y las limitaciones se expresan en porcentaje.

Este reconocimiento es la principal medida de protección social relacionada con la discapacidad, y su reconocimiento se puede equiparar la dependencia y la incapacidad laboral (8).

De los criterios para la asignación del porcentaje de discapacidad atribuible a deficiencias del riñón, que determina el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, modificado para actualización terminológica y conceptual por el Real Decreto 1856/2009, de 4 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, al paciente renal crónico le corresponde la Clase 4: 50 a 70%:

*El paciente padece insuficiencia renal crónica que precisa tratamiento dialítico continuado*

o

*Su grado de discapacidad es grave estando contraindicado el tratamiento sustitutorio.*  
(22).

En el artículo 1 del Real Decreto 1414/2006, de 1 de diciembre se determina que, de conformidad con lo previsto en el artículo 1.2 de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, tendrán la consideración de personas con discapacidad aquéllas a quienes se les haya reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por ciento  
(22)

Con esto la persona obtiene un certificado de discapacidad, por el que tendrá derecho a una serie de beneficios, como:

- Prestaciones económicas:

Pensión no contributiva (PNC) de Invalidez (PNCI) (Anexo 1), cuando alcanzan el 65% de discapacidad, siempre que se cumplan los requisitos de carencia de ingresos y rentas propios y de la unidad familiar.

Complemento para titulares de PNC que residan en vivienda alquilada.

Prestación familiar por hijo/a a cargo con discapacidad.

Renta activa de inserción (RAI)

Renta de integración social de Galicia (RISGA)

- Prestaciones ortoprotésicas del Servicio Gallego de Salud (SERGAS) (Producto de apoyo).
- Formación y empleo.
- Reducción de la edad de jubilación.
- Beneficios fiscales
- Programas de:

Acogimiento familiar de personas con discapacidad.

Respiro familiar.

Ayuda en el hogar (SAF).

Xantar na casa.

Termalismo social.

Atención odontológica.

- Familia numerosa.

- Servicios como:

Teleasistencia.

Apoyo a la movilidad personal.

Tarjeta dorada de RENFE.

Tarjeta de accesibilidad y Bono Bus

Bono social de telefonía

Paquetería del grupo Mensajeros Radio Worldwide (MRW)

### 5.3.2 La Incapacidad

La incapacidad laboral, está definida como la situación que se produce cuando un trabajador no puede desempeñar las funciones habituales de su puesto de trabajo, a consecuencia de un proceso de enfermedad o un accidente.

Existen dos tipos de incapacidad laboral, según el grado y alcance:

- Incapacidad Laboral Temporal (IT) (Anexo 2). Es la situación en la cual la persona está imposibilitada para el trabajo de manera puntual. La duración de esta situación será de 12 meses (con prórroga a otros 6 meses más). Trascurrido ese tiempo el Instituto Nacional de la Seguridad Social valorará el alta médica o el paso a incapacidad permanente.

- Incapacidad Laboral Permanente (IP) (Anexo 3). Se define así la situación de un trabajador/a, que tras someterse a tratamiento médico, la persona presente reducciones fisiológicas o funcionales graves, que sean definitivas, disminuyendo o anulando la capacidad para desarrollar actividad laboral.

Aquí, Instituto Nacional de la Seguridad Social, reconoce el derecho a una prestación económica, en modalidad contributiva.

Según el grado de la IP, se diferencian:

IP Parcial, que implica una disminución del rendimiento normal para la profesión, pudiendo el trabajador/a continuar en su profesión habitual. Viene aparejada, el derecho a percibir una prestación económica equivalente al pago de 24 mensualidades, de una única vez.

IP Total, en cuyo caso el trabajador/a no podrá seguir trabajando en su profesión habitual, recibirá una prestación económica de por vida. Esta prestación, puede ser compatible con la percepción de remuneraciones provenientes de actividades profesionales de diferente naturaleza de la cual ha sido valorado cómo no apto.

IP Absoluta, cuando la persona trabajadora está imposibilitada para cualquier actividad profesional. La persona percibirá una pensión vitalicia del 100% del salario bruto.

Referir que dentro de los grados de IP, pueden llevar aparejados el reconocimiento del complemento económico de Gran Invalidez, que implica un aumento de prestación económica reconocida del 45% de Salario Mínimo Interprofesional (SMI). Solamente se reconoce, cuando la persona necesita de la asistencia de un tercero para las tareas básicas de la vida diaria, por tener que ser asistido en su desempeño.

Además las cuantías de las pensiones (Anexo 4), varían en función de los años cotizados y el tipo de incapacidad concedida, por lo que existen casos de personas con ERC, con incapacidad laboral y sin los 15 años cotizados para tener derecho a las pensiones contributivas.

Casi el 80% de la muestra de la tesis de Santos-Ascarza, eran pensionistas, siendo las pensiones de IP Absoluta las más habituales, destacando con un peso del 41,5% (8).

## 5.4 Pobreza y Riesgo de exclusión social

La pobreza se entendió tradicionalmente, como la carencia de recursos económicos.

Esta visión comienza a mudar a mediados de los años 70, cuando para la definición del término pobreza, se tuvieron en cuenta su carácter relativo, estructural, multifactorial y multidimensional.

Así el Consejo de Ministros de la Comunidad Económica Europea, en el marco del segundo programa de lucha contra la pobreza, definió la pobreza como “la situación de personas, familias y grupos, cuyos recursos económicos, sociales y culturales son tan limitados que les excluyen del modo de vida que se considera aceptable en la sociedad en la que viven” (CEE, 1984). (24)

La relación entre pobreza y conductas poco saludables está muy relacionada. De esta manera, Robles-Osorio afirma que la pobreza también afecta de manera negativa a algunos de los más importantes determinantes sociales de salud como son el desarrollo de conductas saludables, acceso a los cuidados de la salud en una manera oportuna (25).

El informe sobre exclusión y desarrollo social en Galicia, determina que el 58,6% de la población de Galicia reside en hogares que prestan y reciben ayuda (19).

Múltiples estudios realizados en los Estados Unidos y Canadá han mostrado una fuerte asociación entre el bajo estrato socioeconómico y la mayor incidencia, prevalencia y complicaciones relacionadas con la ERC (25).

Es a partir de los años 80 cuando cobra fuerza el término de exclusión social, ya que el concepto de pobreza no puede explicar las situaciones de desigualdad y vulnerabilidad.

Esta concepción muestra la exclusión social como una posición desfavorecida, cuya ocupación deja a los individuos fuera de algún tipo de sistema de participación (laboral, económico, social, político, cultural, etc.) y limita las oportunidades de acceso a mecanismos de protección. (24)

La exclusión social implica fracturas en el tejido social, la ruptura de ciertas coordenadas básicas de integración (26).

Cuando se habla de Pobreza y exclusión relacionados con la ERC, se ha de tener en cuenta que en España se cuenta con un sistema sanitario universal y gratuito, por lo

que, dicha situación, a nivel sanitaria y de atención clínica, no se ve afectada en este territorio.

A la hora de medir la exclusión social, se tienen en cuenta diferentes ámbitos, como el económico, el laboral, el formativo, el sociosanitario, la vivienda, el relacional y el político (26).

Si bien la exclusión en el acceso al mercado laboral se da habitualmente a partir del momento en que los individuos manifiestan su voluntad de acceder a un empleo, y es en ese proceso de búsqueda de empleo cuando son rechazados por el mercado, también puede darse el caso de una exclusión institucional previa a la entrada en el mercado de trabajo. Ésta se vincula normalmente a cuestiones relacionadas con la salud. Un claro ejemplo de ello lo constituyen las personas que son declaradas incapacitadas para trabajar por discapacidades o enfermedades crónicas graves (26).

Conjugando estos ámbitos con los conceptos de incapacidad laboral y discapacidad, además de la situación sanitaria de las personas con ERC, no es de extrañar que esta población se encuentre en situación de exclusión social, basándose en la categorización que hace Subirats de la exclusión social.

## 6. Discusión

En esta revisión bibliográfica se ha planteado como objetivo principal analizar la afectación social de las personas con ERC. Para ello, además de definir y conocer los aspectos principales de la ERC y sus tratamientos, se han definido los conceptos de CVRS, discapacidad, incapacidad, exclusión social y pobreza.

Górriz y Otero<sup>2</sup> hablan del impacto socio-sanitario de la enfermedad relacionado con los sistemas sanitarios, afirmando que la ERCA es un problema sanitario, social y económico de primer orden para todos los sistemas sanitarios de los países desarrollados. Sin embargo, no mencionan el impacto que ésta genera en la vida de los pacientes y familiares, afectando a su calidad de vida.

Tras analizar el contenido en relación con la CVRS de los pacientes, Rebollo et al<sup>14</sup> no encuentran diferencias significativas al analizar la CVRS en los diferentes TRS en la población española; sin embargo, coincide con Santos<sup>8</sup>, y Álvarez et al<sup>15</sup>, en afirmar que los pacientes en TSR de HD, son los más perjudicados en cuanto a la CVRS, sobre todo en los aspectos físicos relacionados con ésta.

Tanto Santos-Ascarza<sup>8</sup>, Rebollo et al<sup>14</sup> y Álvarez et al<sup>15</sup>, coinciden en que la comorbilidad es uno de los factores más influyentes de la ERC en relación con la CVRS. Además para Rebollo et al<sup>14</sup>, es el TSR el que genera gran impacto en la CVRS del paciente. Por su lado, Santos-Ascarza<sup>8</sup>, manifiesta que además de la comorbilidad, los dos factores a nivel físico, más influyentes en la CVRS del paciente, son la diabetes y el TSR.

El estado emocional y psicológico del paciente es un aspecto clave para la CVRS percibida. Tanto Perales et al<sup>4</sup>, Santos-Ascarza<sup>8</sup> y Perales et al<sup>16</sup>, coinciden en determinar que la depresión se considera el principal predictor de la CVRS, así como el afrontamiento pasivo y el fatalismo, generando menores niveles de CVRS en los pacientes. Sin embargo, la autoeficacia, el optimismo y el apoyo social generan mayores niveles de CVRS.

En cuanto a las ABVD, existe una coincidencia, entre Santos-Ascarza<sup>8</sup> y Contreras et al<sup>13</sup>, en afirmar que los pacientes en tratamiento de HD son los más afectados, por su mayor discapacidad y necesidad de ayuda, seguidos de los pacientes en DP, que tienen mayor nivel autonomía. Finalmente, los pacientes trasplantados son los que tienen menores dificultades a este respecto.

En este sentido, como afirma Santos-Ascarza<sup>8</sup>, el tratamiento y sus consecuencias puede afectar negativamente al mantenimiento de amistades, por tener que dedicar gran parte del tiempo al cuidado de la salud, que puede llevar al paciente a descuidar el refuerzo del apoyo social.

Si se relaciona la CVRS con el empleo, se observa que el aspecto laboral genera un gran impacto en la CVRS del paciente. Este aspecto es fundamental a la hora del mantenimiento de la actividad personal y la mejoría en la calidad de vida.

Santos-Ascarza<sup>8</sup> y Perales et al<sup>16</sup>, analizan el aspecto laboral en relación al tipo de TRS concluyendo que la situación laboral varía en función del TRS al que se sometan los pacientes, siendo los pacientes en HD los más perjudicados a este respecto, ya que alrededor del 80% de los pacientes en HD en edad laboral se encuentran inactivos, y de estos, el mayor porcentaje es por pertenecer a la categoría de pensionistas.

Para Santos-Ascarza<sup>8</sup> y Julian et al<sup>17</sup>, los pacientes en activo suelen optar por el tratamiento de DP, lo que hace que al analizar este dato, se detecte que los pacientes sometidos a este Tratamiento son más activos que los pacientes en otro TRS. Además se determina que existen efectos positivos en el mantenimiento del puesto de trabajo en los pacientes en diálisis.

Por su parte, Santos-Ascarza<sup>8</sup> realiza una categorización de las pensiones de los pacientes en edad laboral con ERC, donde se observa que casi el 100% se reparten entre la IP Absoluta (69,3%) y la PNCI (28,5%). En este caso también son los pacientes en tratamiento de HD los que tienen mayor peso.

Teniendo en cuenta este abanico de realidades y la condición de incapacidad laboral, hay que ser consciente de que el paciente con ERC en edad laboral ve limitada, en muchos casos, su faceta profesional.

Ninguno de los estudios ofrece datos concluyentes entre la obtención del Certificado de discapacidad y la inclusión laboral, a pesar de que dicho certificado ofrece una serie de beneficios, entre otros, a nivel de inserción laboral a las personas que lo poseen.

Sin embargo, cabe destacar la reflexión de Santos-Ascarza<sup>8</sup> p.162:

*“El hecho de no poder participar en igualdad de condiciones que el resto de la población, es posiblemente la cara más cruel de la discapacidad, en tanto que contribuye a generar un sentimiento de falta de competencia ... Estas restricciones en la participación social*

*del paciente renal son las que acostumbran a cimentar las conductas de aislamiento social.”*

Por otro lado, con los datos encontrados, no se puede concluir que exista una relación directa entre ERC y exclusión social, ya que este concepto es muy amplio, y abarca diferentes aspectos, no sólo la condición de enfermedad crónica, y para poder determinar la exclusión en una persona, han de conjugarse varios aspectos que determinen exclusión social. Así que a pesar de que las personas con ERC son personas enfermas, con discapacidad y en muchos casos con incapacidad laboral, esto no implica su exclusión social, ya que pueden disponer de una red familiar y social fuerte, una economía sostenible, disponer de una vivienda digna y buena calidad de vida. Además, para Santos-Ascarza<sup>8</sup>, es el tipo de tratamiento, por sus características y limitaciones a nivel socio-laboral, el que más influye en el riesgo de exclusión social.

## 7. Aplicabilidad y nuevas líneas de investigación

Teniendo en cuenta la falta de estudios cuantitativos que relacionen la ERC y la afectación social, siendo una enfermedad de alto impacto psico-social, se propone una vía de investigación puramente cualitativa donde se analicen casos de los tres tratamientos sustitutivos, para poder analizar las circunstancias o particularidades de cada caso, y poder determinar un perfil de paciente, no sólo a nivel clínico, sino teniendo en cuenta las variables sociales y psicológicas vinculadas con la intervención social del TSS.

Además, como ya se introduce en este trabajo, la ERC tiene un gran nivel de repercusión en la calidad de vida de las personas afectadas y su entorno, y varios autores la definen como la enfermedad crónica más olvidada (1).

Este estudio pretende analizar la importancia de la intervención por parte del TSS con los pacientes con ERC en España. El análisis pretende vincular la CVRS de los pacientes con la intervención por parte del TSS. Además se pretende analizar el tipo de intervención desde TSS realizada con este tipo de pacientes, ya que, dependiendo del TSR la afluencia al centro hospitalario variará, al igual que sus necesidades.

La población diana serían pacientes con ERC, mayores de edad, que reciban algún TRS en España.

Objetivo principal del estudio:

- Identificar necesidades sociales vinculadas a la CVRS y cómo se abordan desde el TSS en pacientes con ERC en España.

Objetivos específicos:

- Conocer la CVRS percibida por el paciente con ERC en relación al TRS al que se somete.
- Identificar las necesidades sociales de las personas con ERC en España.
- Conocer la repercusión a nivel social de la ERC en la vida diaria.
- Analizar en quién se identifica una u otra necesidad, vinculada al tipo de intervención.

- Conocer la intervención desde el TSS con los pacientes con ERC en relación a su TSR.

Para la recogida de datos se realizará una entrevista para recoger los datos socio-familiares. Con el cuestionario SF-365, se medirá la CVRS percibida por los pacientes (Anexo 5).

Las variables más importantes para este estudio serían:

- Tratamiento renal sustitutivo (tratamiento conservador, trasplante, diálisis: HD y DP)

Variables sociodemográficas:

- Sexo (hombre, mujer)
- Edad (18 años o más)
- Estado civil: soltero/a, casado/a, divorciado/a, separado/a y viudo/a
- Nivel de estudios: primarios, secundarios y superiores

Variables sociales:

- Situación laboral: Activo. Inactivo, de baja laboral, en paro o pensionista (Inactivo: persona que no está en activo ni en el paro).
- Tipo de pensión: Gran invalidez, IP Absoluta, Jubilación ordinaria, Jubilación posterior a IP Absoluta (a partir de los 65 años), PNCI (discapacidad >65% y menor de 64 años), PNC de jubilación (>65 años) y Viudedad (%).
- Edad en que se hace pensionista
- Años de trabajo potencialmente perdidos

Variables relacionadas con la vivienda

- Zona de residencia (urbana, semi-urbana, rural)

- N<sup>a</sup> de convivientes en la unidad familiar
- Tenencia de la vivienda: Propiedad, Alquiler, Familiar, Otros
- Coste mensual de la vivienda (hipoteca, alquiler...)

Variables relacionadas con el Certificado de discapacidad

- Reconocimiento oficial del Grado de discapacidad y porcentaje
- Movilidad reducida: si/no
- Necesidad de ayuda en ABVD: si/no

Variables relacionadas con TSS y recursos sociales

- Seguimiento por TSS: si/no

Centro de salud, Hospital, Entidad privada, Otros

Intervención individual o familiar

Acompañamiento, Acceso a prestaciones y/o recursos, Apoyos socio-familiares y psicosociales

- Acceso a prestaciones y/o recursos:

SAD: Dependencia, Municipal o Privado

Una vez recogidos los datos, se pueden analizar de manera independiente y cruzados, comparando perfiles de pacientes y la CVRS de éstos, con la intervención desde TSS.

Algunas de las hipótesis:

- Los pacientes en tratamiento de HD, en edad laboral, percibe una menor CVRS, principalmente vinculado con el empleo.

- Menos del 30% de los pacientes en tratamiento de HD hospitalario, tienen intervención con la TSS.
- El 80% de las intervenciones desde TSS con los pacientes con ERC en HD, son de información para la discapacidad.
- Los pacientes trasplantados tiene mejor CVRS.
- Los pacientes con intervención desde TSS tienen mejor CVRS.
- El paciente con tratamiento de HD tiene mayor intervención familiar desde TSS.
- Los pacientes residentes en zonas semi-urbanas y rurales tienen niveles de CVRS superiores que los que residen en zonas urbanas.

Este estudio permitirá conocer la CVRS del paciente con ERC y el tipo de intervención que se realiza desde TSS con estos pacientes. Además se podrá valorar la eficacia y eficiencia de dicha intervención, para poder marcar el camino a seguir en la intervención social desde el TSS con enfermedades crónicas, ya que la condición de crónico no implica exclusivamente a la enfermedad renal.

## 8. Conclusiones

La ERC y sus tratamientos sustitutivos han ido evolucionando, tanto a nivel clínico como en favor de la mejor adaptación del tratamiento a la vida de los pacientes. Pero la persona con ERC, sea cual sea su tratamiento, ha de adaptarse y ajustar sus hábitos de vida al tratamiento, manteniendo, en la medida de lo posible, actividades e intereses.

El mantenimiento de actividades e intereses previos a la enfermedad, sobre todo cuando hablamos de pacientes en tratamiento de HD, es más complicado, ya que a los tiempos de tratamiento hay que sumar los tiempos de desplazamiento al centro sanitario, que varía, principalmente, en función de la proximidad de la vivienda al centro y si el desplazamiento se realiza en transporte individual o colectivo.

No cabe duda que la ERC requiere de la intervención integral, donde se aborden, además de los médicos, aspectos sociales y psicológicos, ya que la enfermedad genera cambios en todos los niveles, médicos, sociales y psicológicos. Esto facilitará la adherencia al tratamiento y un mejor afrontamiento de la enfermedad.

Las principales conclusiones son:

- Los pacientes en tratamiento de HD presentan un mayor impacto negativo en la CVRS generada por la ERC, que el que sufren los pacientes en DP y trasplantados. Esta mayor repercusión se da por las limitaciones que genera el tratamiento, las limitaciones físicas, comorbilidades y la situación laboral.
- Los pacientes con ERC sometidos al tratamiento de HD sufren un porcentaje de discapacidad más elevado.
- La discapacidad en la ERC no implica encontrarse en situación de riesgo o exclusión social.
- El porcentaje de personas con IP Absoluta es superior entre los pacientes de ERC en tratamiento de HD, mientras que el mayor porcentaje de pacientes con ERC en activo se encuentra entre los que reciben tratamiento de DP.
- El riesgo de exclusión y pobreza vinculado al empleo, lo sufren más los pacientes en tratamiento de HD.

- No se puede demostrar que la ERC implique exclusión social, ya que ésta hay que analizarla incluyendo otros factores, y no sólo el factor de la salud.

Algunas aplicaciones prácticas con los resultados obtenidos:

- Creación de equipos multidisciplinares de intervención con las personas con ERC y sus familias, donde se aborden los temas clínicos, sociales y psicológicos derivados de la enfermedad.
- Generación de una ruta de intervención social desde el inicio de la afectación renal, para pacientes y familiares. Fomentando el acompañamiento y el abordaje de las diferentes situaciones adversas que generan repercusión negativa en la CVRS.

## 9. Bibliografía

Alonso Nates, R y Pelayo Alonso R. Manual de enfermería nefrológica. Barcelona: Pulso; 2012

Alonso, R. El paciente crónico y su entorno social. Nefrología [Internet] 1994 [acceso 15 de marzo de 2020]; 14 (1), 24-26. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-el-paciente-cronico-su-entorno-articulo-X0211699594022355>

Álvarez Ude F (2001). Factores asociados al estado de salud percibido (CVRS) de los pacientes en hemodiálisis crónica. En Contreras F, Espinosa JC, Esguerra GA. Calidad de vida, autosuficiencia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Psicología y salud [Internet] México: Universidad Veracruzana, Xalapa. 2008; 18(2); 165-179. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/291/29118203.pdf>

Álvarez Ude F, Fernández Reyes MJ, Vázquez A, Mon C, Sánchez R y Rebollo P. Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. 2001. En Contreras F, Espinosa JC, Esguerra GA. Calidad de vida, autosuficiencia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Psicología y salud [Internet] México: Universidad Veracruzana, Xalapa. 2008; 18(2); 165-179. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/291/29118203.pdf>

Álvarez Ude F, Vicente E y Badía X. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes en programa de hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria de Segovia. 1995; 15 (6); 572-580. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X0211699595008000>

Andreu Periz, L, Hidalgo Blanco MA y Moreno Arroyo, C. Tratamiento conservador ante la Enfermedad Renal Crónica. [Internet] Barcelona: Universidad de Enfermería; Octubre-Diciembre 2015 [acceso 16 de marzo de 2020]; 18(4). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842015000400008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842015000400008)

Arriba, A. El concepto de exclusión en política social. Madrid, Unidad de Políticas Comparadas, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC): 2002. Disponible en: <https://digital.csic.es/bitstream/10261/1495/1/dt-0201.pdf>

Badia X y Lizán L. Estudios de calidad de vida (2003). En Contreras F, Espinosa JC, Esguerra GA. Calidad de vida, autosuficiencia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Psicología y salud [Internet] México: Universidad Veracruzana, Xalapa. 2008; 18(2); 165-179. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/291/29118203.pdf>

Barranco, C. Trabajo social, Calidad de vida y Estrategias resilientes. Portularia [Internet] Huelva: Universidad de Huelva; 2009; IX (2): 133-145. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1610/161013165009.pdf>

Cobo, S. Fundamentos de la hemodiálisis. 2012. En Santos-Ascarza Bacariza, JL. Discapacidad y riesgo de exclusión social en la enfermedad renal crónica [tesis doctoral]. Ourense: Facultad de Ciencias de la Educación; 2015

COGAMI. Guía de recursos. 2020. Disponible en: <http://www.cogami.gal/images/files/TRABALLO%20SOCIAL/GUIA%20RECURSOS%202020.pdf>

Contreras F, Espinosa JC, Esguerra GA. Calidad de vida, autosuficiencia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Psicología y salud [Internet] México: Universidad Veracruzana, Xalapa. 2008; 18(2); 165-179. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/291/29118203.pdf>

Dyniewicz AM, Zanela E, Kobus LSG. La narración de una doente renal crónica: La historia oral como estrategia de pesquisa. [Internet] 2004 mayo-agosto [Acceso 20 de marzo de 2020]; 6(2):199-212. Disponible en: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/816>

Fernández Mallo, G (Coord). VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en Galicia. Madrid: Fundación FOESSA: 2019. Disponible en: <https://caritas-web.s3.amazonaws.com/main-files/uploads/sites/16/2019/09/Galicia-VIII-Informe-FOESSA.pdf>

Fernández-Viña Fernández AM, Valdés Arias C, Villar Fernández E y Díaz Corte C. Estudio de la calidad de vida relacionada con la salud del donante vivo renal. Enfermería Nefrológica [Internet] 2015 enero-marzo [Acceso 22 de marzo de 2020]; 18(1). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842015000100006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842015000100006)

Górriz Teruel JL, Otero González A. Impacto socio sanitario de la enfermedad renal crónica avanzada. Nefrología [Internet] 2008 [acceso 15 de marzo de 2020]; (3), 7-15. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-impacto-socio-sanitario-de-la-enfermedad-renal-crónica-avanzada-articulo-X0211699508032360>

Julian Mauro JC, Molinuevo Tobalina JA, Sánchez González JC. La situación laboral del paciente con enfermedad renal crónica en función del tratamiento sustitutivo renal. Nefrología [Internet] 2012 [acceso 15 de marzo de 2020]; 32 (4), 439-45. DOI:10.3265/Nefrologia.pre2012.Apr.11366. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X0211699512001645>

Kimmel, P. Psychosocial factors in dialysis patients (2001). En Contreras F, Espinosa JC, Esguerra GA. Calidad de vida, autosuficiencia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Psicología y salud [Internet] México: Universidad Veracruzana, Xalapa. 2008; 18(2); 165-179. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/291/29118203.pdf>

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado. 15 de diciembre de 2006, nº 299. BOE-A-2006-21990. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39>

Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. Boletín Oficial del Estado. 03 de diciembre de 2003, nº 289. BOE-A-2003-22066. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-22066-consolidado.pdf>

Llano, J.C. El estado de la pobreza, 9º informe AROPE. Seguimiento del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social en España 2008-2018. Madrid, Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social, 2019, 219. Disponible en: <https://www.eapn.es/estadodepobreza/capitulos-2019.php>

Lorenzo Sellarés, V. Enfermedad Renal Crónica. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna; Tenerife. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-136>

Marshall y Rossman. Designing Qualitative Research. SAGE Publications. 1989:45.

Martín P, Errasti P. Trasplante renal. 2006. Anales del Sistema sanitario de Navarra [Internet] 2006 mayo-agosto (acceso 16 de marzo de 2020) 29 (2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272006000400008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000400008)

Morales García AI, Arenas Jiménez MD, Reig-Ferrer A, Álvarez-Ude F, Malek T, Moledous A, Gil M, Cotilla E. Optimismo disposicional en pacientes en hemodiálisis y su influencia en el curso de la enfermedad. Nefrología [Internet] 2011 [Acceso 20 de marzo de 2020]; 31(2):199-205. ID MEDES: 65404. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/revistas/P1-E518/P1-E518-S2889-A10534.pdf>

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Protección social. [acceso 15 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.fao.org/social-protection/overview/whatissp/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud (CIF); 2001. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud (OMS). Discapacidad. Disponible en: <https://www.who.int/topics/disabilities/es/>

Organización Nacional de Trasplantes. Memoria de actividad de donación y trasplante renal. España 2018. Disponible en: <http://www.ont.es/infesp/Memorias/Actividad%20de%20Donaci%C3%B3n%20y%20Trasplante%20Renal.pdf>

Perales Montilla CM, Duschek s, Reyes del Paso GA. Calidad de vida relacionada con la salud en la ERC: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. Nefrología [Internet] 2016 [acceso 20 de marzo de 2020]; 36 (3), 217-332. DOI: 10.1016/j.nefro.2015.12.002. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-calidad-vida-relacionada-con-salud-articulo-S0211699516000424>

Perales Montilla CM, García León A, Reyes del Paso GA. Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Nefrología [Internet] 2012; 32 (5), 555-701. DOI: 10.3265/Nefrologia.pre2012.Jun.11447. Disponible en:

<https://www.revistanefrologia.com/es-predictores-psicosociales-calidad-vida-pacientes-con-insuficiencia-renal-cronica-tratamiento-articulo-X0211699512001931>

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado. 3 de diciembre de 2013, nº 289. BOE-A-2013-12632. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12632>

Real Decreto-ley 1/2020, de 14 de enero, por el que se establece la revalorización y mantenimiento de las pensiones y prestaciones públicas del sistema de Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado. 15 de enero de 2020, nº 13. BOE-A-2020-501. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2020/BOE-A-2020-501-consolidado.pdf>

Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado. 31 de octubre de 2015, nº 261. BOE-A-2015-11724. Entrada en vigor el 02 de octubre de 2016. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2015/10/30/8/con>

Real decreto 1414/2006, de 1 de diciembre, pro el que se determina la consideración de persona con discapacidad a los efectos de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. Boletín oficial del Estado. 16 de diciembre de 2006, nº 300. BOE-A-2006-22080. Última modificación el 17 de septiembre de 2011. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-22080-consolidado.pdf>

Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. Boletín Oficial del Estado. 26 de enero de 2000, nº 22. BOE-A-2000-1546. Modificado por el Real decreto 1856/2009, de 4 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. Boletín Oficial del Estado. 26 de diciembre de 2009, nº 311. BOE-A-2009-20891. Disponibles en:

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2000/BOE-A-2000-1546-consolidado.pdf>

<https://www.boe.es/boe/dias/2009/12/26/pdfs/BOE-A-2009-20891.pdf>

Rebollo Rubio A, Morales Asencio JM, Pons Reventos ME y Mansilla Francisco J. Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. Nefrología [Internet] 2015 [acceso 31 de mayo de

2020]; 35 (1). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-69952015000100012&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-69952015000100012&script=sci_arttext&lng=pt)

Robles-Osorio, ML y Sabath E. Disparidad social, factores de riesgo y enfermedad renal crónica. Nefrología [Internet] 2016 [acceso 15 de marzo de 2020]; 36(5): 556-581. ID MEDES: 115447. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-S0211699516300686>

Santos-Ascarza Bacariza, JL. Discapacidad y riesgo de exclusión social en la enfermedad renal crónica [tesis doctoral]. Ourense: Facultad de Ciencias de la Educación; 2015

Seguridad social Incapacidad

- <http://www.seq-social.es/wps/portal/wss/internet/InformacionUtil/44539/45982>
- <http://www.seq-social.es/wps/portal/wss/internet/InformacionUtil/44539/44667>

Subirats i Humet (Dir.) GOMá, R y Brugué J. Análisis de los factores de exclusión social. 2005. Fundación BBVA, nº4. Disponible en: [https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/exclusion\\_social.pdf](https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/exclusion_social.pdf)

Valerie A Luyckx, Marcelo Tonelli y John W Stanifer. Boletín de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. Junio 2018 [acceso 14 de marzo de 2020]; 96 (6), 369-440. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/6/17-206441-ab/es/>

## LISTA DE REFERENCIAS

1. Valerie A Luyckx, Marcelo Tonelli y John W Stanifer. Boletín de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. Junio 2018. [acceso 14 de marzo de 2020]; 96 (6), 369-440. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/6/17-206441-ab/es/>
2. Górriz Teruel JL, Otero González A. Impacto socio sanitario de la enfermedad renal crónica avanzada. Nefrología [Internet] 2008 [acceso 15 de marzo de 2020]; (3), 7-15. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-impacto-socio-sanitario-de-la-enfermedad-renal-crnica-avanzada-articulo-X0211699508032360>

3. Dyniewicz AM, Zanela E, Kobus LSG. La narración de una doente renal crónica: La historia oral como estrategia de pesquisa. [Internet] 2004 mayo-agosto [Acceso 20 de marzo de 2020]; 6(2):199-212. Disponible en: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/816>
4. Perales Montilla CM, Duschek s, Reyes del Paso A. Calidad de vida relacionada con la salud en la ERC: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. Nefrología [Internet] 2016 [acceso 20 de marzo de 2020]; 36 (3), 217-332. DOI: 10.1016/j.nefro.2015.12.002. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-calidad-vida-relacionada-con-salud-articulo-S0211699516000424>
5. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado. 3 de diciembre de 2013, nº 289. BOE-A-2013-12632. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12632>
6. Alonso Nates, R y Pelayo Alonso R. Manual de enfermería nefrológica. Barcelona: Pulso; 2012
7. Morales García AI, Arenas Jiménez MD, Reig-Ferrer A, Álvarez-Ude F, Malek T, Moledous A, Gil M, Cotilla E. Optimismo disposicional en pacientes en hemodiálisis y su influencia en el curso de la enfermedad. Nefrología [Internet] 2011 [Acceso 20 de marzo de 2020]; 31(2):199-205. ID MEDES: 65404. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/revistas/P1-E518/P1-E518-S2889-A10534.pdf>
8. Santos-Ascarza Bacariza, JL. Discapacidad y riesgo de exclusión social en la enfermedad renal crónica [tesis doctoral]. Ourense: Facultad de Ciencias de la Educación; 2015
9. Andreu Periz, L, Hidalgo Blanco MA y Moreno Arroyo, C. Tratamiento conservador ante la Enfermedad Renal Crónica. [Internet] Barcelona: Universidad de Enfermería; Oct-Dic 2015 [acceso 16 de marzo de 2020]; 18 (4). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842015000400008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842015000400008)
10. Fernández-Viña Fernández AM, Valdés Arias C, Villar Fernández E y Díaz Corte C. Estudio de la calidad de vida relacionada con la salud del donante vivo renal. Enfermería Nefrológica [Internet] 2015 enero-marzo [Acceso 22 de marzo de 2020]; 18 (1). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842015000100006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842015000100006)

11. Martín P, Errasti P. Trasplante renal. 2006. Anales del Sistema sanitario de Navarra [Internet] 2006 mayo-agosto (acceso 16 de marzo de 2020) 29 (2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272006000400008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000400008)
12. Organización Nacional de Trasplantes. Memoria de actividad de donación y trasplante renal. España 2018. Disponible en: <http://www.ont.es/infesp/Memorias/Actividad%20de%20Donaci%C3%B3n%20y%20Trasplante%20Renal.pdf>
13. Contreras F, Espinosa JC, Esguerra GA. Calidad de vida, autosuficiencia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Psicología y salud [Internet] México: Universidad Veracruzana, Xalapa. 2008; 18(2); 165-179. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/291/29118203.pdf>
14. Rebollo Rubio A, Morales Asencio JM, Pons Reventos ME y Mansilla Francisco J. Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. Nefrología [Internet] 2015 [acceso 31 de mayo de 2020]; 35 (1). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-69952015000100012&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-69952015000100012&script=sci_arttext&lng=pt)
15. Álvarez Ude F, Vicente E y Badía X. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes en programa de hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria de Segovia. 1995; 15 (6); 572-580. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X0211699595008000>
16. Perales Montilla CM, García León A, Reyes del Paso GA. Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Nefrología [Internet] 2012; 32 (5), 555-701. DOI: 10.3265/Nefrologia.pre2012.Jun.11447. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-predictores-psicosociales-calidad-vida-pacientes-con-insuficiencia-renal-cronica-tratamiento-articulo-X0211699512001931>
17. Julian Mauro JC, Molinuevo Tobalina JA, Sánchez González JC. La situación laboral del paciente con enfermedad renal crónica en función del tratamiento sustitutivo renal. Nefrología [Internet] 2012 [acceso 15 de marzo de 2020]; 32 (4), 439-45. DOI:10.3265/Nefrologia.pre2012.Apr.11366. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X0211699512001645>

18. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Protección social. [acceso 15 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.fao.org/social-protection/overview/whatissp/es/>
19. Fernández Mallo, G (Coord). VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en Galicia. Madrid: Fundación FOESSA: 2019. Disponible en: <https://caritas-web.s3.amazonaws.com/main-files/uploads/sites/16/2019/09/Galicia-VIII-Informe-FOESSA.pdf>
20. Organización Mundial de la Salud (OMS). Discapacidad. Disponible en: <https://www.who.int/topics/disabilities/es/>
21. COGAMI. Guía de recursos. 2020. Disponible en: <http://www.cogami.gal/images/files/TRABALLO%20SOCIAL/GUIA%20RECURSOS%202020.pdf>
22. Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. Boletín Oficial del Estado. 26 de enero de 2000, nº 22. BOE-A-2000-1546. Modificado por el Real decreto 1856/2009, de 4 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. Boletín Oficial del Estado. 26 de diciembre de 2009, nº 311. BOE-A-2009-20891. Disponibles en:  
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2000/BOE-A-2000-1546-consolidado.pdf>  
<https://www.boe.es/boe/dias/2009/12/26/pdfs/BOE-A-2009-20891.pdf>
23. Real decreto 1414/2006, de 1 de diciembre, pro el que se determina la consideración de persona con discapacidad a los efectos de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. Boletín oficial del Estado. 16 de diciembre de 2006, nº 300. BOE-A-2006-22080. Última modificación el 17 de septiembre de 2011. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-22080-consolidado.pdf>
24. Llano, J.C. El estado de la pobreza, 9º informe AROPE. Seguimiento del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social en España 2008-2018. Madrid, Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social, 2019, 219. Disponible en: <https://www.eapn.es/estadodepobreza/capitulos-2019.php>
25. Robles-Osorio, ML y Sabath E. Disparidad social, factores de riesgo y enfermedad renal crónica. Nefrología [Internet] 2016 [acceso 15 de marzo de 2020]; 36(5): 556-581. ID MEDES: 115447. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-S0211699516300686>

26. Subirats i Humet (Dir.)GOMá, R y Brugué J. Análisis de los factores de exclusión social. 2005. Fundación BBVA, nº4. Disponible en: [https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/exclusion\\_social.pdf](https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/exclusion_social.pdf)

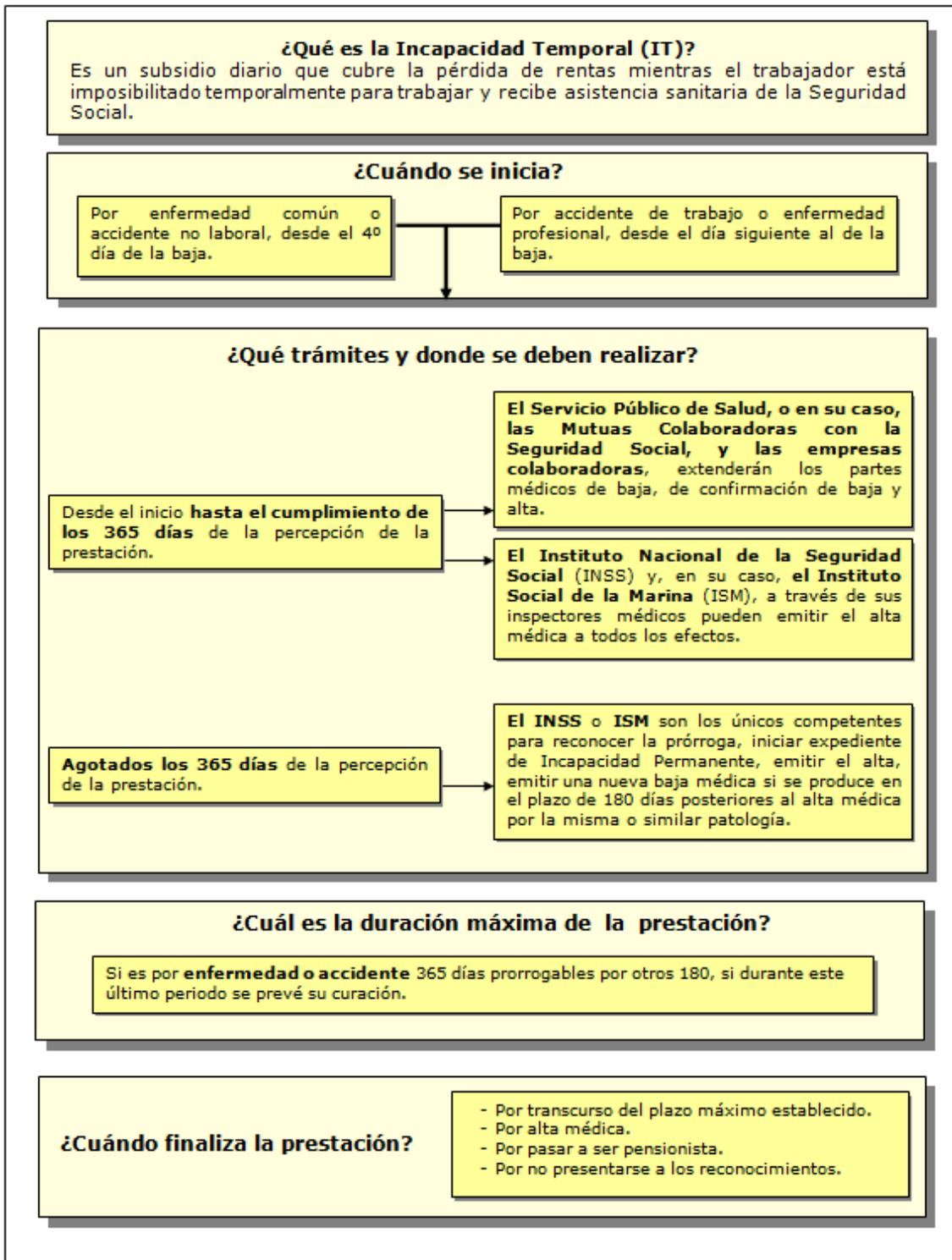
## 10. Anexos

### Anexo 1. Cuantía de Pensiones No Contributivas 2020

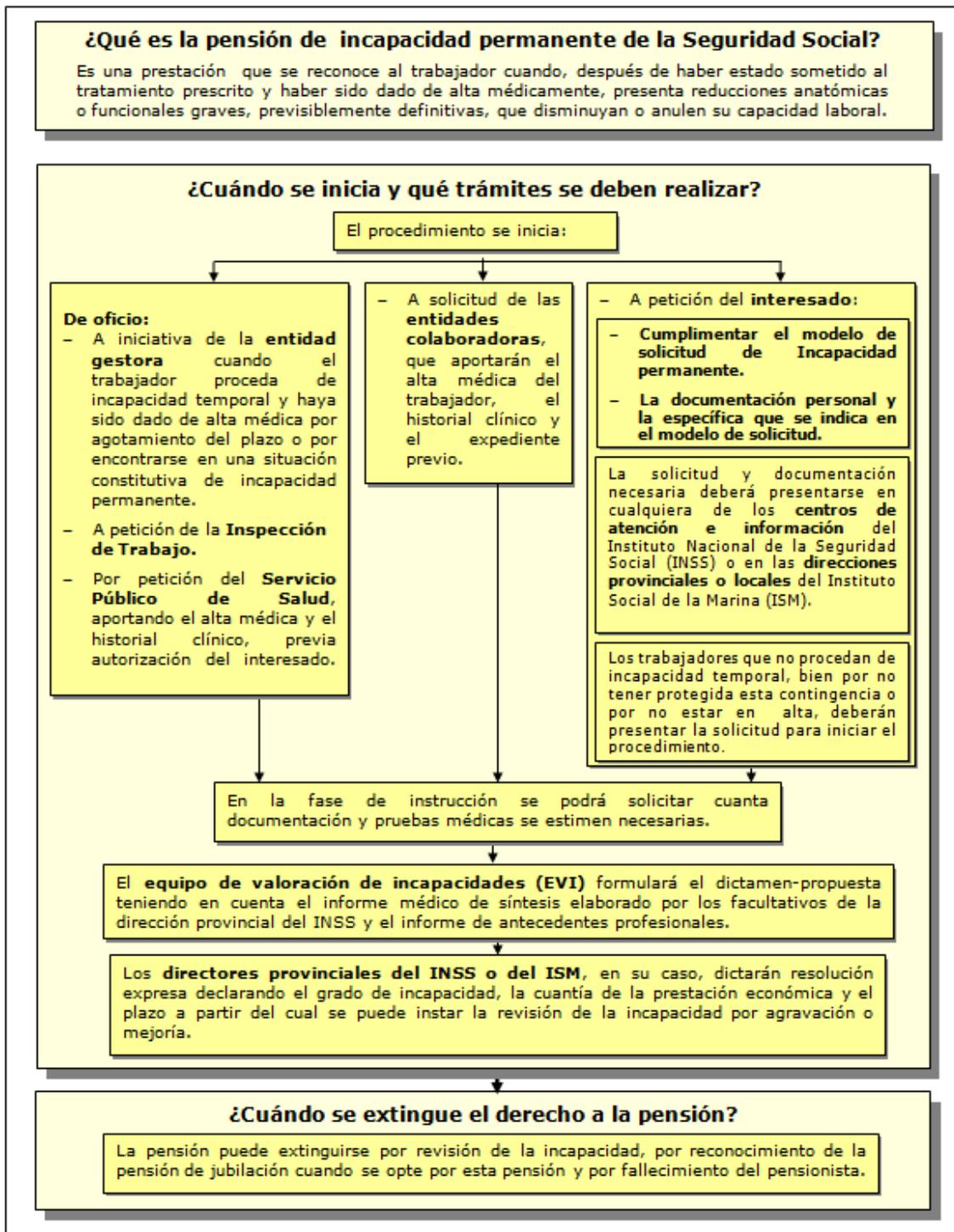
#### CONTÍAS DAS PENSÍONS NON CONTRIBUTIVAS DE 2020

Clase de contía	Fillo a cargo PNC- Importe mensual	Fillo a cargo/ PNC-Importe anual
Menor de 18 anos con 33% ou máis	83,33	1000
Maior de 18 anos con 65% ou máis	395,60	4747.20 / 5538.4
Maior de 18 anos con 75% de discapacidade e con necesidade de terceira persoa	593,40	7120.80 / 8307.6
Complemento do 50% da pensión para persoas cun grao igual ou superior ao 75% e necesidade de concurso doutra persoa.	197,80	237.36 /2769.2

## Anexo 2. La Incapacidad Temporal (IT)



### Anexo 3. La Incapacidad Permanente (IP)



## Anexo 4. Cuantía de pensiones contributivas 2020

<b>CONTÍAS DAS PENSÍONS CONTRIBUTIVAS DE 2020</b>						
Clase de pensión (contías mínimas)	Titular con cónxuxe a cargo		Titular sen cónxuxe a cargo		Titular con cónxuxe non a cargo	
	importe mensual	importe anual	importe mensual	importe anual	importe mensual	importe anual
<b>XUBILACIÓN</b>						
Titular con 65 anos	983,97	11.807,60	797,42	9.569,00	756,82	9.081,80
Titular menor 65 anos	922,48	11.069,80	746,08	8.953,00	705,13	8.461,60
Titular con 65 anos procedente de gran invalidez	1.475,95	17.711,40	1.196,18	14.354,20	1.135,28	13.623,40
<b>INCAPACIDADE PERMANENTE</b>						
Gran invalidez	1.475,95	17.711,40	1.196,18	14.354,20	1.135,28	13.623,40
Absoluta	983,97	11.807,60	797,42	9.569,00	756,82	9.081,80
Total: titular con 65 anos	983,97	11.807,60	797,42	9.569,00	756,82	9.081,80
Total: "cualificada" con idade entre 60 e 64 anos	922,48	11.069,80	746,08	8.953,00	705,13	8.461,60
Total derivada de enfermidade común (menor 60 anos)	587,88	7.054,60	587,83	7.054,60	582,75	6.993,00
Titular con 65 anos	983,97	11.807,60	797,42	9.569,60	756,82	9.081,80
<b>VIUVIDADE</b>						
Titular con 65 anos o con discapacidade igual ou superior ao 65%			797,42	9.569,00		
Titular entre 60 e 64 anos			746,08	8.953,00		
Titular menor de 60 anos			604,10	7.249,20		
Titular con cargas familiares			922,48	11.069,80		

Anexo 5. Cuestionario de Calidad de vida percibida SF-36

Datos para el estudio

Día:	Mes:	Año: (20...)	Número identificador:
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Enero <input type="checkbox"/> Julio	0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> Febrero <input type="checkbox"/> Agosto	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> Marzo <input type="checkbox"/> Septiembre	2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> Abril <input type="checkbox"/> Octubre	3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> Mayo <input type="checkbox"/> Noviembre	4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> Junio <input type="checkbox"/> Diciembre	5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 31		6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
		7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
		8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
		9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

---

# Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2)

---

Versión española de SF-36v2™ Health Survey © 1996, 2000  
adaptada por J. Alonso y cols 2003.

Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS)  
Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios  
c/Doctor Aiguader, 80 E-08003 Barcelona  
Tel. (+34) 93 225 75 53, Fax (+34) 93 221 40 02  
www.imim.es



IMAS

Institut Municipal  
d'Investigació Mèdica. IMIM

Este instrumento ha superado los estándares de calidad del **Medical Outcome Trust** y de la Red Cooperativa para la Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios (**Red IRYSS**).  
El cuestionario y su material de soporte están disponibles en BiblioPRO, la biblioteca virtual de la Red IRYSS ([www.rediryss.net](http://www.rediryss.net)).

---

# Su Salud y Bienestar

---

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una  la casilla que mejor describa su respuesta.

*¡Gracias por contestar a estas preguntas!*

1. En general, usted diría que su salud es:

<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Excelente	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Muy buena	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup> Buena	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup> Regular	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup> Mala
----------------------------------------------------	----------------------------------------------------	------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-----------------------------------------------

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

Mucho mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	Algo mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	Más o menos igual que hace un año <input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	Algo peor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	Mucho peor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------



**3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?**

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores. -----	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora. -----	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c Coger o llevar la bolsa de la compra. -----	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d Subir <u>varios</u> pisos por la escalera. -----	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e Subir <u>un sólo</u> piso por la escalera. -----	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f Agacharse o arrodillarse. -----	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g Caminar <u>un kilómetro o más</u> -----	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h Caminar varios centenares de metros. -----	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i Caminar unos 100 metros. -----	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j Bañarse o vestirse por sí mismo. -----	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

**4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?**

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas? -----	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b ¿ <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer? -----	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas? -----	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)? -----	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



**5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?**

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas <u>por algún problema emocional</u> ? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b ¿ <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer <u>por algún problema emocional</u> ? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?**

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?**

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

**8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?**

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



**9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...**

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a se sintió lleno de vitalidad? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b estuvo muy nervioso? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d se sintió calmado y tranquilo? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e tuvo mucha energía? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f se sintió desanimado y deprimido? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g se sintió agotado? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h se sintió feliz? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i se sintió cansado? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?**

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:**

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Estoy tan sano como cualquiera .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Creo que mi salud va a empeorar .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Mi salud es excelente .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

*Gracias por contestar a estas preguntas*