

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



APOYO FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
HEMODIALIZADOS EN LA CLÍNICA MÉDICA
NEFROLÓGICA, 2017.

Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Autoras:

- Bach. Adelaida Milagritos Ramírez Ponce.
- Bach. Lita Deli Torres Flores.

Asesora:

- Ms. Rosa Lelis Rebaza Vásquez

TRUJILLO- PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mis queridos padres, **Francisco Y Rosaura**, quienes con sus palabras de aliento, sus consejos, apoyo incondicional y paciencia no me dejaron decaer, todo lo que hoy soy es gracias a ellos.

A **Carlos Francisco**, mi amado hijo por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

Adelaida

DEDICATORIA

A **Dios** por darme la vida, la salud, ya que gracias a él he logrado concluir mi carrera.

A mis padres, **Marcelina y Régulo**, porque siempre están a mi lado brindándome su apoyo y sus consejos para hacer de mí una mejor persona.

Lita

AGRADECIMIENTO

A nuestra asesora de tesis la Ms. Rosa Lelis Rebaza Vásquez, por habernos brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así también por habernos tenido paciencia para guiarnos durante todo el desarrollo del proyecto.

Al Director de la Clínica Médica Nefrológica, Dr. Diómenes Carbajal Honores, por habernos brindado todas las facilidades de información que requeríamos para realizar nuestro proyecto.

Adelaida y Lita

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	iii
TABLA DE CONTENIDOS	iv
LISTA DE TABLAS.....	v
LISTA DE GRÁFICOS.....	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
I.INTRODUCCIÓN	01
II.MATERIAL Y MÉTODO	29
III.RESULTADOS.....	38
IV.DISCUSIÓN	45
V. CONCLUSIONES	56
VI. RECOMENDACIONES	57
VII.BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	69

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla N° 01:

Apoyo familiar en los pacientes hemodializados en la
Clínica Médica Nefrológica, 2017..... 39

Tabla N° 02:

Calidad de vida en los pacientes hemodializados en la
Clínica Médica Nefrológica, 2017..... 41

Tabla N° 03:

Apoyo familiar y calidad de vida en los pacientes
hemodializados en la Clínica Médica Nefrológica,
2017..... 43

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
GRAFICO N° 01:	
Apoyo familiar en los pacientes hemodializados en la Clínica Médica Nefrológica, 2017.....	40
GRAFICO N° 02:	
Calidad de vida en los pacientes hemodializados en la Clínica Médica Nefrológica, 2017.....	42
GRAFICO N° 03:	
Apoyo familiar y calidad de vida en los pacientes hemodializados en la Clínica Médica Nefrológica, 2017.....	44

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el propósito de determinar la relación que existe entre el apoyo familiar y la calidad de vida en pacientes hemodializados en la Clínica Médica Nefrológica, durante los meses de mayo y junio del 2017. El tipo de estudio es descriptivo, correlacional, de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 100 pacientes. La recolección de datos se realizó utilizando dos instrumentos: el primero para medir el apoyo familiar y el segundo para medir la calidad de vida en pacientes hemodializados. Los resultados evidenciaron que el 48% de pacientes presentaron apoyo familiar alto, 30% medio y el 22% apoyo familiar bajo. Así mismo con respecto a la calidad de vida, el 44% de pacientes tuvo nivel regular, el 29% buena y el 27% mala calidad de vida. Se aplicó la prueba estadística Chi², obteniéndose un valor $-p= 0,000$, concluyendo que existe relación altamente significativa entre el apoyo familiar y la calidad de vida en los pacientes hemodializados.

Palabras claves: apoyo familiar, calidad de vida, pacientes hemodializados.

ABSTRACT

The present investigation was carried out with the purpose of determining the relationship between family support and quality of life in hemodialysis patients at the Nephrological Medical Clinic, during the months of May and June 2017. The type of study is descriptive, correlational, of cross section. The sample consisted of 100 patients. Data collection was performed using two instruments: the first to measure family support and the second to measure the quality of life in hemodialysis patients. The results showed that 48% of patients presented high family support, 30% medium and 22% low family support. Likewise with respect to quality of life, 44% of patients had a regular level, 29% had good and 27% had a poor quality of life. The Chi2 statistical test was applied, obtaining a value $-p = 0.000$, concluding that there is a highly significant relationship between family support and quality of life in hemodialysis patients.

Keywords: Family support, quality of life, hemodialysis patients.

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, ocurre un proceso de transición epidemiológica con un incremento de la morbilidad, discapacidad y la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y aunque el fenómeno es global, es más acelerado en los países en desarrollo o emergentes. Las proyecciones realizadas a partir de la información obtenida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), muestran que para el año 2020 las ECNT constituirán una carga del 60% de las enfermedades y del 70% de las muertes (1,2).

Entre las ECNT de mayor incidencia en el mundo, se encuentran las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus; siendo estas dos últimas las principales causas de la enfermedad renal crónica (ERC). En el siglo XXI, esta enfermedad se ha visto incrementada en el mundo afectando a cerca del 10% de la población mundial y su crecimiento se ha tornado una dificultad grave en salud pública (3,2).

La ERC en etapas avanzadas, afecta la vida y salud de millones de personas, sobre todo en países de bajos y medianos ingresos, debido al rápido aumento de su prevalencia, elevados costos de tratamiento y alta frecuencia de complicaciones. La Sociedad Peruana de Nefrología informó que el 40% de los casos de enfermedad renal crónica (ERC) se

debe a la diabetes y afecta a uno de cada diez adultos. La diabetes mellitus es la causa más común de enfermedad renal crónica terminal (ERCT) y constituye más del 44% de los casos nuevos de insuficiencia renal que se presentan anualmente en el mundo (4, 5,6).

Por consiguiente, la ERCT se constituye en una de las consecuencias de mayor impacto en la salud de la población, siendo hoy un problema devastador de la salud pública global, por sus consecuencias médicas, sociales y económicas para los pacientes, sus familias y los sistemas de salud. Se estima que más de un millón de personas en el mundo sobreviven gracias al tratamiento dialítico; la incidencia de la ERCT se ha duplicado en los últimos 15 años, y se espera que continúe aumentando. Se prevé que millones de personas alrededor del mundo van a necesitar tratamiento de reemplazo de la función renal en los próximos 10 años, y no hay sistema de salud que pueda sostener el costo del tratamiento (7).

En España son más de 50 000 los pacientes que están en tratamiento renal sustitutivo. Según el registro español de enfermos renales en el 2012, el 80% de los pacientes que iniciaron tratamiento lo hicieron en hemodiálisis, el 16.4% en diálisis peritoneal y tan solo un 3.5% recibieron un trasplante renal como primer tratamiento (8, 9,10).

Según datos de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH), en América Latina un promedio de 613 pacientes por millón de habitantes (ppmh) tuvieron acceso en 2011 a alguna de las alternativas de tratamiento para la sustitución de la función que sus riñones ya no pueden realizar: hemodiálisis (realizada por una máquina), diálisis peritoneal (utilizando fluidos en el abdomen a través de un catéter) y el trasplante de riñón. Sin embargo, la distribución de estos servicios es muy inequitativa y en algunos países esa cifra fue menor a 200 ppmh (2).

De acuerdo con las últimas estadísticas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en la actualidad existen alrededor de 52,000 pacientes en terapias sustitutivas, de los cuales el 80% se atienden en esa institución (IMSS). Se registró un incremento de 92 ppmh en 1999 a 400 ppmh en el año 2008 (11).

En Colombia, la ERCT podría duplicarse durante los próximos 10 años generando un impacto económico muy alto, superior al observado en la actualidad, donde la enfermedad renal crónica y el tratamiento dialítico contribuyen con 64% del costo total atribuible a las enfermedades de alto costo en el país (12).

En Chile en el 2010, el número de pacientes en hemodiálisis ha experimentado un crecimiento mayor a 30 veces en los últimos treinta años, alcanzando actualmente una prevalencia de 857 ppmh. Estos

pacientes emergen de una población mucho mayor con ERC, cuya prevalencia se estima en 10% (13).

En el Perú, la hemodiálisis es la modalidad más utilizada 68.6%. En el período de recolección de la información, se ha registrado un total de 12 773 pacientes, el 78,5% recibía tratamiento en ESSalud, 16,0% reciben tratamiento en el MINSa, 5,3% en las Fuerzas Armadas y solo 0,2% en forma privada. Se sobrentiende que estos pacientes son financiados por estas instituciones y solo un 0,22% son autofinanciados (14,4).

A nivel local, Es salud es la institución donde se atienden más pacientes con ERCT para recibir tratamiento de hemodiálisis, esto se da porque en los hospitales locales del Ministerio de Salud no se cuenta con unidades de hemodiálisis. En Trujillo existen dos hospitales: el Hospital Víctor Lazarte Echegaray y el Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta, cada uno con una capacidad para atender en cuatro turnos a 15 pacientes, es decir, 60 pacientes por día, por 2 grupos (120 pacientes en cada institución), estos hacen un total de 240 pacientes entre los dos hospitales.

Asimismo, dentro de la localidad, también se dispone de 3 clínicas que brindan servicios terciarios en tratamiento de hemodiálisis: Clínica Médica Nefrológica, Clínica del Riñón Santa Lucía y la Clínica Virgen de la Puerta; estas cuentan con 3 turnos al día, diariamente atienden a 15

pacientes por turno haciendo un total de 45 pacientes al día, por dos grupos (90 pacientes en cada institución). Entre las tres clínicas se tiene un total de 270 pacientes atendidos por servicios terciarios, que sumados a los pacientes atendidos en los hospitales de ESSalud, son aproximadamente cerca de 500 pacientes atendidos en Trujillo; sin embargo, este dato varía considerablemente dado la alta mortalidad de los mismos.

Hasta el momento la ERCT no tiene cura, sin embargo, las terapias desarrolladas para tratarla permiten mantener y prolongar la vida de estos pacientes. La hemodiálisis es la terapia que se utiliza con mayor frecuencia y consiste en un tratamiento altamente complejo, exigente que puede llegar a ser muy restrictivo conllevando a cambios profundos en el estilo de vida, afectando la realización de actividades de la vida cotidiana y a largo plazo su calidad de vida (15,16).

El paciente con ERCT, en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis, está obligado a convivir diariamente con una enfermedad incurable que requiere de una forma de tratamiento dolorosa, de larga duración. Esto, junto con la evolución de la enfermedad y sus complicaciones, provoca una serie de daños en los estados de bienestar físico, mental, social, funcional, bienestar general y satisfacción del paciente, factores que se reflejan en su calidad de vida (17,18).

La disminución de la calidad de vida ha sido asociada, además, con un incremento del riesgo de morbilidad y mortalidad en esta población. Es un constructo estudiado en la ERCT, como uno de los principales resultados de la terapia de reemplazo renal en distintos grupos de personas y países, y como uno de los principales indicadores de salud y bienestar. La mayoría de estudios coinciden en señalar que la calidad de vida se encuentra más deteriorada en personas en hemodiálisis que en la población general e incluso en quienes han recibido un trasplante renal; se han centrado además en identificar los factores que influyen en esta para establecer estrategias de intervención (19,20).

Se debe considerar que no solo la supervivencia que genera el estar sometido a un tratamiento de por vida es lo más importante, se requiere buscar una mejor calidad de vida del paciente en esta nueva condición, poniendo énfasis a la identificación de problemas de salud de tipo psicológicos derivados de la ERCT y su tratamiento, de esta manera, brindar al paciente las herramientas psicológicas que le permita afrontar la enfermedad con un buen soporte emocional, fomentando el apoyo de sus familiares, buscando aliviar su sufrimiento, dolor del procedimiento, ansiedad, etc. (20).

La actuación de la familia del paciente con ERCT es fundamental, pues se presentarán cambios, tanto en sus actividades de la vida diaria, en su estado anímico y en general en su rol dentro de su familia. Hacer

partícipe a la familia en esta situación es muy positivo, puesto que el paciente sentirá el apoyo en una situación que afronta en soledad, que no solo afectará a la hora del tratamiento, sino que en su domicilio continuará con la instauración de una dieta adecuada a la diálisis, una toma de medicación correcta y una estabilidad emocional que será afrontada por la familia, ya que el paciente presentará cambios de humor e incluso de carácter en algunos casos, o inadecuación a la nueva situación en su vida (21).

La familia como fuente de apoyo es fundamental en la adherencia al tratamiento de hemodiálisis puesto que impulsan la creación de ambientes afectivos seguros que refuerzan los lazos de amor y comunicación que ayudan a los pacientes con ERCT a sobrellevar la enfermedad. Lamentablemente, este apoyo se encuentra muy fragmentado debido a que los pacientes experimentan alteraciones en su vida diaria que condicionan el entorno familiar y que modifican el estilo de vida que la familia estuvo acostumbrada a llevar, lo cual los induce, en muchas ocasiones, a terminar sus días desamparado (20).

La enfermedad renal crónica (ERC), ocurre cuando la función de los riñones se encuentra deteriorada por la reducción y pérdida de las unidades funcionales del riñón llamadas nefronas. Las principales funciones que realizan los riñones en el organismo son: filtran la sangre y eliminan productos de desecho del metabolismo así como sustancias

endógenas y exógenas; mantienen el balance hidroelectrolítico; regulan el equilibrio ácido-base; secretan hormonas como la eritropoyetina y la renina y modifican sustancias como la vitamina D, para la regulación del fósforo y el calcio. Dada la disminución irreversible y progresiva de las nefronas, los riñones pierden su capacidad de excretar los productos de desecho en la orina y de mantener el balance químico en la sangre, funciones vitales e indispensables para la sobrevivencia del organismo (22).

La ERC se define como una disminución de la función renal, expresada por un filtrado glomerular (FG) o por un aclaramiento de creatinina estimados $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$; o como la presencia de daño renal de forma persistente durante al menos 3 meses; el daño renal se diagnostica habitualmente mediante marcadores en vez de por una biopsia renal, por lo que el diagnóstico de ERC se puede establecer por un FG disminuido o por marcadores de daño renal sin conocimiento de la causa. El principal marcador de daño renal es una excreción urinaria de albúmina o proteínas elevada (23).

La National Kidney Foundation, clasifica a la ERC en 5 estadios basándose en la reducción del FG. El proceso de disminución progresiva e irreversible en el número de nefronas, típicamente corresponden a la ERC que comprende los estadios 3, 4 y 5, constituyendo el estadio 5 como la fase terminal de la enfermedad que requieren tratamientos

sustitutivos de la función renal a través de las Terapias de Reemplazo Renal (TRR) como la hemodiálisis o la diálisis peritoneal (23).

Las manifestaciones clínicas permanecen asintomáticas en etapas tempranas, hasta que la enfermedad alcanza un progreso significativo. por ello , el médico debe basarse en algunos signos y síntomas del paciente: fatiga, debilidad , anorexia, vómito, un sabor metálico e hipo, problemas neurológicos como irritabilidad, dificultad para concentrarse, insomnio, pérdida de la memoria, piernas inquietas y sacudidas, prurito frecuente, disminución de la libido sexual, dolor torácico por pericarditis y parestesias. Durante la exploración física, el paciente puede presentar coloración amarilla en la piel, despidiendo un olor característico del aliento llamado hedor urémico. Cuando la enfermedad es rápidamente progresiva pueden conducir al fracaso renal en meses, pero generalmente la mayor parte de enfermedades evolucionan a lo largo de décadas y algunos pacientes no progresan durante muchos años de seguimiento (24,25).

Las indicaciones para la hemodiálisis incluyen: síntomas urémicos como pericarditis, encefalopatía o coagulopatía; diuresis que no responde a la sobrecarga de líquidos; hiperpotasemia refractaria; acidosis metabólica severa; síntomas neurológicos como convulsiones o neuropatía; de acuerdo con los lineamientos de la Diálisis Outcomes Quality Initiative (DOQI), la diálisis se debe iniciar cuando un paciente tiene una tasa de filtración glomerular de 10 ml/min o creatinina sérica de

8 mg/dl, en los pacientes diabéticos se debe iniciar cuando la tasa de filtración glomerular es menor de 15 ml/min o la creatinina sérica es mayor de 6 mg/dl (22,26).

Con respecto a la Hemodiálisis (HD), este fue introducido por primera vez en clínica por Wolff y Berk en el año 1942, para tratar la Insuficiencia Renal Aguda. Para realizar este procedimiento se requiere que los pacientes posean un acceso vascular (catéter venoso central o fístula arteriovenosa). La hemodiálisis actúa retirando sangre del sitio del acceso arterial del paciente, la sangre sale hacia la máquina donde realiza el proceso de HD y regresa luego por la vena del paciente, haciendo circular a través de un sistema de tubería a un dializador; en el dializador, que actúa como una membrana semipermeable, se retiran líquidos, electrolitos y toxinas de la sangre a través de un proceso de osmosis y difusión; el líquido se retira por medio de presión hidrostática aplicado a la sangre y presión hidrostática negativa aplicado al baño de dializado, la diferencia entre estas dos presiones se denomina presión transmembrana, y esto origina el proceso de ultrafiltración (27).

Cabe indicar que la hemodiálisis es un proceso dinámico y continuo, es decir, la sangre es extraída, limpiada y suministrada al paciente casi paralelamente. La hemodiálisis dura alrededor de tres a cuatro horas por sesión y debe ser realizada mínimo tres veces por semana, lo que implica que el paciente llega a cada sesión con un nivel importante de malestar

por las horas que transcurren entre sesiones sin que las toxinas acumuladas en el cuerpo sean desechadas. Además, dicho procedimiento debe ser realizado por personal especializado, por lo que el paciente debe movilizarse en todas las oportunidades a un centro médico (24).

Las complicaciones derivadas del tratamiento de hemodiálisis y de la propia enfermedad se van agravando con el tiempo. Las personas que la padecen perciben, en consecuencia, una forma de vivir significativamente más limitada con respecto a la vida normal de los otros. Las complicaciones durante el tratamiento de hemodiálisis suelen ser frecuentes y penosas, en muchos casos, dentro de las más comunes: la hipotensión arterial (20- 30%), los calambres (5-20%), náuseas y vómitos (5-15%), cefalea (5%), dolor torácico (2-5%), dolor de espalda (2-5%), prurito (5%), fiebre y escalofríos (< del 1%) (24,20).

Los pacientes con ERC suelen presentar también marcados trastornos emocionales, tales como: depresión, desesperanza, ansiedad, etc., lo cual puede implicar un agravamiento de la sintomatología orgánica, y traducirse en un nuevo impacto emocional. Se ha reportado una morbilidad psíquica de 46.7% en pacientes con diálisis, destacando la frecuencia de desesperanza, depresión, ansiedad, enojo, resentimiento, culpas, deterioro de la autoimagen, aislamiento social, alteración de la auto-percepción, irritabilidad, trastornos en la sexualidad y de tipo adaptativo (28).

Es así que el paciente en tratamiento de hemodiálisis se ve obligado a adaptarse a una serie de cambios y estresores, inherentes a la enfermedad, que afectan la percepción de su Calidad de vida, estos son: la amenaza constante de muerte; la dependencia a máquinas y personal sanitario; complicaciones en el acceso vascular; restricciones dietéticas; alteraciones en el funcionamiento físico; cambios en las relaciones sociales, familiares y laborales; problemas económicos; limitaciones en el tiempo; disfunciones sexuales. Otros estresores fisiológicos como el dolor, limitación de líquidos, restricción dietética, fatiga, debilidad, limitación de actividad física, alteraciones del sueño, frecuentes hospitalizaciones, etc., en conjunto con lo anteriormente descrito, pueden tener un efecto importante sobre su calidad de vida (29).

Desde hace dos décadas y producto de las características epidemiológicas y sociales de la enfermedad, donde las patologías crónicas son prevalentes y para lo cual no existe una curación total, cambia el objetivo de los tratamientos, para ser destinados a atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, utilizándose para ello un modelo alternativo en el cuidado del paciente llamado modelo biopsicosocial, el cual incorpora no sólo el concepto biológico de la enfermedad, sino que adiciona las dimensiones psicológicas y sociales que experimenta el paciente frente a la enfermedad, surgiendo de esta manera el paradigma de calidad de vida como una medida subjetiva de estos dominios (30).

Algunas definiciones sobre calidad de vida refieren que es la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal. Es la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la Calidad de vida son: el funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad y el cuidado personal, y el bienestar emocional (31).

De esta manera, la Calidad de Vida se ha convertido en un indicador de la evolución del estado de salud de los pacientes con ERCT, como expresión de una estrategia no sólo de prolongar la vida, sino también de aliviar los síntomas y mantener el funcionamiento vital. Así, la calidad de vida relacionada con la salud se refiere al efecto de una determinada enfermedad o tratamiento sobre la vida de un individuo, desde su perspectiva personal, que incluye los síntomas y el funcionamiento físico y social; entonces, es indudable que la calidad de vida tiene su máxima expresión en su relación con la salud (32).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define calidad de vida como: “la percepción que el individuo tiene de su propia posición en la

vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, en relación con sus objetivos, expectativas y preocupaciones, influenciado por la salud física del individuo, el estado psicológico, espiritual y las relaciones sociales”. También es considerada como el estado positivo, de bienestar físico, emocional, social, intelectual, espiritual y ocupacional, que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas; se toma como una variable importante dentro del concepto de calidad de vida el nivel de actividad física de los individuos (33,34).

También se dice, que la calidad de vida es una combinación de elementos objetivos y subjetivos. Los elementos objetivos lo componen: el bienestar material, salud objetivamente considerada, relaciones armónicas con el ambiente y comunidad. Los elementos subjetivos son considerados: la intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud percibida (35).

Schwartzmann, presenta un modelo de calidad de vida en donde postula el papel de los procesos de adaptación a las nuevas situaciones; la calidad de vida resultante dependería de la medida en que los mecanismos de afrontamiento y la adecuación de las expectativas permitiera que la brecha entre expectativas y percepción de la situación actual no fuera tan disímil. De esta manera, los pacientes que están en mejores condiciones para adaptarse podrán continuar con las

responsabilidades normales, hacer frente a la dificultad física y emocional y seguir participando en actividades que son significativas para ellos, encontrando aún significado e importancia en sus vidas. Los pacientes que no se adapten bien probablemente participarán menos en sus propias actividades vitales, se retraerán y perderán la esperanza(34).

En el “Modelo de Adaptación” de Sor Callista Roy, citado por Marriner, se define la adaptación como el proceso y el resultado por lo que las personas que tienen la capacidad de pensar y de sentir como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno; La meta de enfermería para Roy, es promover la adaptación para los individuos y los grupos en los cuatro modos adaptativos: fisiológico, autoconcepto, desempeño de roles e interdependencia, contribuyendo a la salud, a la calidad de vida y según el caso ayudarle a morir con dignidad (36).

El nivel de adaptación de una persona, es un punto que cambia constantemente y está compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales que representan el estándar de la gama de estímulos con el que la persona puede reaccionar por medio de respuestas normales de adaptación, en el presente estudio, los estímulos que influyen en los modos de adaptación al paciente en tratamiento de hemodiálisis son: la ERCT propiamente dicha, el tratamiento de hemodiálisis y el contexto de la nueva situación, aspectos que afectan su calidad de vida (36).

Por consiguiente, la calidad de vida en función a la adaptación, propone la valoración de tres dimensiones descritas como: Dimensión física, considerada a la percepción del estado físico o de la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. La Dimensión Psicológica, abarca la percepción del individuo respecto a su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro, también incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento; por último la Dimensión social, que está dada por la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, así como su desempeño laboral (37).

Así Arruda G. (2016), realizaron una investigación titulada: “Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis”. Su resultados evidenciaron, en general, el dominio más afectado entre los participantes fue el dominio físico (DF), con un promedio de 59.44, y el mejor conservado fue el dominio social (DS), con un promedio de 72.87, se llegó a la conclusión de que los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis tienen una calidad de vida regular, y el conocimiento de los profesionales sobre este tema es de suma importancia para alcanzar una optimización en el cuidado de los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis (38).

Pabón Y. et al. (2015), investigó sobre: "Calidad de vida del adulto con insuficiencia renal crónica, una mirada bibliográfica". Los resultados arrojaron que: la dimensión de calidad de vida más afectada es la física; de las tres modalidades de tratamiento para la insuficiencia renal, la que más afecta la calidad de vida del paciente es la hemodiálisis. Como conclusiones: La calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica se ve afectada, por lo que están sujetos a cambios en su estilo de vida que van de la mano con el tratamiento sustitutivo renal y sus complicaciones, además, presentan deterioro de la función física, mental, emocional, laboral y espiritual (39).

Liñán L. (2015), en su investigación titulada "Factores bíosociodemográficos y calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis en clínica de Trujillo", sus resultados encontraron que el 40% de pacientes en hemodiálisis presentó una buena calidad de vida, el 37,5% regular y 22,5% deficiente calidad de vida (40).

Sánchez J. (2014), en su estudio: "Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis", donde concluyó que, existen diferencias significativas en la calidad de vida en los pacientes masculinos y femeninos; la calidad de vida es más favorable en los pacientes con terapia hemodialítica mayor a 9 meses; de igual manera en los pacientes entre los 40 - 60 años comparada con los mayores de 60; la calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus es menos saludable

comparada con los que tienen HTA, y, en general el Componente Físico es el más afectado en los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis (41).

Delgado M. (2014), en su investigación titulada "Calidad de vida en paciente hemodializado y con diálisis peritoneal del Hospital Víctor Lazarte Echegaray", de acuerdo a los resultados obtenidos se halló que para los pacientes en tratamiento de hemodiálisis se alcanzó un mayor porcentaje de nivel medio de calidad de vida (48.6%), seguido del nivel alto (40%) y bajo (11.4%) (42).

Herrera A. (2013), en su investigación sobre: "Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica de una institución de hemodiálisis de Cartagena", demostraron que, en la valoración de la calidad de vida de los pacientes el 67.2% tuvo una mejor calidad de vida mientras que el 32.8% restante presentó una peor calidad de vida. De las dimensiones valoradas en las cuales reflejan un mejor estado de salud fueron Salud mental (83.3%), Función Social (77.8%) y Vitalidad (77%). La escala más afectada fue Rol Físico (62,8%) (43).

Jiménez L. (2013), en su estudio: "Calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis", reportó que las dimensiones de la calidad de vida más afectadas son función física (52.5%) y el nivel de independencia (52.5%), y las dimensiones menos afectadas en este

estudio fueron salud psicológica (20%) y creencias religiosas (12.5%) (44).

Pérez R. (2013), realizó una investigación sobre: “Calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis, los resultados reportan que el 31.11% de pacientes tuvo nivel de calidad de vida alta, el 28.10% medio y el 40.79% baja. En cuanto a la dimensión física 48.33% tuvo nivel baja, el 27.98% alta y el 23.69% medio. En la dimensión psicológica el 44.33% tuvo nivel alta, el 36.33% medio y el 19.33% alta. En la dimensión social el 41.67% baja, 38.33% medio y el 20% de pacientes presentó nivel de calidad de vida alto (45).

Sáenz B. et al., (2013), realizó una investigación titulada “Calidad de vida y estilos de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica bajo tratamiento de hemodiálisis”. De los resultado se tiene que el promedio general de calidad de vida fue de 55.9% N (46).

Pupiales A. (2012), realizó una investigación sobre: “Relación de los factores psicosociales y la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis regular”. Sus resultados evidenciaron que el 57% de la población estudiada refiere que su calidad de vida es regular y que a pesar del apoyo psicológico brindado por profesionales (93% de pacientes), y del apoyo familiar

(56%). El apoyo familiar percibido por el paciente fue en su mayoría mucho 56%, poco 37% y no les interesa 7% (47).

Orbegoso A., (2012), en su estudio: "Relación entre el nivel de calidad de vida y adaptación en pacientes en tratamiento de hemodiálisis", realizada en Trujillo- Perú, encontró que para ambos grupos en más del 50% el nivel de calidad de vida es medio (48).

Las personas con ERCT en hemodiálisis sufren cambios psicológicos y sociales que no sólo afectan a ellas, sino también a toda su familia. Algunas personas aceptan el hecho de que tienen una enfermedad renal y necesitarán tratamiento para el resto de sus vidas. Otras, en cambio, pueden tener problemas para ajustarse a los desafíos que la enfermedad implica. Durante el curso de la enfermedad habitualmente afloran sentimientos de culpa, negación, rabia, depresión y frustración que son difícilmente comprendidos y aceptados por el paciente y sus familiares (32).

Por lo que involucrar a la familia en esta situación es muy positivo, ya que el paciente hemodializado sentirá el apoyo en dicha problemática de salud, que no sólo afectará a la hora del tratamiento, sino que en su domicilio continuará con la instauración de una dieta adecuada a la diálisis, una toma de medicación correcta y una estabilidad emocional que será contenida por la familia, ya que el paciente presentará cambios de

humor e incluso de carácter en algunos casos o inadecuación a la nueva situación en su vida. De esta manera, se puede comprender cómo evoluciona y cómo se presenta el apoyo familiar, tan fundamental para la buena aceptación del tratamiento por parte del enfermo (29).

El advenimiento de una enfermedad, impone a la familia aceptar que un ser querido jamás volverá a ser el de antes, es así que, cuando la familia se entera del diagnóstico de una enfermedad en uno de sus miembros, atraviesan por un duelo parecido al duelo de la muerte. El duelo ante una enfermedad, es un dolor constante y se prolonga indefinidamente, llevando a la familia a pensar que nunca terminara. Durante este duelo, la familia pasa por diferentes etapas; una de las cuales consiste en un pacto que realizan los familiares a fin de prometer algo a cambio de obtener la curación de su enfermo. Pero cuando la enfermedad se prolonga por más de seis meses, adquiere el carácter crónico, y requerirá de un tratamiento médico continuo (49).

La familia se define como un organismo que mantiene una cierta identidad y estructura, que está en constante cambio y evolución. Además, la familia a veces se enfrenta con situaciones que representan una gran exigencia de adaptación a los cambios; como ocurre en las familias con enfermos crónicos, más aun por el papel que juegan en la asistencia a los cuidados del mismo. Uno de los parámetros de la funcionalidad de la familia es la adaptabilidad; que es la flexibilidad de la

familia para cambiar su estructura, en respuesta ante determinadas circunstancias (como una enfermedad), debiendo tener valores, tradiciones y normas de comportamiento estables (50).

Cabe destacar, que la familia ocupa un lugar importante en la determinación de la salud humana, la familia es reconocida como la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso a los individuos, se reconoce su función protectora y amortiguadora en los eventos estresantes de sus miembros, además la presencia de relaciones familiares, de pareja y su funcionamiento adecuado contribuye al bienestar y la salud, así como su ausencia puede generar malestar y vulnerabilidad al estrés. En todo el proceso de enfermar, influye de manera importante la familia, la cual como principal ente socializador del individuo, trasmite hábitos, actitudes, costumbres, creencias y conductas vinculadas a la percepción de salud y de enfermedad (51,52).

Se considera, que el apoyo más valioso que reciben los pacientes en hemodiálisis es del familiar, es decir es el grado en que las necesidades individuales, de afecto, aprobación, pertenencia y seguridad son satisfechas por personas significativas dispuestas a ayudar. Es un proceso de interacción entre la familia y su medio ambiente, o alguno de sus miembros que brinda su ayuda, demostrándoles su afecto, reforzando su autoestima y brindándoles el apoyo instrumental requerido (53).

También es un intercambio mutuo que involucra intimidad y oportunidad para una conducta recíproca; el apoyo familiar incluye ayuda emocional que proporciona un sentido de pertenencia el cual mejora la autoestima, la ayuda tangible con servicios o ayuda financiera, ayuda informativa con provisión de guía y consejos cognitivos y la ayuda de apreciación como disponibilidad de alguien en quien confiar, influye en la autoestima, nivel de estrés, percepción de la capacidad funcional, ánimo y adaptación a las enfermedades, etc (53).

El apoyo familiar es conceptualizado como la ayuda que la familia o algunos de sus miembros proporcionan a otro miembro en la satisfacción de sus necesidades a través de un proceso de interacción. Es decir, la familia sigue siendo la fuente principal de apoyo emocional y seguridad, constituye un mecanismo natural de atención, apoyo, cuidado y afecto; es la segunda fuente de apoyo económico más importante. Así mismo la familia brinda además del apoyo económico un apoyo físico, emocional, social tanto en el diario vivir como en el momento de crisis contribuyendo al bienestar y satisfacción de sus miembros (54).

Existen cinco tipos de apoyo familiar, así se tiene al apoyo emocional, aquel que se proporciona enfatizando confianza, atención, amor, compañía, seguridad y preocupación por él, estableciendo con los demás un vínculo de unión, caracterizado por recibir caricias, abrazos, palabras cariñosas, simpatía y fraternidad. El apoyo valorativo, refuerza la

autoestima, aptitudes positivas hacia sí mismo y auto respeto; caracterizado por el ánimo y adaptación a las enfermedades crónicas. El apoyo informativo, que le ofrece información y consejos cognitivos que benefician la salud, además de noticias de interés. El apoyo instrumental, donde se brinda bienes y servicios en tareas de la vida cotidiana; y por último, el apoyo económico, caracterizado por el apoyo material (52).

Finalmente podemos decir, que la diálisis impone modificaciones al estilo de vida familiar, el tiempo que debe dedicarse a ellos reduce las actividades sociales y puede originar conflictos, frustración, sensación de culpabilidad y depresión en la familia. También suele ser difícil que el paciente, cónyuge o familia, expresen la ira y otros sentimientos negativos, tal es así, que la sensación de pérdida que experimenta el paciente no debe subestimarse, ya que se enfrenta a la alteración de todos los aspectos de lo que alguna vez fue una “vida normal” (55).

Así Barragán T. (2015), en su investigación sobre: “El Apoyo Familiar a los Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de Hemodiálisis del Centro de Diálisis Contigo Da Vida. Los resultados evidenciaron que el 38% de pacientes a veces cuenta con apoyo familiar, 33% siempre, 25% casi siempre y 4% nunca cuenta con apoyo familiar (56).

García J. (2015), realizó un estudio titulado “El soporte socio familiar del paciente con enfermedad renal crónica”, estudio en clínicas del cono norte de Lima. Sus principales resultados refieren que, la presencia efectiva y afectiva de la familia aparece en las opiniones de los informantes como el apoyo fundamental y clave para poder salir adelante (60.7%). El autor concluye, que para el paciente renal es de suma importancia la presencia y apoyo de su familia en la superación de los impactos psicosociales devenidos luego del diagnóstico de ERC. Sobre el sistema familiar recae principalmente la responsabilidad de soporte emocional y provisión de información, que termina siendo la piedra angular del afronte personal y grupal frente a la nueva condición de vida (57).

Fernández E, (2014), en su investigación titulada "Apoyo familiar y afrontamiento según percepción de pacientes con hemodiálisis de la Clínica Internacional del Riñón-Trujillo", los resultados encontrados fueron que el 70% de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal presentó nivel alto grado de apoyo familiar y el 30% bajo grado de apoyo familiar (58).

Cortez M, Mantilla J. (2012), en su estudio: "Apoyo familiar y calidad de vida de pacientes que reciben hemodiálisis. Hospital Víctor Lazarte Echegaray", reportaron que el 75,9% de pacientes recibió apoyo familiar alto y el 5,1% apoyo familiar bajo. Así mismo, el 49% de pacientes

presentó calidad de vida alta y el 12,6% calidad de vida baja, del mismo modo se obtuvo que el 49,4% de pacientes presentó apoyo familiar alto y calidad de vida alta; el 26,6% de los pacientes presentó apoyo familiar alto y calidad de vida media (59).

Meza M (2012), en su investigación titulada "Nivel de apoyo familiar y factores bíosocioculturales del paciente con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis", su resultados mostraron que la mayoría de pacientes, el 64.1% tuvo nivel alto de apoyo familiar y el 10.3% nivel bajo de apoyo familiar (60).

En el ámbito hospitalario, se observa que el paciente sufre un gran impacto en la calidad de vida relacionada con su salud. Ellos encuentran en el tratamiento de hemodiálisis una oportunidad para seguir viviendo, pero otros pacientes refieren que su enfermedad es un castigo de Dios, puesto que sienten que se afectan las relaciones con su familia y el entorno.

Queremos demostrar que el efecto más importante en el paciente con tratamiento de hemodiálisis es mejorar su calidad de vida, mediante el funcionamiento social, físico, cognitivo, cuidado personal y bienestar emocional en el que juega un rol muy importante la familia. Investigar la relación entre las variables: apoyo familiar y calidad de vida en pacientes hemodializados, nos permitirá obtener información relevante para plantear

estrategias de intervención de enfermería, mejorando el cuidado del paciente con ERCT, que involucre también la participación multidisciplinaria al considerar las dimensiones biopsicosociales del ser humano. Entonces tendremos un paciente que no sólo prolonga su vida sino que alivia los síntomas y mantiene un funcionamiento vital.

Finalmente, los resultados encontrados podrán servir de base para futuros estudios que se relacionen con las variables de investigación y seguir promoviendo la investigación en el campo de la salud, para brindar un mejor servicio en las instituciones de salud, en especial en este escenario que será la Clínica Médica Nefrológica.

Por todo lo anteriormente expuesto, se planteó la siguiente interrogante:

¿Existe relación entre el apoyo familiar y la calidad de vida en pacientes hemodializados en la Clínica Médica Nefrológica, 2017?

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la relación entre el apoyo familiar y la calidad de vida en pacientes hemodializados en la Clínica Médica Nefrológica, 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar el nivel de apoyo familiar en pacientes hemodializados en la Clínica Médica Nefrológica.
- Identificar el nivel de calidad de vida según dimensiones en pacientes hemodializados en la Clínica Médica Nefrológica.

HIPOTESIS:

- **Hi** Existe relación significativa entre el nivel de apoyo familiar y el nivel de calidad de vida en pacientes hemodializados en la Clínica Médica Nefrológica, 2017.
- **H0** No existe relación significativa entre el nivel de apoyo familiar y el nivel de calidad de vida en pacientes hemodializados en la Clínica Médica Nefrológica, 2017.

II. MATERIAL Y MÉTODO

1.1. MATERIAL

1.1.1. Población:

Estuvo constituida por un total de 100 pacientes adultos que reciben tratamiento de hemodiálisis en la Clínica Médica Nefrológica de la ciudad de Trujillo-Perú, durante los meses de mayo a julio del 2017.

1.1.2. Muestra:

Se consideró al 100% de la población, por tratarse de una población pequeña. Se tuvo en cuenta los siguientes criterios de selección:

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Paciente mayor de 18 años de edad con más de tres meses recibiendo tratamiento de hemodiálisis.

Criterios de exclusión:

- Paciente con discapacidad visual.
- Paciente que no acepte participar voluntariamente en la investigación.

1.1.3. Unidad de análisis:

La unidad de análisis estuvo conformada por cada uno de los pacientes que recibe tratamiento de hemodiálisis en la Clínica Médica Nefrológica y que cumplieron con los criterios de inclusión.

1.2. MÉTODO

1.2.1. Tipo de estudio:

La presente investigación es de tipo correlacional porque describe y relaciona las variables en estudio I (61).

1.2.2. Diseño de investigación:

Investigación con diseño correlacional, de corte transversal porque estudia las variables simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo (61)

M: X1 _____ X2

Donde:

M= muestra de pacientes que se hemodializan

X1= Nivel de apoyo familiar

X2= Nivel de calidad de vida

1.2.3. Variables y operacionalización de variable:

Variable X₁: Apoyo familiar

Definición conceptual:

Es la ayuda que la familia otorga a otro miembro de la misma familia que se encuentra en situación de enfermedad. Este apoyo será en forma de bienes y servicios, información, protección, afecto, reforzando su autoestima para afrontar los efectos del estrés (62).

Definición operacional:

Se utilizó la siguiente escala:

- Apoyo familiar de nivel bajo: 10 - 16 puntos
- Apoyo familiar de nivel regular: 17 - 23 puntos
- Apoyo familiar de nivel alto: 24 - 30 puntos

Variable X₂: Calidad de vida

Definición conceptual:

Es la evaluación subjetiva del individuo del nivel global de funcionamiento que le permite seguir aquellas actividades que son

importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar (31).

Definición operacional:

Se utilizó la siguiente escala:

- Nivel de Calidad de vida buena: 49 – 63 puntos
- Nivel de Calidad de vida regular: 35 – 48 puntos
- Nivel Calidad de vida mala: 21 – 34 puntos

1.2.4. Procedimiento para la recolección de datos:

Para la ejecución de la investigación, en primer lugar, se solicitó el permiso formal al gerente de la Clínica Médica Nefrológica. Luego que fue aprobada la solicitud, se coordinó con la jefa de enfermeras de la mencionada clínica, a quien se le solicitó hacer extensiva nuestra intención al resto del personal de enfermería, y con ello tener las facilidades del campo asistencial para contactar con los pacientes.

Posteriormente se solicitó a la jefa de enfermeras de la clínica, la relación de los pacientes y sus turnos para poder contactar con cada uno de ellos y explicarles los objetivos de la investigación. Esta actividad se realizó durante la espera y la salida de los tratamientos de hemodiálisis. A los pacientes que aceptaron

participar de la investigación, se solicitó su consentimiento informado.

Para la aplicación de los instrumentos se utilizó un tiempo promedio de 20 minutos por paciente. La recolección total de los datos tuvo el tiempo necesario en días, hasta completar la colecta de la información en la muestra de estudio. Concluida la aplicación de los instrumentos se procedió a verificar que todas las preguntas hayan sido marcadas en su totalidad.

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron los siguientes:

A. ESCALA DE VALORACIÓN DE APOYO FAMILIAR:

Elaborada por Leitón (1997), consta de 10 ítems siendo el puntaje máximo 30 puntos y el mínimo de 10 puntos (anexo 1)(63).

Las alternativas de las respuestas tienen la siguiente escala de valor:

- Siempre= 3 puntos
- A veces= 2 puntos
- Nunca= 1 punto

Sin embargo, solo el ítem n° 2, la escala de valores se invierte:

- Siempre= 1 punto
- A veces= 2 puntos
- Nunca= 3 puntos

B. CUESTIONARIO PARA LA VALORACIÓN DEL NIVEL DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS:

Elaborado por Orbegoso(2012), modificado por las autoras de la presente investigación, consta de 21 afirmaciones, el puntaje máximo es de 63 puntos y el mínimo de 21 puntos (anexo 2) (48).

Se considera tres modos de respuesta:

- Si= 1 punto
- A veces= 2 puntos
- No= 3 puntos

Las afirmaciones están divididas en tres segmentos, donde las preguntas del 1 al 7 corresponden a la valoración de la dimensión fisiológica; las preguntas de la 8 a la 14 a la dimensión psicológica y las restantes a la dimensión social.

VALIDEZ

Los dos instrumentos que se utilizaron para la recolección de la información, fueron validados en su momento por sus autores. En el caso del instrumento: "Cuestionario para la valoración de la

calidad de vida en pacientes en tratamiento de diálisis”, al cual se le ha realizado modificaciones, se solicitó nuevamente su validación por contenido a su autora (anexo 4). De igual manera, para el instrumento: “Escala de valoración del apoyo familiar” (anexo 5).

CONFIABILIDAD

La confiabilidad de los instrumentos para la recolección de la información fue determinada a través de la prueba estadística Alpha de Cronbach por sus autores. Para la “Escala de valoración de apoyo familiar” se tiene 0,835 de confiabilidad.

En el “Cuestionario para la valoración del nivel de calidad de vida en pacientes en tratamiento de diálisis”, fue necesario aplicar una prueba piloto a 15 pacientes con ERCT que asistieron al Hospital Víctor Lazarte Echeagaray para realizarse su tratamiento de hemodiálisis y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se obtuvo un valor un valor de 0,84 de confiabilidad, luego de las modificaciones que hicieron las autoras de la presente investigación a la versión original (anexo 3) (48)

2.2.4. Análisis estadístico de datos

La información recolectada a través de los instrumentos descritos fue ingresada y procesada en el programa estadístico IBM SPSS STATISTICS Versión 23. Los resultados se presentaron en tablas de una y doble entrada, de forma numérica y porcentual. Para determinar si existe relación entre variables se aplicó la prueba de independencia de criterios “Chi - cuadrado”; considerando que existe evidencia suficiente de significación estadística si la probabilidad de equivocarse es menor o igual al 5 por ciento ($p \leq 0.05$).

1.2.5. Consideraciones éticas:

En la presente investigación, la información recolectada fue confidencial y no se usó para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Los cuestionarios fueron anónimos, llevando solo un registro de los participantes sin la necesidad de identificar con su nombre dentro de la encuesta. Se consideraron los siguientes principios éticos:

- El Respeto a las personas es uno de los aspectos éticos, que exige que quienes tienen la capacidad de considerar sus

decisiones se les debe tratar con el debido respeto por su capacidad de autodeterminación.

- La búsqueda del bien (Beneficencia), es decir el beneficio de la investigación debe ser mayor que los riesgos y daños que se deriven del desarrollo de la misma.
- La justicia es la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que es moralmente correcto y apropiado.
- La voluntariedad de la persona se considera absolutamente esencial en el desarrollo de una investigación por ello el sujeto de estudio debe dar su consentimiento, lo que ahora lo denominamos como el “consentimiento informado”. Es decir la persona tiene pleno conocimiento tanto de los riesgos como de los beneficios que implica la realización de la investigación (anexo 6).

III. RESULTADOS

TABLA N° 01

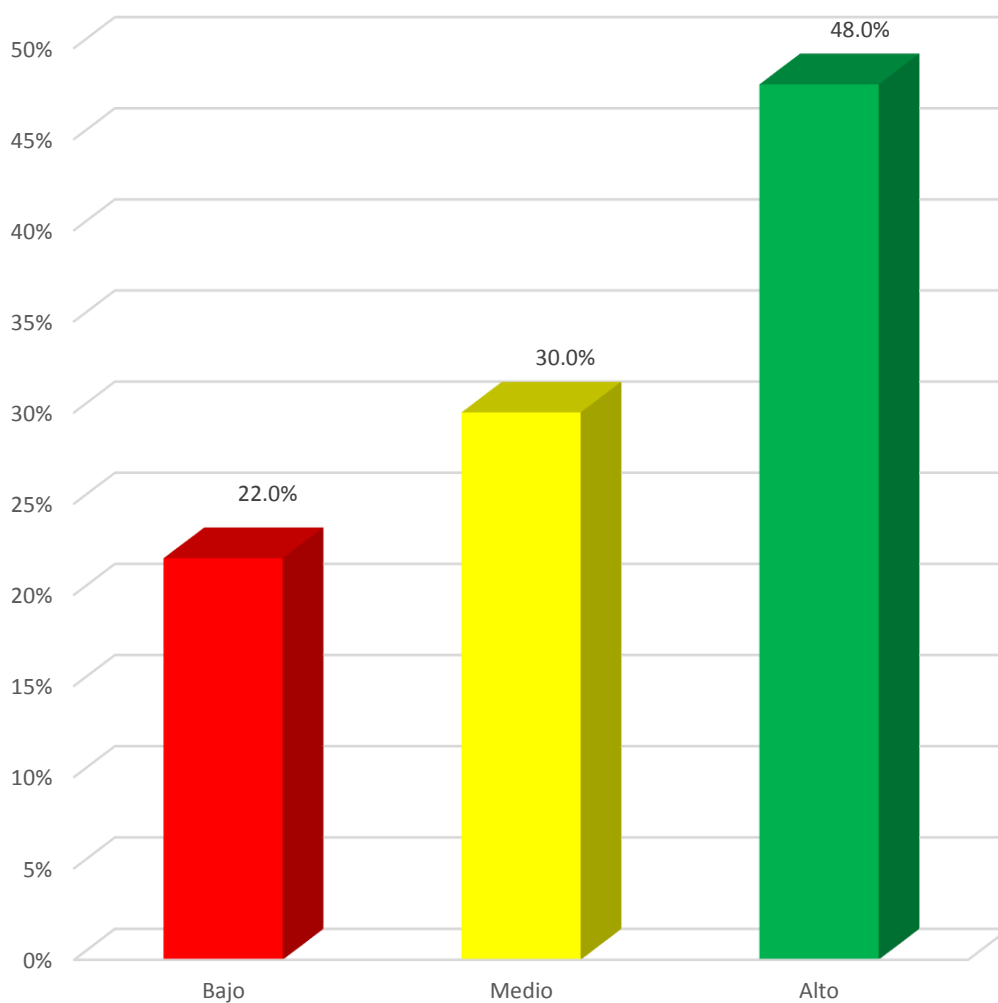
**APOYO FAMILIAR EN LOS PACIENTES HEMODIALIZADOS DE LA
CLÍNICA MÉDICA NEFROLÓGICA, 2017**

APOYO FAMILIAR	N°	%
Bajo	22	22
Medio	30	30
Alto	48	48
TOTAL	100	100

Fuente: aplicación del instrumento N° 1

GRAFICO N°1

APOYO FAMILIAR EN LOS PACIENTES HEMODIALIZADOS DE LA CLÍNICA MÉDICA NEFROLÓGICA, 2017



Fuente: Tabla N° 1

TABLA N° 02

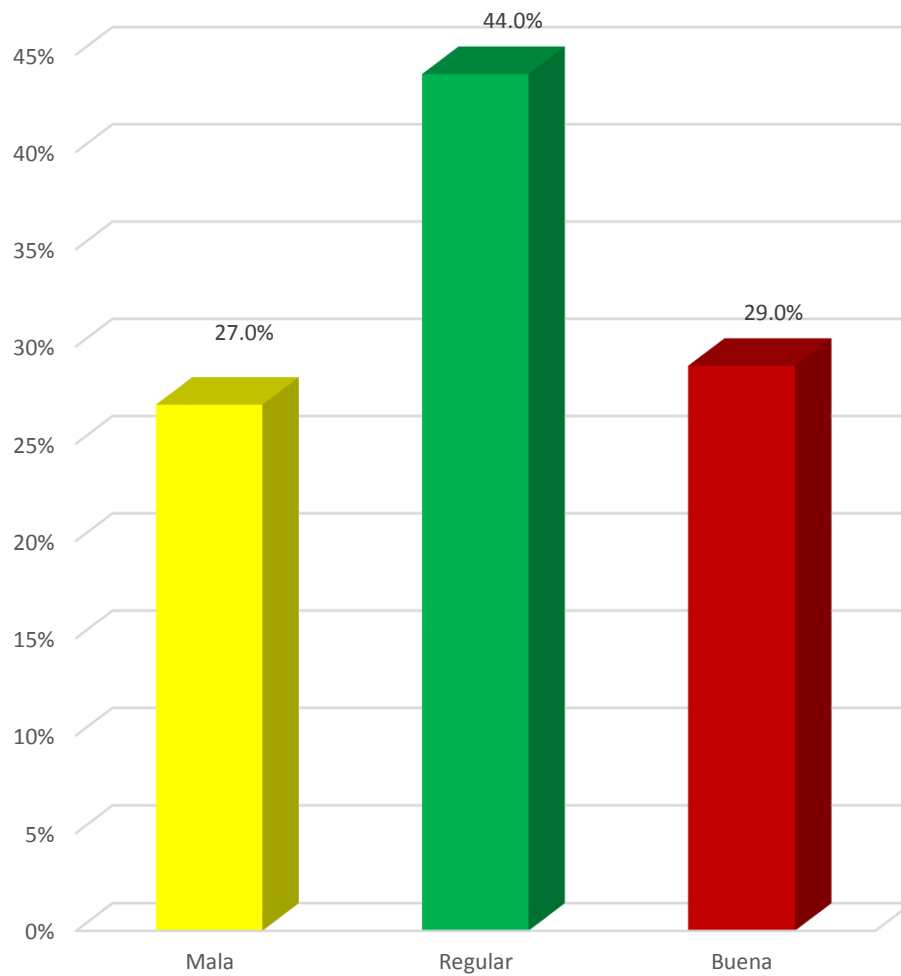
**CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES HEMODIALIZADOS DE LA
CLÍNICA MÉDICA NEFROLÓGICA, 2017**

CALIDAD DE VIDA	N°	%
Mala	27	27
Regular	44	44
Buena	29	29
TOTAL	100	100

Fuente: Aplicación del instrumento N° 2

GRÁFICO Nº 2

CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES HEMODIALIZADOS DE LA CLÍNICA MÉDICA NEFROLÓGICA, 2017



Fuente: Tabla Nº2

TABLA N° 03

**APOYO FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES
HEMODIALIZADOS DE LA CLÍNICA MÉDICA NEFROLÓGICA, 2017**

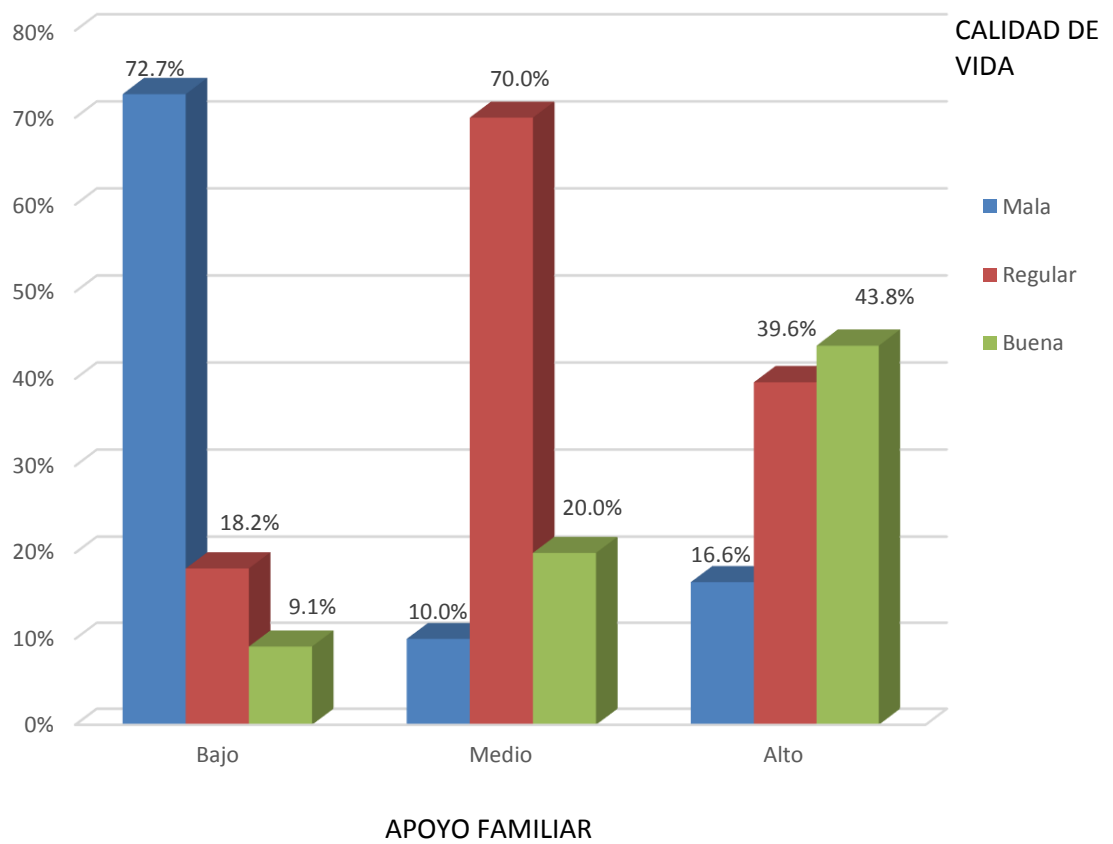
CALIDAD DE VIDA	APOYO FAMILIAR						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Mala	16	72.7	3	10.0	8	16.6	27	27.0
Regular	4	18.2	21	70.0	19	39.6	44	44.0
Buena	2	9.1	6	20.0	21	43.8	29	29.0
TOTAL	22	100.0	30	100.0	48	100.0	100	100.0

Grados de libertad: 4 α : 0.05 Chi cuadrado de Pearson: 37.748 -p: 0.000

Fuente: Correlación de datos según instrumentos 1 y 2

GRAFICO Nº 3

APOYO FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES HEMODIALIZADOS DE LA CLÍNICA MÉDICA NEFROLÓGICA, 2017



Fuente: Tabla Nº 3

IV. DISCUSIÓN

El presente estudio de investigación fue realizado con el propósito de determinar la relación entre el apoyo familiar y la calidad de vida en pacientes hemodializados en la Clínica Médica Nefrológica, 2017.

En la tabla N°01, los resultados muestran que el 48% de los pacientes presentan apoyo familiar alto, el 30% apoyo familiar regular y el 22% apoyo familiar bajo.

Dichos resultados se aproximan a los reportados por Barragán (2015), al estudiar: “El apoyo familiar a los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis”, donde sus resultados mostraron que el 38% de pacientes manifestaron que a veces cuentan con suficiente apoyo familiar, el 33% señala que siempre, 25% casi siempre y 4% nunca cuentan con apoyo familiar (56).

Así mismo, García (2015), en su estudio: “El soporte socio familiar del paciente con enfermedad renal crónica”, reportó que la presencia efectiva y afectiva de la familia aparece en el 61% de las opiniones del paciente (57).

Por otro lado Meza, en Trujillo-Perú en el 2012, investigó sobre: “Nivel de apoyo familiar y factores biosocioculturales en pacientes con

enfermedad renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis”, encontró que el 64% de pacientes tuvo nivel alto de apoyo familiar (60).

A diferencia de los valores bajos encontrados en la presente investigación, para el nivel de apoyo familiar, otros estudios reportaron porcentajes altos, como el de Fernández (2014), quien estudio: “Apoyo familiar y afrontamiento según percepción de pacientes con hemodiálisis”, reporto que el 70% de pacientes presentó alto grado de apoyo familiar. De la misma manera, López, et al. (2008), en su estudio sobre “Apoyo familiar al paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis”, encontraron que más del 80% de pacientes, respondieron sentirse apoyados por su cónyuge, sus hijos y otras personas significativas (hermanos, primos, etc.) que conforman su ámbito familiar (58,21).

De acuerdo a los resultados expuestos, el mayor porcentaje de pacientes (48%) presentan apoyo familiar alto, sin embargo este no es un valor suficientemente significativo que nos permita aprobar las condiciones en las que los pacientes afrontan actualmente la enfermedad; consideramos que el 100% de los pacientes deberían contar con el apoyo de sus familias para adaptarse adecuadamente a los cambios que se suscitan y poder adherirse al tratamiento. Se evidencia también, que el 30% presenta apoyo familiar regular, lo que podría ser resultado de un evidente conflicto familiar ocasionado por los nuevos roles que han de asumirse al tener un miembro de la familia enfermo. Y finalmente el 22%

presenta apoyo familiar bajo, lo que estaría indicando que el paciente no cuenta con familiares capaces de brindarle el apoyo que necesita, quizás por falta de tiempo o por indiferencia.

Al comparar los resultados de García con los encontrados en la presente investigación, la realidad valorada es desfavorable, porque solo el 48% de los pacientes presentaron apoyo familiar de nivel alto frente al 61% reportado por el autor antes mencionado. Esto podría estar indicando que el paciente carece de la presencia de miembros de su familia más cercana, quizás viva solo, haya sido abandonado por su nueva condición de salud, sea viudo o simplemente porque su familia es indiferente con él o con ella.

Por lo tanto, se considera que el apoyo más valioso que reciben los pacientes en hemodiálisis es del familiar. La familia como fuente principal de apoyo emocional es fundamental en la adherencia al tratamiento de hemodiálisis, puesto que impulsan la creación de ambientes afectivos seguros, que refuerzan los lazos de amor, cuidado y comunicación que ayudan a los pacientes con ERCT a sobrellevar la enfermedad (53,63).

Los resultados encontrados en la presente investigación, conjuntamente analizados con los estudios antes descritos, hacen referencia a valores, en su mayoría, de nivel alto de apoyo familiar en la población de estudio, esto puede deberse a que el paciente que ingresa a

la Clínica Médica Nefrológica a recibir tratamiento de hemodiálisis, tiene una adecuada preparación previa al tratamiento, que involucra necesariamente a su familia. Tal es así, que hacer partícipe a la familia desde el inicio es muy positivo, puesto que el paciente sentirá el apoyo en una situación que afronta en soledad, que no solo afectará a la hora del tratamiento, sino que en su domicilio continuará con la instauración de cuidados, como en su dieta adecuada, medicación correcta y estabilidad emocional (21).

Por consiguiente, para la presente investigación, los resultados demuestran que los pacientes de la Clínica Médica Nefrológica, están provistos emocionalmente, de herramientas que le permiten afrontar eficientemente problemas que la nueva situación de salud les impone vivir, gracias al apoyo que reciben de su familia. Estos resultados incrementarán el conocimiento referente a un importante factor psicosocial como lo es el “apoyo familiar”, lo cual nos permitirá direccionar las actividades educativas para el cuidado del paciente hemodializado, considerando como parte fundamental en el éxito del mismo a su familia y que tendrá como fin último mejorar su calidad de vida.

En la tabla N°02, se puede apreciar que el 44% de los pacientes presentó calidad de vida regular, el 29% calidad de vida buena y el 27% calidad de vida mala.

Algunas investigaciones que se asemejan a los resultados encontrados son: Delgado (2014), en su estudio sobre “Calidad de vida en paciente hemodializado”, encontró que los pacientes en tratamiento de hemodiálisis alcanzaron un 49% para el nivel medio de calidad de vida, seguido del 40% para el nivel alto y el 11% para el nivel bajo de calidad de vida. Así también, Orbegoso (2012), en su investigación sobre la “Relación entre el nivel de calidad de vida y adaptación en pacientes en tratamiento de hemodiálisis”, encontró que para ambos grupos, en más del 50% el nivel de calidad de vida es regular (42,48).

Los estudios antes mencionados tienen algunas particularidades que quizá hace que sus resultados sean tan similares a los encontrados en la presente investigación, ambos investigadores, Delgado y Orbegoso, tuvieron como sujetos de investigación a pacientes con ERCT que reciben tratamiento de hemodiálisis en la localidad de Trujillo, como escenario de investigación un hospital y una clínica privada de la misma localidad, y se aplicó el instrumento de valoración de calidad de vida elaborado por Orbegoso. Por consiguiente, se reafirma la validez de los resultados encontrados.

Otra investigación es la de Liñán (2015), en su estudio: “Factores socio demográficos y calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis”, reportó que el 37% de pacientes presentó calidad de vida regular, el 40% buena y el 23% deficiente. Así mismo, Saavedra (2010), en su estudio:

“Características personales y calidad de vida del paciente con ERCT en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis”, encontró que el 47% de pacientes presentaron calidad de vida media y el 53% calidad de vida óptima. Estos estudios demuestran que si bien la mayoría de pacientes tiene una calidad de vida buena u óptima, los porcentajes de nivel regular son destacados y se aproximan mucho a los resultados encontrados en la presente investigación (40,64).

Otras investigaciones que destacan por su especificidad en la valoración de las dimensiones de la calidad de vida son: Pérez (2013), en su estudio: “Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis”, encontró que la calidad de vida en el 41% de pacientes es baja, el 31% alta y el 28% medio; siendo la dimensión física con el 48% la más afectada, el 42% en la dimensión social y la menos afectada la psicológica (19%).

De la misma manera, investigaciones como las de: Jiménez (2013), sobre “Calidad de vida en pacientes con tratamiento de Hemodiálisis” reportó que las dimensiones de la calidad de vida más afectadas son: función física y nivel de independencia (53%); Arruda, et al. (2016), en su estudio: “Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis”, evidenció que el dominio más afectado de la calidad de vida fue el físico (59%) y el mejor conservado el social (73%). Pabón, et

al. (2015), en su estudio: “Calidad de vida del adulto con insuficiencia renal crónica” y Sánchez (2014), sobre “Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis”, coinciden en encontrar que el componente o dimensión física de la calidad de vida es el más afectado (39, 38, 41,44).

Según los resultados de la presente y las investigaciones antes descritas, podemos afirmar que la dimensión de la calidad de vida más afectada es la física, por ser directamente influenciada por la enfermedad y su tratamiento de hemodiálisis, el cual puede darse de manera inadecuada, aumentando su malestar, refiriendo síntomas y efectos adversos del mismo. La dimensión psicológica y social, tiene una variación de tendencia positiva, por la adecuada intervención del personal de salud para el buen afrontamiento de la enfermedad, y una actitud positiva de parte del paciente hemodializado.

Un porcentaje significativo (44%) del total de pacientes, obtuvieron calidad de vida regular; posiblemente debido a que el paciente no lleva a cabo en forma óptima los cuidados físicos y psicológicos que favorecen su calidad de vida, sin embargo, es entendible que la mayoría de pacientes tienen una calidad de vida regular ya que su organismo sufre alteraciones anatomofisiológicas y psicológicas, que deterioran progresivamente su estado de salud.

También se evidencia que el 29% presentó calidad de vida buena, siendo este porcentaje muy importante pero poco satisfactorio, porque demuestra que solo algunos pacientes van tomando conciencia sobre la importancia de practicar estilos de vida saludables, aceptando su enfermedad y mejorando de esta manera su calidad de vida. Para el 27% de pacientes que presenta calidad de vida baja; esto se debe probablemente a que el paciente por su mismo estado de salud experimenta un fuerte impacto emocional, físico y social, presentando falta de interés y negación sobre la práctica de los cuidados y su tratamiento, influyendo negativamente en el mantenimiento de su calidad de vida.

En conclusión, consideramos que es inevitable que la calidad de vida de los pacientes hemodializados se vea afectada, porque está sujeto a las alteraciones propias del tratamiento sustitutivo renal y sus complicaciones. Encontrar que el 44% de los pacientes presentan calidad de vida regular pone en alerta a los profesionales de la salud, para planificar intervenciones con el fin de evitar que la calidad de vida disminuya y por el contrario mejore, fomentando el bienestar general del paciente.

En la tabla N° 03, se presenta la relación entre el apoyo familiar y la calidad de vida en pacientes hemodializados en la Clínica Médica Nefrológica, 2017. De los resultados destacados se evidencia que el 72.7% de los pacientes presentan un apoyo familiar bajo y calidad de vida

mala; el 70% presentan un apoyo familiar medio y calidad de vida regular; y el 43.8% de pacientes presentan un apoyo familiar alto y calidad de vida buena. Al aplicar la prueba estadísticas Chi², se tuvo como resultado que existe relación significativa entre las variables (-p=0.000).

Los resultados de Cortez y Mantilla (2012) sobre apoyo familiar y calidad de vida de pacientes que reciben hemodiálisis se aproximan en relación al apoyo familiar con 49.4% alto y calidad de vida alta; 26.6% apoyo familiar alto y calidad de vida media; 11.4% apoyo familiar moderado y calidad de vida media (59).

Sin embargo, la investigación hecha por Pupiales (2012), en su estudio: "Relación de los factores psicosociales con la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, reportó que el apoyo familiar percibido por el paciente fue alto en el 56%, poco en el 37% y no les interesa al 7%; para la percepción de la calidad de vida, el 57% la percibe como regular, 23% como buena y 20% pésima (47).

Los resultados presentados, son claramente comprensibles y justifican que existe una relación significativa entre el apoyo familiar y la calidad de vida en el paciente hemodializado, donde el mayor porcentaje (72.7%) de pacientes muestra tener un apoyo familiar bajo y por lo tanto calidad de vida mala. Se considera que el apoyo familiar es trascendental

para que el paciente con ERCT en tratamiento de hemodiálisis pueda adaptarse a su nueva condición de vida, y como lo hemos analizado en la tabla 1, el apoyo familiar alto tiene un bajo porcentaje en los pacientes (48%), condición que podría estar influyendo negativamente para que el paciente valore su calidad de vida como mala.

El 70% de los pacientes en los que se les valoró con un apoyo familiar de nivel medio, su correspondiente calidad de vida es de nivel regular. Este porcentaje no difiere de forma significativa con la valoración hecha en el párrafo anterior donde predomina un deficiente apoyo de parte de la familia para con el paciente, este puede ser consecuencia de la alteración de roles, familias disfuncionales, inadecuada información y capacitación para el cuidado del paciente, etc. Sin embargo, la calidad de vida valorada como regular, puede ser independiente de factores externos como el apoyo familiar, puesto que el paciente tendrá modificaciones significativas en sus estilos de vida, como vivir dependiente de recibir un tratamiento de hemodiálisis, situación que puede crear insatisfacciones que afectará a la larga su calidad de vida.

Por último, el 43.8% de pacientes hemodializados presentan apoyo familiar alto y calidad de vida buena, este resultado al ser menor del 50% resulta desconcertante porque da una percepción de la labor que realizan los profesionales de la salud. Se debe priorizar involucrar a la familia en el cuidado del paciente, para garantizar la efectividad del tratamiento,

porque los cuidados no se limitan solo a recibir el tratamiento de hemodiálisis, también se continúan en casa y deben ser realizados correctamente para garantizar la buena calidad de vida que se espera tengan el 100% de los pacientes, pese a que vivirán el resto de sus vidas dependientes de un tratamiento y con la ansiedad de cuidar cada aspecto que influya en su bienestar general, como por ejemplo, la adecuada alimentación, ingesta de líquidos, control de la presión arterial, tratamientos indicados, etc.

De los resultados encontrados en la presente investigación y comparados con las investigaciones consultadas, se puede concluir, que si bien el apoyo familiar es un factor vital que contribuye a que el paciente en hemodiálisis tenga una mejor calidad de vida, esta no es determinante. La calidad de vida es resultado de una valoración de tres dimensiones, las cuales también son independientes las unas de las otras, de las cuales la de mayor influencia es la dimensión física. Por lo tanto, podemos encontrar casos en que el apoyo familiar es alto pero la calidad de vida puede ser de nivel regular o hasta baja.

V. CONCLUSIONES

1. El 48% de los pacientes hemodializados presentaron nivel de apoyo familiar alto, 30% nivel de apoyo familiar regular y el 22% nivel de apoyo familiar bajo.
2. El 44% de los pacientes hemodializados presentaron nivel de calidad de vida regular, el 29% nivel de calidad de vida buena y el 27% nivel de calidad de vida mala.
3. Existe relación significativa entre el nivel de apoyo familiar y el nivel de calidad de vida del paciente hemodializado en la Clínica Médica Nefrológica.

VI. RECOMENDACIONES

De las conclusiones obtenidas se plantearon las siguientes recomendaciones:

1. La institución debe de fomentar actividades de integración familiar de los pacientes, bajo la supervisión del personal especializado como enfermeras y psicólogos a fin de mejorar los lazos de unión y apoyo emocional entre sus miembros.
2. El profesional de enfermería debe planificar y coordinar visitas domiciliarias a los pacientes hemodializados, a fin de supervisar las actividades de autocuidado.
3. Realizar investigación cualitativa, con los familiares de los pacientes hemodializados para identificar las razones por las que el paciente refiere no sentirse apoyado.
4. Planificar intervenciones con la familia a fin de mejorar la calidad de vida del paciente hemodializado de la Clínica Médica Nefrológica.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almaguer M, Herrera R, Pérez, J. Epidemia global de enfermedades vasculares crónica: un nuevo paradigma y desafío. Rev Haban cienc med. 2007: 6(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000300007 (consulta: 13 de ene. de 2017)
2. Organización Panamericana de Salud: OPS. La OPS/OMS y La Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento. 2015. Disponible desde: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es (consulta: 13 de enero del 2017).
3. Martínez M, Miotti M, Pérez M. Guías Prácticas de Actuación de Enfermería en Salud Renal, Una orientación para su desarrollo, implementación y evaluación. Programa de Salud Renal con el Fondo Nacional de Recursos, Uruguay. 2011. Disponible en: http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/publicaciones/FNR_guia_enfermeria_salud_renal.pdf (consulta: 13 de enero del 2017).

4. Ministerio de Salud: MINSA. Diabéticos e hipertensos pueden padecer de una enfermedad renal. Revista Archivo de noticias en Sala de Prensa. 2015. Disponible desde:
<http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16193> (consulta: 13 de en. de 2017).
5. Rashad S, Barsoum, M. Chronic Kidney Disease in the Developing World. N Engl J Med 2006, 354:p.997. Citado en: Ministerio de Salud: MINSA (2014). La Enfermedad Renal Crónica en el Perú: Epidemiología e Impacto de la Salud Pública. Boletín Epidemiológico. Lima, del 12 al 18 de enero del 2014, V. 23- Semana Epidemiológica N° 03. Versión impresa: 1563-2709 ISSN versión electrónica: 1816-8655. Disponible en:
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2014/03.pdf>
<http://www.dge.gob.pe/boletin.php> (consulta: 16 de diciembre del 2016)
6. Sociedad Iberoamericana de Información Científica. Análisis de la situación de la enfermedad renal crónica en el Perú. 2011; 18 (04). Editado por Publicaciones de investigaciones Científicas, Perú.
7. Cusumano A. Enfermedad Renal Crónica: necesidad de implementar programas para su detección precoz y prevención de su progresión. Revista de nefrología, diálisis y trasplante 2007: 27(03): 113- 118.

8. Fundación renal Iñigo Álvarez de Toledo: FRIAT. Incidencia de la enfermedad renal. Madrid. 2013. Disponible desde:
<https://www.friat.es/la-enfermedad-renal/insuficiencia-renal-cronica/incidencia-de-la-enfermedad/> (consulta: 13 de enero del 2017).
9. Sociedad española de nefrología: SEN. Informe 2006 de diálisis y trasplante renal en España. Nefrología. 2009; 29(6): 525-533.
10. Subdirección general de calidad y cohesión: SGCC. Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica dentro de la estrategia de abordaje a la cronicidad en el SNS. España. 2015. Disponible desde:
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Enfermedad_Renal_Cronica_2015.pdf (consulta: 13 de enero del 2017).
11. Ávila M, Conchillos G, Rojas I, Ordoñez, R. Enfermedad renal crónica: causa y prevalencia en la población del Hospital General La Perla. Med Int Mex 2013; 29:473-478
12. Gamarra G. Epidemiología de la insuficiencia renal crónica. Acta med colomb, 2013; 38(03). Disponible desde:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482013000300005 (Consulta: 10 de enero del 2017).
13. Flores J. Enfermedad renal crónica: epidemiología y factores de riesgo. Chile, Rev. Med. Clin. Condes; 2010: 21(4): 502-507.

14. Dirección general de epidemiología. Análisis de la situación de la enfermedad renal crónica en el Perú. 2016. Disponible desde:
[http://www.spn.pe/archivos/ANALISIS%20DE%20LA%20SITUACION%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20EN%20%20EL%20PERU%20\(1\).pdf](http://www.spn.pe/archivos/ANALISIS%20DE%20LA%20SITUACION%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20EN%20%20EL%20PERU%20(1).pdf)(consulta: 14 de enero del 2017)
15. Cruz M, Andrade C, Urrutia M, Draibe S, Nogueira L, De Castro R. Quality of life in patients with chronic kidney disease. *Clinics* 2011; 66(6):991-995.
16. Urzúa A, Pavlov R, Cortés R, Pino V. Factores Psicosociales Relacionados con la Calidad de Vida en Salud en Pacientes Hemodializados. *Ter Psicol*; 2011; 29(1):135-40.
17. Cattai C., Rocha F., Nardo J., Pimentel G. Calidad de Vida en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica – SF- 36. *Cienc. Cuid. Saúde;(supl.2)* 2007: 460- 67.
18. Higa K, Kost, Soares D, Morais M, Polins B. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. *Acta Paul. Enferm*, 21(especial), 2008: 203-206.
19. Birmelé B, Le Gall A, Sautenet B, Aguerre C, Camus V. Clinical, Sociodemographic, and Psychological Correlates of Health-Related Quality of Life in Chronic Hemodialysis Patients. *Psychosomatics* 2012; 53(1):30-37.

20. Hernando, L. Nefrología Clínica. 3 ed. España: Editorial medica panamericana. España. 2009.
21. López J, Herrero I. Apoyo familiar al paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis. 2008. Disponible desde: http://www.revistaseden.org/files/2118_3.pdf (consulta: 13 de enero del 2017).
22. Fauci A, Hauser L, Jameson J, Kasper D, Longo D. Loscalzo J. Harrison Principios de medicina interna. 4 ed. E.E.U.U: Editorial Mc Graw Hill 2012.
23. National Kidney Foundation. K/DOQI. Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification, 2002.
24. Daugirdas, J. Manual de diálisis. 2 ed. España: Editorial Masson 2003.
25. Ministerio de Salud: MINSA. La Enfermedad Renal Crónica en el Perú: Epidemiología e Impacto de la Salud Pública. Boletín Epidemiológico. Lima, del 12 al 18 de enero del 2014, V. 23-Semana Epidemiológica N° 03. Versión impresa: 1563-2709 ISSN versión electrónica: 1816-8655. 2014. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2014/03.pdf><http://www.dge.gob.pe/boletin.php> (consulta: 16 de diciembre del 2016)
26. Lawrence, M. Diagnostico clínico y tratamiento. 3 ed. Colombia: Editorial El manual moderno 2004.

27. Cheever K, Smeltzer S, Bare B, Hinkle J. Brunner y Sudarth Enfermeria Medico quirurgica. España: Lippincolt Willians y Wilkins 2013.
28. Alarcón M, Ramírez M, García M. Nivel de Adaptación: Rol e Interdependencia. Enferm Inst Mex Seguro Soc 2008: 16(3): 145-153.
29. Giusti, L. Calidad de Vida, Estrés y Bienestar. Puerto Rico. Psicoeducativa.1991.
30. Maturana, H. Bioética: la calidad de vida en el siglo XXI. 2 ed. Colombia: El Bosque. 2000
31. Shumaker S, Naughton M. The international assessment of health related quality of life: a theoretical perspective 1995. En Shumaker S, Berzon R, Eds. The International Assessment of Health related quality of life. Theory, Translation, Measurement and Analysis. New York: Rapid Communication p; 3-10.
32. Fernández, S. Analizando la Calidad de Vida. España: IMSERSO, 1999.
33. Organización Mundial de la Salud: OMS. Foro Mundial de la Salud. Ginebra; 1996.
34. Schwartzmanm L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Cienc enferm 2003: 9 (2): 09-21.
35. Moreno, J. y Ximénez, G. Manual de evaluación en Psicología clínica y de la salud, Madrid: Siglo XXI. 1996.

36. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. 7 ed. España: Editorial ELSEVIER SCIENCE 2011.
37. Diener E, Oishi S y Lucas RE. Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. Annual Review of Psychology, 2003: 54: 403-425.
38. Arruda G, Gomes M, de Medeiros S, de Oliveira R, Cossi M. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Enfermería Global 2016: 15(03): 59-72.
39. Pabón Y, Saray K, Rodríguez D, Medina C. Calidad de vida del adulto con insuficiencia renal crónica, una mirada bibliográfica. Revista Duazary. 2015: 12(02): 157- 163.
40. Liñán L. Factores biosociodemográficos y calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis en clínica de Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo, 2015.
41. Sánchez J. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Tesis de Licenciatura. Piura- Perú: Universidad Privada Antenor Orrego 2014.
42. Delgado M. Calidad de vida en paciente hemodializado del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray. Universidad Nacional de Trujillo, 2014.
43. Herrera A. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica de una institución de hemodiálisis de Cartagena. Colombia: Universidad de Cartagena 2013. Biblioteca digital. Disponible en:

<http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/2664>(consulta: 8 de mayo del 2017).

44. Jiménez L. Calidad de Vida en Pacientes con tratamiento de Hemodiálisis. México: Universidad Autónoma de Queretaro 2013.
45. Pérez R. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis. Lima- Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2013. Disponible en:
<http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/handle/123456789/5010>(consulta: 12 de mayo del 2017).
46. Sáenz B, Aguirre R. Calidad de vida y estilos de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal bajo tratamiento con hemodiálisis. Revista de investigación en ciencias de la salud de la Universidad de Veracruzana, 2013; 8(1): 15- 22.
47. Pupiales A. Relación de los factores psicosociales con la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis regular, atendidos en el área de medicina interna del hospital provincial docente Ambato, en el periodo comprendido entre enero y marzo del 2012. Ecuador: Universidad técnica de Ambato. Disponible en:
<http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/3015>(consulta: 5 de abril del 2017).

48. Orbegoso A. Relación entre el Nivel de Calidad de Vida y Adaptación en Pacientes en Tratamiento de Hemodiálisis. Trujillo- Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote 2012.
49. Oviedo S. La muerte y el duelo. *Enferm. Glob.* 15. 2009. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100015 (consulta: 2 de febrero del 2017).
50. Oliva E, Vera J. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia. *Justicia Juris*, ISSN 1692-8571, 2014: 10(1):11-20
51. Louro I. Manual para la intervención en la salud familiar. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas. 2002.
52. Arés P. Psicología de la Familia. Quito: Facultad de Psicología, 2002.
53. Bohrquez E. Memorias de interacción familiar. 1 ed. Bogotá, Colombia: Producciones editoriales 2005.
54. Ríos G. El sistema familiar afectado por la enfermedad y la deficiencia física: Orientación y terapia familiar en familias afectadas por enfermedades o deficiencias. Madrid: Fundación Mapfre Medicina, 1994.
55. Smeltzer, S, Bare, B. Enfermería Médico Quirúrgico. 10 ed. México. Mc Graw Hill Interamerica Editores, SA 2005.
56. Barragán T. El apoyo familiar a los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis del centro "Contigo

da vida". Ecuador: Universidad técnica de Ambato 2015.

Disponible en:

<http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/9908> (consulta: 5 de abril del 2017).

57. García, J. El soporte socio familiar del paciente con enfermedad renal crónica. ALMA MÁTER; 2015: 2(3):203-214.
58. Fernández E. Apoyo familiar y afrontamiento según percepción de pacientes con hemodiálisis de la Clínica Internacional del Riñón-Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo 2014.
59. Cortez R, Mantilla J. Apoyo familiar y calidad de vida de pacientes que reciben hemodiálisis. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Universidad Nacional de Trujillo, 2012.
60. Meza M. Nivel de apoyo familiar y factores biosocioculturales en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis, 2012.
61. Hernández R, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Editorial McGraw Hill Interamericana 2006.
62. Fawcett J, Wall A. Family Theory Development in Nursing. F.A. Company. Philadelphia; 1993, p. 46-48 Dias.
63. Leitón Z. Adaptación a los cambios biopsicosociales del adulto mayor y su relación con independencia, participación social y apoyo familiar. Universidad nacional de Trujillo 1997.

64. Saavedra M. Características personales y calidad de vida del paciente con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis del Instituto del Riñón. Universidad Nacional de Trujillo, 2010.

ANEXOS



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEÑOR ORREGO

Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Enfermería

ANEXO 1

ESCALA DE VALORACION DEL APOYO FAMILIAR

Elaborado por Leiton (1997)

DATOS GENERALES:

1. Edad:
2. Sexo: masculino () femenino ()
3. Estado civil: soltero () conviviente () casado () viudo ()
divorciada () separado ()
4. Número de hijos:
5. Profesión u ocupación:.....

INSTRUCCIONES

A continuación se presenta una serie de ítems, marca dentro del recuadro según cómo te identifiques con las respuesta. Se agradece de antemano su colaboración.

S = Siempre

A = A veces

N= Nunca

	S	A	N
APOYO AFECTIVO	3	2	1
1. Recibes cariños, abrazos, de tus familiares.	3	2	1
2. Hay ocasiones en las que desearía dejar mi casa	1	2	3
3. Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de realizar mis actividades	3	2	1
4. Tus familiares te escuchan cuando tú tienes algún problema, preocupación o necesitas algo.	3	2	1

5. Te sientes comprendido por tus familiares.	3	2	1
6. Consideras que entre tú y tus familiares existe la confianza suficiente como para guardar un secreto.	3	2	1
APOYO A LA ESTIMA			
7. Recibes respeto y consideración por parte de tus familiares.	3	2	1
8. Tus familiares te toman en cuenta para tomar decisiones.	3	2	1
APOYO INSTRUMENTAL			
9. Tus familiares te dan o facilitan información, noticias, consejos u orientación que a ti te interesa.	3	2	1
10. ¿Recibes de tus familiares algún apoyo económico necesario para suplir tus necesidades básicas? Medicamentos, ropa, alimentos, vivienda u otros.	3	2	1



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Enfermería

ANEXO 2

CUESTIONARIO PARA LA VALORACIÓN DEL NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

Elaborado por Orbegoso (2012)

Modificado por Ramírez y Torres (2017)

INSTRUCCIONES: el presente cuestionario de carácter confidencial y anónimo, ha sido elaborado para conocer la calidad de vida del paciente en tratamiento de diálisis; se solicita a usted que responda a la afirmación planteada con: si, a veces o no, de acuerdo a su consideración.

DIMENSIONES	SI	AV	NO
Física			
1. Su estado de salud limita su actividad laboral	1	2	3
2. Su estado de salud limita sus actividades personales de auto cuidado	1	2	3
3. Se cansa rápido al realizar sus actividades diarias	1	2	3
4. Su tratamiento a disminuido el tiempo para otras actividades	1	2	3
5. Ha sentido malestar durante su tratamiento	1	2	3
6. Tiene problemas para conciliar el sueño	1	2	3
7. Tiene falta de apetito pues la comida le da asco	1	2	3
Psicológica			
8. Siente que vale menos por su enfermedad	1	2	3
9. Siente haber perdido energías	1	2	3
10. Se siente triste	1	2	3
11. Siente que su salud empeora cada día	1	2	3

12. Cree que su enfermedad es un castigo de Dios	1	2	3
13. Cuando se mira al espejo se ve feo y no se gusta así mismo	1	2	3
14. Sus metas y proyectos que solía tener ahora son limitados	1	2	3
Social			
15. Se siente dependiente de otras personas	1	2	3
16. Siente que sus amistades lo discriminan por su estado de salud	1	2	3
17. Siente que tiene desventajas en comparación con los demás	1	2	3
18. sus reuniones sociales con su familia ha disminuido	1	2	3
19. Cada día disminuye mas su participación en reuniones con amigos	1	2	3
20. Sus opiniones dentro de las decisiones familiares son tomadas en cuenta	1	2	3
21. Siente ser una carga para su familia	1	2	3



ANEXO 3

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Enfermería

PRUEBA DE CONFIABILIDAD

1. DATOS DEL INSTRUMENTO:

A) Nombre del instrumento:

Cuestionario para la valoración del nivel de calidad de vida en pacientes en tratamiento de diálisis.

B) Autor:

Elaborado por Ms. Anna Jarvis, Orbegoso Paredes de Palacios

2. CONCLUSIONES:

El instrumento está apto para su aplicación debido a que alcanzó un valor Alpha de Cronbach de 0.84.

Estadística de fiabilidad del cuestionario para la valoración del nivel de calidad de vida en pacientes en tratamiento de diálisis.

Alfa de Cronbach	N° de elementos
0,84	21



ANEXO 4

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO

Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Enfermería

CONSTANCIA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

Yo, Ms. ANNA JARVIS ORBEGOSO PAREDES DE PALACIOS, identificada con DNI: 40910305, enfermera asistencial del servicio de medicina "B" del Hospital Regional Docente de Trujillo, mediante la presente hago constar mi participación en la validación de mi propio instrumento denominado: "Cuestionario para la valoración del nivel de la calidad de vida en pacientes en tratamiento de hemodiálisis", el cual ha sido modificado por las bachilleres: Adelaida Milagritos Ramírez Ponce y Lita Deli Torres Flores, para ser aplicado en su investigación titulada: "APOYO FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES HEMODIALIZADOS EN LA CLINICA MEDICA NEFROLOGICA'

Expido la presente para los fines que los interesados crean convenientes.

Trujillo, Diciembre del 2017

Ms. ANNA JARVIS ORBEGOSO PAREDES DE
PALACIOS



ANEXO 5

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO

Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Enfermería

CONSTANCIA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

Yo, Dra. ZOILA ESPERANZA, LEITON ESPINOZA, identificada con DNI: 17933464, decana del Colegio de Enfermeras del Perú Consejo Regional II La Libertad, mediante la presente doy el consentimiento para que se utilice mi instrumento de investigación denominado: "Escala de Valoración del Apoyo Familiar", el cual será utilizado por las bachilleres: Adelaida Milagritos Ramírez Ponce y Lita Deli Torres Flores, en su investigación titulada: "APOYO FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES HEMODIALIZADOS EN LA CLINICA MEDICA NEFROLOGICA'

Expido la presente para los fines que los interesados crean convenientes.

Trujillo, Diciembre del 2017

Dra. ZOILA ESPERANZA, LEITON ESPINOZA



ANEXO 6

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEJOR ORREGO

Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....Con

DNI:..... Después de haber recibido orientación acerca del trabajo de investigación por los bachilleres: Adelaida Milagritos Ramírez Ponce y Lita Deli Torres Flores; acepto ser entrevistado (a) con el propósito de contribuir a la realización del trabajo titulado: “Apoyo familiar y calidad de vida en pacientes hemodializados de la clínica médica nefrológica, 2017”. Teniendo en cuenta que dispondré de 20 minutos para ser entrevistado (a), dejo constancia que mi participación es voluntaria.

.....

Firma



ANEXO 7

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO

Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Enfermería

CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Yo, Ms. Rosa Lelis Rebaza Vásquez, Docente de la Universidad Privada Antenor Orrego, mediante la presente hago constar mi participación como asesora del presente trabajo de investigación titulado: “APOYO FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES HEMODIALIZADOS EN LA CLINICA MEDICA NEFROLOGICA, 2017”, cuyos autores son las bachilleres en enfermería: Adelaida Milagritos Ramírez Ponce y Lita Deli Torres Flores.

Expido la presente para los fines que los interesados crean convenientes.

Trujillo, Diciembre del 2017

Ms. ROSA REBAZA VASQUEZ
DOCENTE