

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Enfermería

Segunda Especialidad Cuidado Enfermero Nefrológico y/o

Urológico con mención Diálisis



RELACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE ADULTO HEMODIALIZADO DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO. AREQUIPA, 2019

Tesis presentada por la Licenciada:

Huarsaya Mamani Vda de Malca, Araceli

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:
**Segunda Especialidad Cuidado Enfermero
Nefrológico y/o Urológico con mención
Diálisis**

Asesora: Mg. Mestas Fernández Imelda

**Arequipa- Perú
2021**

DICTAMEN DEL DICTAMEN DEL BORRADOR DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : Jurado Dictaminador
Mg. ROSEMARY ZAPANA BEGAZO
Mg. IMELDA MESTAS FERNÁNDEZ
Mg. EDY RIVAS ZEVALLOS

ASUNTO : Dictamen del Proyecto de Tesis
RELACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL
PACIENTE ADULTO HEMODIALIZADO DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS
ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO, AREQUIPA 2019

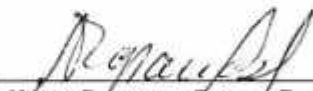
AUTORA : HUARSAYA MAMANI ARACELI

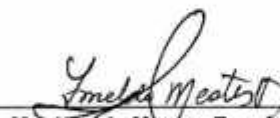
FECHA : 09 de enero del 2020.

Previo atento saludo, me dirijo a usted para informarle que el Jurado Dictaminador luego de haber revisado el Borrador de Tesis presentado por la interesada y habiendo subsanado las observaciones indicadas, dicho documento cuenta con el **DICTAMEN FAVORABLE**, pudiendo pasar a la fase de sustentación.

Salvo mejor parecer.

Atentamente.


Mgter. Rosemary Zapana Begazo
Jurado Dictaminador


Mg. Imelda Mestas Fernández
Jurado Dictaminador


Mg. Edy Rivas Zevallos
Jurador Dictaminador

PRESENTACIÓN

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA.

S.D.

De conformidad con lo establecido por la Facultad de Enfermería que Ud. tan acertadamente dirige, presento a su consideración y a la de las señoras Miembros del Jurado el presente trabajo de investigación titulado: **“RELACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE ADULTO HEMODIALIZADO DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO. AREQUIPA, 2019”**, requisito necesario para optar el Título de Segunda Especialidad de: Enfermería en Nefrología y Urología. Mención Hemodiálisis.

Espero que el presente trabajo de investigación sea de su conformidad y cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Marzo del 2020

Lic. Araceli Huarsaya Mamani Vda de Malca

Agradecimiento

A Dios, a mi madre, a mi esposo  e hijos por darme la vida y estar siempre conmigo, guiándome en mi camino.

El esfuerzo y las metas alcanzadas, refleja la dedicación, el amor que invierte en sus hijos.

*Gracias a mi madre, soy quien soy orgullosamente y con la cara muy en alto agradezco a **Ludesma Mamani Sanca** ,mi mayor inspiración, gracias a toda mi familia he concluido una meta más en este caminar que es la vida, y como no agradecer a mi amado esposo e hijos que son un soporte fundamental en el trajín de la vida.*

También a las personas que sin pensar se cruzan en tu vida y te brindan una luz de esperanza en la humanidad que a pesar de sus diferencias y dificultades están para mí, a través de sus consejos ,de su amor y paciencia me ayuda a concluir esta meta.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA	1
1.2. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	1
1.2.1. Interrogantes Básicas	2
1.2.2. Tipo y nivel de Investigación.....	2
1.3. JUSTIFICACION	3
2. MARCO TEORICO.....	5
3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	23
4. OBJETIVOS	24
5. HIPOTESIS.....	25
CAPITULO II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	26
1. TECNICA, INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACION	26
1.1. TECNICA.....	26
1.2. INSTRUMENTO.....	26
2. CAMPO DE VERIFICACION	28
2.1. UBICACIÓN ESPACIAL	28
2.2. UBICACIÓN TEMPORAL	29
2.3. UNIDADES DE ESTUDIO	29
2.3.1. Universo.....	29
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS	29
CAPITULO III. RESULTADOS.....	31
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES.....	49

REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA	50
ANEXOS	55
ANEXO N°1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	56
ANEXO N°2. CUESTIONARIO DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE ADULTO EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS	57
ANEXO N°3. CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO DE MOSS	59



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1	
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN A CARÁCTERÍSTICAS GENERALES, HOSPITAL CASE. AREQUIPA, 2019	32
TABLA 2	
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN APOYO SOCIAL. HOSPITAL CASE. AREQUIPA, 2019.....	34
TABLA 3	
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NÚMERO DE RED DE APOYO SOCIAL. HOSPITAL CASE. AREQUIPA, 2019	36
TABLA 4	
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN SU DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN Y CONTROL DE LÍQUIDOS, HOSPITAL CASE. AREQUIPA, 2019.....	37
TABLA 5	
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN SU DIMENSIÓN HIGIENE PERSONAL Y CUIDADOS DE LA PIEL. HOSPITAL CASE. AREQUIPA, 2019	38
TABLA 6	
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN SU DIMENSIÓN TRATAMIENTO Y CUIDADOS DEL ACCESO VASCULAR. HOSPITAL CASE. AREQUIPA, 2019	39
TABLA 7	
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN SU DIMENSIÓN DESCANSO, SUEÑO Y RECREACIÓN. HOSPITAL CASE. AREQUIPA, 2019.....	40
TABLA 8	
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN SU DIMENSIÓN RELACIONES INTERPERSONALES. HOSPITAL CASE. AREQUIPA, 2019.....	41

TABLA 9

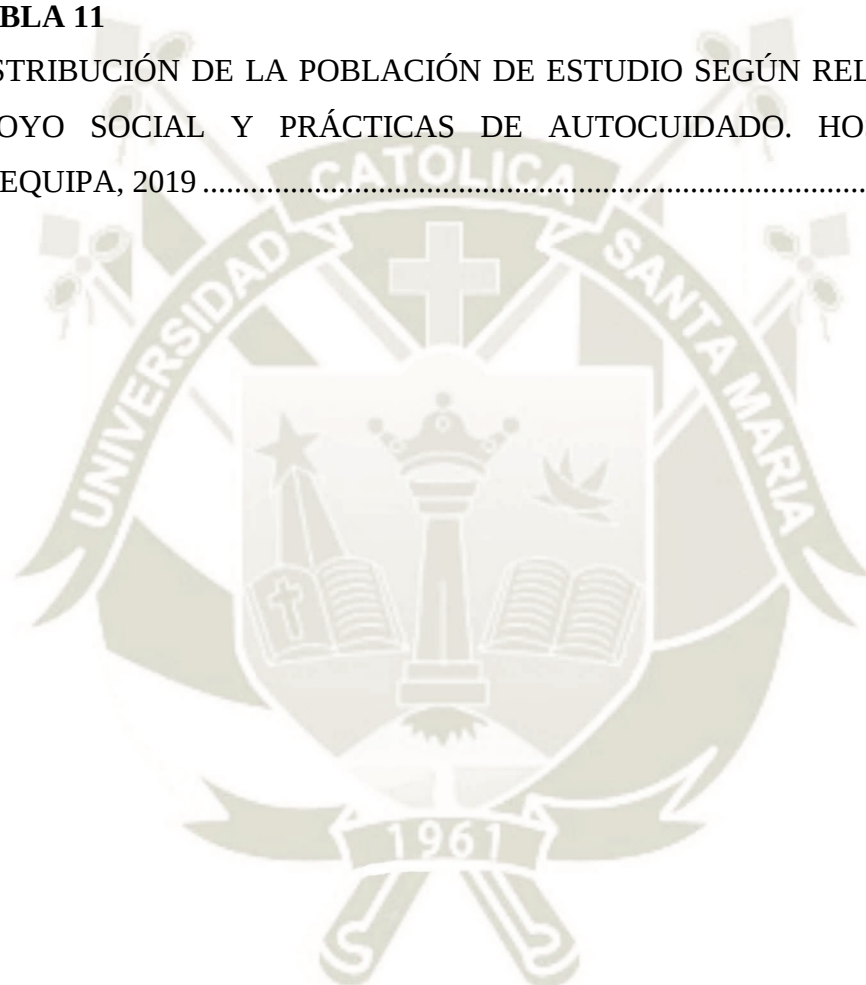
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN FRECUENCIA DE
ELIMINACIÓN FECAL. HOSPITAL CASE. AREQUIPA, 2019 42

TABLA 10

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN PRÁCTICAS DE
AUTOCUIDADO. HOSPITAL CASE. AREQUIPA, 2019 43

TABLA 11

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN RELACIÓN ENTRE
APOYO SOCIAL Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO. HOSPITAL CASE.
AREQUIPA, 2019 45



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

GRÁFICO 1

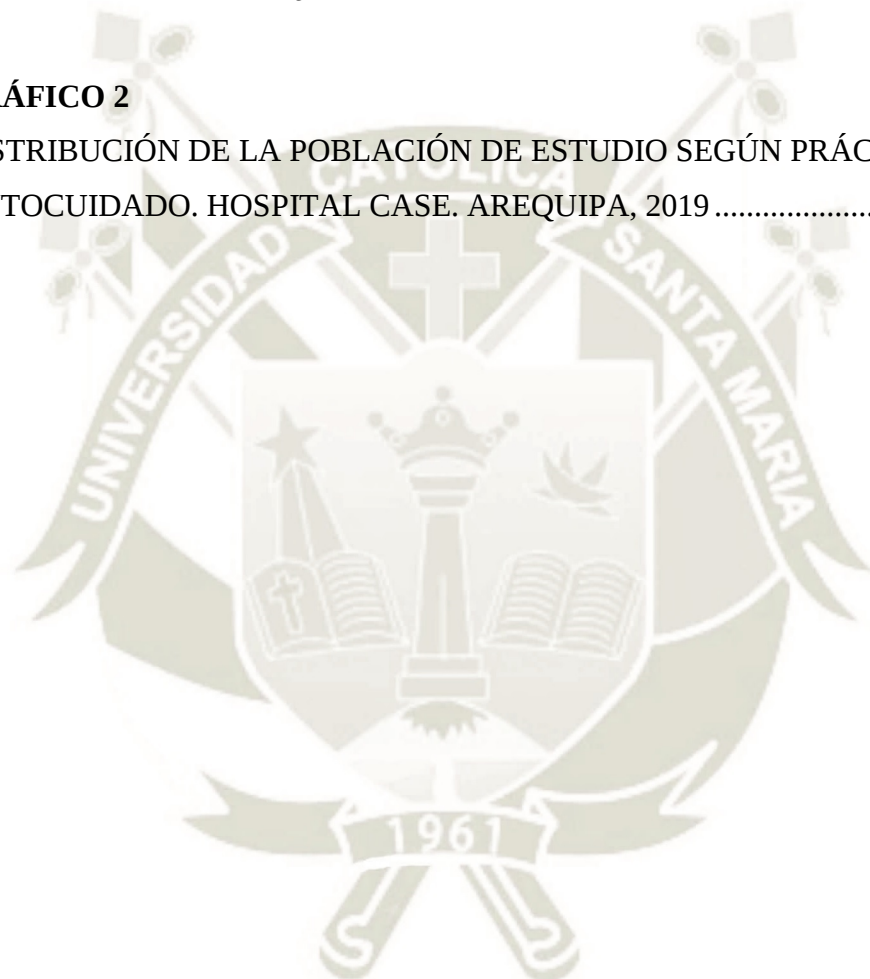
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN APOYO SOCIAL.

HOSPITAL CASE. AREQUIPA, 2019..... 35

GRÁFICO 2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN PRÁCTICAS DE

AUTOCUIDADO. HOSPITAL CASE. AREQUIPA, 2019 44



RESUMEN

RELACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE ADULTO HEMODIALIZADO DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO. AREQUIPA, 2019

RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT AND SELF-HELPED PRACTICES IN THE HEMODIALIZED ADULT PATIENT OF THE CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO NATIONAL HOSPITAL. AREQUIPA, 2019.

Lic. Huarsaya Mamani Vda de Malca, Araceli

El **objetivo** de la presente investigación fue: Establecer la relación entre apoyo social y prácticas de autocuidado en pacientes adultos hemodializados que se atienden en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo. Como **metodología** se usó la técnica del cuestionario, se aplicaron los cuestionarios de capacidad de autocuidado y el cuestionario de apoyo social percibido de Mosse; se aplicó a 95 pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis. **Resultados:** 57.9% son adultos, 64.2% son de sexo masculino, 67.4% casados, 43.2% terminaron la secundaria. 77.9% es miembro de una familia nuclear y el 70.5% recibe tratamiento de hemodiálisis de 6 a 10 meses. En cuanto al apoyo social 56.8% presentan alto apoyo social, 29.5% moderado y 13% bajo. Las prácticas de autocuidado el 42.1% realizan prácticas poco adecuadas, 35.8% son adecuadas y 22.1% son inadecuadas. **Conclusiones:** Existe relación directa y significativa entre el apoyo social y las prácticas de autocuidado en el paciente hemodializado. (Prueba de correlación de Pearson (sig. 0.011).

Palabras claves: Apoyo social, Autocuidado, Hemodiálisis.

ABSTRACT

The objective of this research was: To establish the relationship between social support and self-care practices in hemodialyzed adult patients who are treated at the Carlos Alberto Seguí Escobedo National Hospital. As a methodology the questionnaire technique was used, the self-care capacity questionnaires and the Mosse perceived social support questionnaire were applied; It was applied to 95 patients receiving hemodialysis treatment. Results: 57.9% are adults, 64.2% are male, 67.4% married, 43.2% finished high school. 77.9% are members of a nuclear family and 70.5% receive hemodialysis treatment for 6 to 10 months. Regarding social support, 56.8% have high social support, 29.5% moderate and 13% low. Self-care practices 42.1% perform poor practices, 35.8% are adequate and 22.1% are inadequate. Conclusions: There is a direct and significant relationship between social support and self-care practices in the hemodialysis patient. (Pearson's correlation test (sig. 0.011).

Keywords: Social support, Self-care, hemodialysis

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad renal crónica (ERC) es considerada hoy en día un problema de salud pública asociado a mortalidad en la población adulta. Se sabe que, en todo el mundo, hay un millón de personas que mueren cada año por insuficiencia renal crónica no tratada; el cual se debe a que es una patología que requiere altos gastos, estimándose que a nivel mundial se destina alrededor de 1 trillón de dólares en los cuidados de pacientes con ERC que requieren algún tipo de terapia de reemplazo renal. Siendo estos gastos un reto no solo para los países en vías de desarrollo, sino también entre los países de altos ingresos, como los países de Arabia Saudita y Bélgica que tienen la mayor prevalencia estimada de ERC con un 24%, teniendo una variación de la prevalencia de ERC a nivel mundial estimada en 7% en Asia meridional y 8% en África hasta un 11% en América del Norte y 12% en Europa, Oriente Medio y Asia oriental y América Latina. (1,2).

Según la OMS y la sociedad latinoamericana de Nefrología e Hipertensión, estimaron que una proporción significativa de pacientes no acceden a tratamientos que pueden salvarles la vida, además se evidenció que en Latinoamérica alrededor de 613 pacientes por millón de habitantes tuvieron acceso a alguna de las alternativas de tratamiento como hemodiálisis, diálisis peritoneal y/o trasplante renal (3).

En Perú, se estima que hay más de 30 mil personas con la enfermedad en estadio avanzado, y que solo el 50% de los pacientes recibe algún tipo de tratamiento, el otro 50% no son reportados debido a que no se les diagnostica la enfermedad, no cuentan con algún seguro médico y en el peor de los casos, fallecen sin conocer su enfermedad. Existen regiones del país donde el Ministerio de Salud (MINSA) no cuenta con centros de diálisis en sus hospitales para el manejo de estos pacientes, ni con nefrólogos para su atención (2,4).

El paciente que cursa con insuficiencia renal crónica (IRC) y con tratamiento de hemodiálisis pasa por cambios físicos radicales como el oscurecimiento de la piel, presentan alteraciones en su organismo (anuria, hipertensión, hipotensión, náuseas, etc.); así mismo en la esfera emocional presentan incertidumbre sobre el desarrollo de la enfermedad, temor al tratamiento, cansancio permanente y decaimiento.(4).

Según el concepto dado por Dorothea Orem con respecto al autocuidado, indica que son todas las actividades realizadas por el paciente para la mantención de su salud, las cuales irá construyendo día a día y a través de actividades y aprendizajes basados en la educación sanitaria dada por el personal enfermero. Es importante recalcar que el ser humano es un ser social por naturaleza, por lo cual precisa de un red de apoyo social para poder realizar su mantención vital; por lo cual se plantea el presente estudio; donde se propone establecer la relación entre el apoyo social percibido por el paciente renal en tratamiento de hemodiálisis y las prácticas de autocuidado realizadas por el mismo (5).

La prevención de la enfermedad y la promoción de estilos de vida saludables es una de las estrategias de salud pública que busca reducir las altas tasas de diabetes e hipertensión que se configuran como la etiología de la enfermedad renal. El profesional de enfermería especializado en nefrología, tiene como una de sus funciones brindar educación en salud y con enfoque en el autocuidado al paciente renal; considerando que el paciente vive en un entorno, también es preciso que se eduque a la familia (6).

El presente estudio se divide en tres capítulos, el primero contiene el planteamiento teórico donde se ubican el problema de investigación, el marco teórico, antecedentes investigativos, objetivos y la hipótesis. En el segundo capítulo se desarrolla el planteamiento operacional, el cual está compuesto por la técnica e instrumento, campo de verificación y la estrategia de recolección de datos; y en el tercer capítulo se desarrollan el análisis e interpretación de datos, posteriormente se encuentran las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN;Error! Marcador no definido.

1.1.ENUNCIADO DEL PROBLEMA

“RELACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE ADULTO HEMODIALIZADO DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO. AREQUIPA, 2019”

1.2.OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
Datos Sociodemográficos del paciente adulto con tratamiento de hemodiálisis - Edad - Sexo - Estado civil - Grado de Instrucción - Ocupación - Tipo de familia		
Variable independiente: Apoyo Social	1. Apoyo emocional	- Alto: 25-40 puntos - Moderado:9-24 puntos - Bajo: 1-8 puntos
	2. Ayuda material o instrumental	- Alto: 13-20 puntos - Moderado:5-12 puntos - Bajo: 1-4 puntos
	3. Relaciones sociales de ocio y distracción	- Alto: 13- 20 puntos - Moderado:5-12 puntos - Bajo: 1-4 puntos
	4. Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño	- Alto: 15 puntos - Moderado:4-9 puntos - Bajo: 1-3 puntos

Variable dependiente: Prácticas de Autocuidado en el paciente hemodializado	1. Alimentación y control de líquidos	- Dieta balanceada - Ingesta de líquidos
	2. Higiene y cuidado de la piel	- Higiene - Protección
	3. Tratamiento y cuidado del acceso vascular	- Asistencia al tratamiento - Prevención de infecciones - Cuidados del catéter y fístula arteriovenosa (FAV)
	4. Descanso, sueño y recreación	- Actividad de relajación - Caminatas y paseos - Horas de sueño y descanso
	5. Relaciones interpersonales	- Relaciones familiares positivas
	6. Eliminación	- Procesos de eliminación urinaria e intestinal

1.2.1. Interrogantes Básicas

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes adultos hemodializados que se atienden en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo?
2. ¿Cómo se da el apoyo social en los pacientes adultos hemodializados que se atienden en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo?
3. ¿Cuáles son las prácticas de autocuidado en pacientes adultos hemodializados que se atienden en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo?
4. ¿Cuál es la relación entre apoyo social y prácticas de autocuidado en pacientes adultos hemodializados que se atienden en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo?

1.2.2. Tipo y nivel de Investigación

- **Tipo:** De campo
- **Nivel:** Relacional, de corte transversal

1.3. JUSTIFICACION

La Enfermedad renal crónica (ERC) es considerado hoy en día un problema de salud pública asociado a mortalidad en la población adulta, que afecta aproximadamente al 10% de la población mundial de ahí que se debe ser tratada por medidas preventivas más rigurosas ya que conocer esta enfermedad a temprana edad podría mejorar la calidad de vida e inclusive la muerte, la cual se debe a que es una patología que requiere altos gastos, estimándose que a nivel mundial se destina alrededor de 1 trillón de dólares en los cuidados de pacientes con ERC que requieren algún tipo de terapia de reemplazo renal. Siendo estos gastos un reto no solo para los países en vías de desarrollo, sino también entre los países de altos ingresos, como los países de Arabia Saudita y Bélgica que tienen la mayor prevalencia estimada de ERC con un 24%, teniendo una variación de la prevalencia de ERC a nivel mundial estimada en 7% en Asia meridional y 8% en África hasta un 11% en América del Norte y 12% en Europa, Oriente Medio y Asia oriental y América Latina. (1,2,3).

En Perú, se estima que hay más de 30 mil personas con la enfermedad en estadio avanzado, y que solo el 50% de los pacientes recibe algún tipo de tratamiento, el otro 50% no son reportados debido a que no se les diagnostica la enfermedad debido a la precariedad del sistema de salud en nuestro país y la deficientes políticas sanitarias que no van hacia la parte preventiva o detección temprana de la enfermedad o simplemente no cuentan con algún seguro médico y en el peor de los casos, fallecen sin conocer que tuvieron una enfermedad renal. Existen regiones del país donde el Ministerio de Salud (MINSA) no cuenta con centros de diálisis en sus hospitales para el manejo de estos pacientes, ni con nefrólogos para su atención (4).

Según la Sociedad Peruana de Nefrología, a nivel nacional la infraestructura física y equipamiento para hemodiálisis es escaso y no existe en muchas regiones del Perú, por lo tanto, los pocos servicios existentes han colapsado. Las dos terceras partes de pacientes con enfermedades renales reciben atención en Lima, la capital, mientras que el resto lo hace en otras ciudades del país, y no existe un servicio integral especializado en tratamiento de Hemodiálisis. Tan solo en Arequipa se

proyecta que existan más de 648 pacientes, por cada millón de habitantes con enfermedad renal crónica avanzada, que deben recibir algún tipo de tratamiento sustitutivo (3,6).

La situación de salud a nivel mundial, nacional y local antes descritas, reflejan el preocupante crecimiento de la enfermedad renal en el mundo, situándose, así como un problema de salud pública, dónde la prevención de la enfermedad y la promoción de estilos de vida saludables se configuran como estrategias de intervención para el decrecimiento de esta patología.

En el quehacer diario del profesional de enfermería especializado en nefrología que atiende a pacientes con IRC y con tratamiento de hemodiálisis, se brinda constante educación en salud al paciente y a la familia; la red de apoyo social (familiares y/o amigos) que son las personas más cercanas quienes se encuentran próximos al paciente ejercen una gran influencia en la conducción y cumplimiento del autocuidado del paciente renal en tratamiento de hemodiálisis, lo cual conllevará a mejorar la calidad de vida del paciente.

El estudio tiene **relevancia científica**, puesto que la estructuración de los planteamientos, así como la fundamentación de los conceptos proceden de estudios científicos, así mismo el estudio sigue el método científico y aplica instrumentos validados por la comunidad científica; el estudio contribuirá **académicamente** en el campo del cuidado enfermero en nefrología.

Tiene **relevancia social**, ya que el estudio develará la situación de salud en el aspecto del autocuidado de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis, así mismo los resultados ayudarán a establecer estrategias de mejoramiento y todo con un fin social que es apoyar en la recuperación y cuidado del paciente renal.

El trabajo de investigación es **factible y viable** ya que se cuenta con las facilidades institucionales y la colaboración del equipo de trabajo enfermero del servicio de hemodiálisis para poder llevarlo a cabo.

La presente investigación se desarrolla con la finalidad de obtener el Título de Segunda Especialidad de Enfermería en Nefrología y Urología.

2. MARCO TEORICO

2.1. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La enfermedad renal crónica (ERC) es la pérdida gradual de las capacidades de los riñones para realizar estas funciones esenciales, la cual puede ser causada por presión arterial alta, diabetes, obesidad, tabaquismo y otros factores de riesgo. Una de cada tres personas en la población general tiene un mayor riesgo de ERC y aunque se calcula que un 10 % de las personas en todo el mundo tienen enfermedad renal crónica, las estimaciones sugieren que nueve de cada diez personas no son conscientes de su condición (13).

2.1.1. Etiología

Se sabe que, respecto a la Insuficiencia Renal Crónica, existen diversas causas para la formación de esta enfermedad, desde causa autoinmunes hasta enfermedades crónicas; dentro de las cuales la diabetes y la hipertensión son responsables de la mayor proporción de IRC, mientras que la glomerulonefritis presenta la tercera causa más frecuente (2,14). A pesar de las muchas enfermedades que pueden iniciar una lesión renal, se dispone de pocas vías comunes para la progresión de la enfermedad renal. Así, un estudio en el Hospital Nacional 2 de mayo de Lima refiere que la principal causa de la ERC entre sus pacientes es la Diabetes Mellitus con un 44%, seguida de la Glomerulonefritis crónica con 23% (14).

La frecuencia de los procesos causantes presenta notables diferencias geográficas y cronológicas. En otro estudio la nefropatía diabética de la diabetes mellitus tipo 2 y las enfermedades vasculares renales constituyen las causas frecuentes de IRC. Dentro de las enfermedades vasculares renales, la mayor parte de casos corresponde a los procesos de nefroangioesclerosis, tradicionalmente, relacionados con las repercusiones renales de la hipertensión arterial, pero hoy en día más estrechamente ligados al arterioesclerosis generalizada y el envejecimiento. Es preciso señalar que las glomerulonefritis y las enfermedades renales secundarias a

infecciones continúan siendo una causa importante de IRC en muchos países con escasos recursos económicos y sanitarios (15).

2.2. APOYO SOCIAL

El apoyo social se puede concebir como el conjunto de provisiones de sentimientos y expresiones percibidas o recibidas por otras personas, como la comunidad, las redes sociales y personas de confianza, para satisfacer las necesidades de la persona en situaciones cotidianas y de crisis (7).

Durante los últimos años ha sido creciente el interés académico y profesional por el tema del apoyo social y su influencia en distintos aspectos del individuo, incluidos su bienestar psicológico y su salud física. El apoyo social ha mostrado tener influencia en aspectos relacionados con los procesos de salud y enfermedad; por ello, se ha llegado a afirmar que el insuficiente apoyo social puede considerarse como un factor de riesgo en cuanto a la morbilidad y la mortalidad al menos comparable a factores tan bien establecidos como el fumar, la hipertensión, la hipercolesterolemia, la obesidad y la escasa actividad física (7).

2.2.1. Características

Siendo el apoyo social, el eje de la mayor parte de estructuras de acción de los marcos de salud pública en todo el mundo, como en diferentes temas de coyuntura mundial como es los problemas sociales como la violencia de género o temas de adicciones; así como también en la salud, sea en enfermedades crónicas como el cáncer o en enfermedades incurables como el SIDA; siendo el apoyo social una intervención socio comunitaria, se puede englobar en cuatro características principales, las cuales son:

- Tiene aspecto formal y organizado
- Se centra en responder a necesidades sociales
- Pretende incidir en la interacción de las personas
- Aspira a una legitimación pública o social .

2.2.2. Fuentes de apoyo social

Las fuentes del apoyo social derivan de acuerdo a la situación, sea en un área de salud o de temas específicos como violencia de género. Las fuentes salen del entorno de la persona como es la comunidad misma, los familiares, la pareja que influyen en la persona y su estabilidad emocional. Lográndose identificar en cuanto la estructura de la red social de apoyo; tres fuentes de apoyo social: las relaciones íntimas y de confianza, las redes sociales y la comunidad (7,8).

El primer nivel de las relaciones íntimas y de confianza es el más próximo a la persona y está constituido por las personas más cercanas y de las que deriva un sentimiento de compromiso y reciprocidad (el mejor amigo, la pareja, la familia nuclear). Otro nivel, que se encuentra en una posición intermedia pero que sigue siendo cercano a la persona, es el de las redes sociales a través de las cuales se accede directa e indirectamente a un número relativamente amplio de personas (relaciones con compañeros de clase, amistad y parentesco) (8).

Por último, el nivel más externo y general comprende las relaciones con la comunidad más amplia, por ejemplo, las personas conocidas del trabajo, pero con los que no se tiene una estrecha amistad. La participación en este nivel se evidencia en el grado de implicación en la comunidad y en organizaciones de carácter voluntario. La interacción social con los miembros y organizaciones de la comunidad conforma una potencial fuente de apoyo social para la persona y además refuerza el sentimiento de pertenencia y los procesos de participación e integración comunitaria con implicaciones muy relevantes para el bienestar individual y social (9).

Parte de la fuente de la comunidad es donde nacen las intervenciones en el apoyo social, mediante los grupos de ayuda, los cuales se pueden clasificar en ayuda formal y la informal. La ayuda informal (los grupos de autoayuda y los grupos de apoyo), es un instrumento poderoso de intervención que respeta, además, la cultura, valores y pautas de conducta de los participantes. En cuanto a la ayuda formal (la terapia, la ayuda

profesionalizada) también intervienen en la recuperación de la persona mediante un sistema estructurado elaborado por un profesional que orienta a la persona (9).

2.2.3. Funciones del apoyo social

El apoyo social cumple muchas funciones diferentes, las cuales son: apoyo emocional, ayuda material o instrumental, relaciones sociales de ocio y distracción y apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño (7,8).

A. Apoyo emocional

La función expresiva hace referencia a que la provisión es tanto un medio como un fin en sí misma. Esta función tiene que ver básicamente con la expresión de emociones. Hablar de nuestras frustraciones o preocupaciones con un amigo constituye un medio para sentirnos mejor y también un fin en sí mismo (de hecho, lo que buscamos es precisamente expresar esa emoción). Siendo considerado fundamental en el proceso de aceptación de una enfermedad (7).

B. Ayuda material o instrumental

La función instrumental hace referencia al hecho de que la provisión es un medio para conseguir un fin. Esta función instrumental incluiría tanto el consejo como la ayuda material en forma de servicios o recursos. En este caso, el objetivo de nuestra conducta no es tanto la conducta en sí, sino lo que pretendemos conseguir con ella (la conducta es, por tanto, un medio) (7).

C. Relaciones sociales de distracción

La función de ocio y distracción hace referencia a la interacción con la comunidad como medio de disipación. Esta función al igual que la afectiva, precisa del entorno de la persona para satisfacer sus necesidades de ocio. Esta función también involucra el recibir consejo

y orientación, siento importante para disminuir las enfermedades asociadas al estrés y depresión.

D. Apoyo afectivo

La función afectiva hace referencia a la interacción con el círculo social íntimo de la persona, en el cual incluye la familia, la pareja como los mejores amigos. Esta función precisa del entorno de la persona para satisfacer sus necesidades de afecto, confort, el cuidado y la intimidad. Siendo esta función reforzada con conductas que provocan que la persona se sienta querida, respetada, y que proporcionan un sentimiento de seguridad y pertenencia a un grupo (7,8).

2.2.4. Efectos del apoyo social

Respecto a los efectos que da el apoyo social, se sabe que proporciona al individuo un sentido de estabilidad, predictibilidad y control que lo hace sentirse mejor y a percibir de manera más positiva su ambiente; a su vez, esos sentimientos pueden motivarlo a cuidar de sí mismo, a interactuar de manera más positiva con las otras personas y a utilizar más recursos personales y sociales para afrontar el estrés. La combinación de estos factores tendrá efectos positivos en su bienestar emocional y en su salud física al aumentar su resistencia a las enfermedades y reforzar también sus redes sociales de apoyo. Además, el apoyo social podría tener una influencia directa en la morbilidad y la mortalidad como resultado de sus efectos en los sistemas neuroendocrino, inmunológico y cardiovascular (7).

Cuando la persona se encuentra en un proceso de enfermedad, los efectos del apoyo social, se evidencian desde la asimilación de la enfermedad como también en el proceso de la enfermedad como es el seguimiento de un tratamiento para su condición, por ello, el apoyo social es importante en el afrontamiento de los problemas, a través de la comprensión que los otros puedan ofrecer de la situación. Siendo el apoyo social, una pieza

clave en la fase de recuperación, para que el individuo mantenga el tratamiento prescrito y evite recaídas (8).

2.2.5. Importancia del apoyo social en el paciente con enfermedad renal

Se ha estudiado la relación entre el apoyo social y una gran cantidad de problemas de salud en distintas poblaciones, hallándose que es muy destacado su rol en las personas de edad y en los pacientes con sida. Asimismo, existe mucha investigación respecto del papel que desempeña el apoyo social en el ajuste a las enfermedades crónicas y en la progresión de dos de las principales causas de muerte: el cáncer y la enfermedad cardíaca. Con relación al paciente con enfermedad renal, se considera que el apoyo social es un recurso muy importante para afrontar el gran estrés que se asocia a esa enfermedad, y además la búsqueda de apoyo es un patrón clave de afrontamiento de los pacientes que parece ser efectivo para disminuir la ansiedad que experimentan. El apoyo emocional de familiares y amigos puede contribuir significativamente al ajuste y se ha asociado con una mayor supervivencia. Por otra parte, se ha sugerido que la relación entre apoyo y ajuste a la enfermedad sería interactiva, en el sentido de que, así como el apoyo puede producir mejor ajuste, también el grado de ajuste y bienestar emocional influyen en el grado de apoyo social que reciben las pacientes, especialmente de aquellos más cercanos (9,10).

Evidenciándose los efectos positivos del apoyo social en las enfermedades, los estudios epidemiológicos, las investigaciones sobre el estrés, las experiencias de los profesionales de salud mental, etc., llevaron a conceptualizar determinados sistemas sociales como sistemas de ayuda y a proponer el apoyo social como un instrumento conceptual muy relevante en el análisis del bienestar de la persona (9,10).

2.3. PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE HEMODIALIZADO

2.3.1. Teoría de Dorothea Orem

En 1988 Dorothea Orem define al autocuidado como la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar (5).

A. El autocuidado: Es aprendido y estas prácticas contribuyen al buen funcionamiento del individuo.

La teoría del autocuidado se clasifica en tres tipos:

- **Autocuidado universal:** son acciones destinadas a satisfacer necesidades humanas básicas del diario vivir: mantenimiento del aporte de aire, agua y alimentos; procesos de eliminación, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso; mantenimiento del equilibrio entre la interacción social y la soledad, prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano y la promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales (5).
- **Autocuidado de desarrollo humano:** Acontecimientos que ocurren en las etapas de vida (vida intrauterina y nacimiento, lactancia, infancia, adolescencia, adultez, senectud)
- **Autocuidado en las alteraciones de la salud:** Relación de acciones que son necesarias en caso de enfermedad, son las conductas que aparecen en situaciones concretas de la vida donde el individuo las adopta para poder regular los factores que afectan a su propio bienestar (5).

B. Teoría del déficit de autocuidado

Orem lo define como la falta de capacidad de un individuo para realizar las actividades necesarias que garanticen un funcionamiento saludable (5).

C. Sistemas de enfermería; considerada como las acciones prácticas que realizan los profesionales enfermeros en cuanto a las necesidades de autocuidado de los pacientes.

1. Sistema compensatorio

- Realiza el cuidado terapéutico del paciente
- Compensa la incapacidad del paciente para realizar su autocuidado
- Apoya y protege al paciente

2. Sistema parcialmente compensatorio

Acción de la enfermera:

- Realiza algunas de las medidas de autocuidado por el paciente
- Compensa las limitaciones del paciente para realizar su autocuidado
- Ayuda al paciente en lo que precise

Acción del paciente:

- Desempeña algunas medidas de autocuidado
- Regula la actividad de autocuidado
- Acepta el autocuidado y ayuda a la enfermera

3. Sistema educativo de apoyo

La enfermera regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado y el paciente cumple con el autocuidado.

En cuanto a la atención del paciente renal en tratamiento de hemodiálisis, el papel de la enfermera en el autocuidado del paciente se centra en la ayuda que se le provee para que el individuo pueda mantener por sí mismo las acciones de autocuidado y se logre la conservación de la salud y de la vida, así como se recupere de la enfermedad y afronte las consecuencias de esta.

El esfuerzo de Enfermería deberá ir encaminado hacia el reconocimiento y detección de los signos y síntomas que indiquen una situación de alerta ante posibles complicaciones que comprometan el AV y establecer los cuidados oportunos requeridos para cada caso, con el objetivo de aumentar la

supervivencia del AV del enfermo y así disminuir la hospitalización del mismo. Todo ello mediante la aplicación de planes de cuidados enfermeros, adiestramiento del paciente para su autocuidado y la implantación, revisión y mantenimiento de procedimientos adecuados (11).

- **Período previo a la realización de la FAV o pre quirúrgico:**

Como cualquier intervención quirúrgica, siempre se hace una anamnesis y exploración física para tener menores complicaciones en el posquirúrgico. La labor de la enfermera, está en la valoración de la persona como un ente holístico, donde se debe de dar apoyo a la persona para que pueda afrontar la intervención sin inseguridades ni miedos que puedan repercutir en su recuperación (11,12).

- **Período posquirúrgico inmediato y tardío:**

Respecto al periodo posquirúrgico, los cuidados de enfermería están en el cuidado de la zona de inserción, ya que, al ser un procedimiento altamente invasivo, está expuesto a tener infección, por lo cual es vital la limpieza de la zona, y la constante valoración de signos de infección

- **Período de maduración de la FAV:**

En cuanto al periodo de maduración, la valoración de la piel y de signos de infección, se complementa con el cuidado de los lúmenes de la FAV o de CVC, manteniéndolos permeables para la hemodiálisis

- **Período de utilización de la FAV en hemodiálisis:**

En el momento de la utilización, la FAV debe de estar permeable, y mantener la zona de inserción limpia para cada utilización

2.3.2. Requisitos del autocuidado

Según la teoría de Dorothea Orem, indica que la persona es un organismo biológico, racional y pensante que es afectado por el entorno (factores físicos, químicos, biológicos y sociales, comunitarios o familiares que influyen e interactúan con la persona) realiza acciones predeterminadas que le afectan a el

mismo y al entorno; estas condiciones le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado (5).

Concibe a la salud como el estado que se caracteriza por la firmeza del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental. Incluye la promoción y mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones (5).

Las dimensiones del autocuidado que se medirán en el presente estudio de investigación se basan en la teoría de Dorothea Orem y en el instrumento desarrollado por Cabrera Mayra, dado que se toma un especial enfoque en el paciente renal con tratamiento de hemodiálisis (5,11).

A. Alimentación y control de líquidos

- **Ingesta de líquidos;** en los pacientes de enfermedad renal, debe haber un control exhaustivo en la administración extra de líquidos en pacientes con restricción de los mismos. Teniendo cuidado con los alimentos ricos en potasio.
- **Peso;** en cuanto al peso, se recomienda mantener una dieta baja en grasas, y mantener un peso de acuerdo a su talla, debido a que la obesidad repercute en problemas cardiovasculares, afectando a su salud

B. Higiene y cuidado de la piel

Se refiere al cuidado de la piel para evitar lesiones, sequedad cutánea y posibles infecciones. Como el riñón no cumple bien su función excretora, la piel se encarga de eliminar ciertas toxinas por lo cual deberá cuidarse la piel.

C. Tratamiento y cuidado del acceso vascular

Comprende la adherencia al tratamiento y el cuidado de la fístula.

- **Cuidados en la fístula arterio-venosa:** Respecto al cuidado de la FAV, es necesario la vigilancia diaria de la fistula, observando signos de

infección como el enrojecimiento y el prurito. La limpieza se recomienda con solución de yodopovidona desde la parte más limpia hacia afuera, manteniendo la asepsia de la zona para evitar la infección de la zona (11).

- **Cuidados en el catéter venoso central:** Respecto al cuidado del CVC, La limpieza se recomienda con solución de yodopovidona desde la parte más limpia hacia afuera, manteniendo la asepsia de la zona, observando si hay signos de infección o de irritación en la piel. Posterior a la limpieza, se debe mantener cubierto con una gasa para evitar que tenga contacto con agentes contaminantes (11).

D. Descanso, sueño y recreación

Se refiere a las actividades diarias de recreación que realiza el paciente junto a su red de apoyo (familiares y/o amigos); así mismo el descanso y sueño que ayudan a compensar las energías del paciente.

E. Relaciones interpersonales

Son el apoyo social que recibe el paciente como familiares y amigos.

F. Eliminación

El paciente renal y con tratamiento de hemodiálisis no orina, más se debe evaluar las evacuaciones de tipo fecal con el fin de evaluar posibles complicaciones a nivel intestinal.

2.3.3. Factores de riesgo

Los factores de riesgo pueden dividirse en factores de susceptibilidad, iniciación, progresión y de etapa terminal.

Los factores de susceptibilidad ponen al individuo en riesgo de daño renal (Historia familiar, bajo nivel socioeconómico, bajo peso al nacer, reducción masa renal, ancianos). Los factores de iniciación son capaces de causar daño renal en forma directa (Diabetes, HTA, enfermedades autoinmunes, litiasis renal, tóxicos,

obstrucción vía urinaria). Los individuos que presentan factores de susceptibilidad o de iniciación son los que están en riesgo de desarrollar ERC. Representan la población a estudiar y vigilar en forma regular, si se quiere realizar prevención primaria de ERC (12,16).

Cuando ya existe daño renal, los factores de progresión son los que determinan el riesgo y la velocidad del deterioro de la función renal (Proteinuria de alto grado, presión arterial no controlada, mal control glicémico, cigarrillo). Debe recalcar que la enfermedad renal puede progresar porque la patología causal no está controlada (ej. diabetes mal tratada) o por vías independientes del insulto inicial (ej. hipertensión arterial no controlada). El manejo y control de estos factores es lo que se considera prevención secundaria de ERC. Los factores llamados de etapa terminal influyen los malos pronósticos clínicos observados en pacientes en estadio 5 (Baja dosis de diálisis, anemia, hipoalbuminemia, hiperfosfemia, referencia tardía al nefrólogo) (14,16).

2.3.4. Estadios

La clasificación de la ERC en cinco estadios esta propuesta en las guías K/DOQI del año 2002, las guías K/DOQI proponen estimar el grado de función renal mediante fórmulas como la ecuación modificada del estudio MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) o la fórmula de Cockcroft-Gault. Siendo necesario conocer en qué fase se encuentra la enfermedad renal, con el fin de conocer hasta qué punto ha avanzado la patología y dar el tratamiento adecuado. Los cinco estadios de la enfermedad se determinan en función de la filtración glomerular (FG) (14,16).

En el **estadio 1**, daño renal con FG normal o aumentado (FG 90 ml/min/1,73 m²). Situaciones representativas de este estadio son los casos con microalbuminuria o proteinuria persistente con FG normal o aumentado o el hallazgo ecográfico de una enfermedad poliquística con FG normal o aumentado (14,16).

El **estadio 2** corresponde a situaciones de daño renal acompañadas de una reducción ligera del FG (FG entre 60 y 89 ml/min/1,73 m²). La detección de un

FG ligeramente disminuido puede ser frecuente en ancianos. El hallazgo de un FG levemente reducido debe llevar a descartar datos de daño renal, fundamentalmente microalbuminuria o proteinuria mediante la realización del cociente albúmina/creatinina en una muestra aislada de orina y alteraciones en el sedimento urinario mediante el análisis sistemático clásico. También se valorará la existencia de situaciones de riesgo de ERC, fundamentalmente HTA y diabetes. Los casos con ERC estadios 1 y 2 son subsidiarios de beneficiarse del diagnóstico precoz y del inicio de medidas preventivas de progresión de la ERC y de la patología cardiovascular (14,16).

El **estadio 3** de la ERC es una disminución moderada del FG (FG entre 30-59 ml/min/1,73 m²). Los datos de daño renal pueden estar ausentes o presentes pues ya no se consideran necesarios para el diagnóstico de este estadio. En este estadio se observa un riesgo claramente aumentado de progresión de la ERC y de complicaciones cardiovasculares y pueden aparecer las complicaciones clásicas de la insuficiencia renal como la anemia o las alteraciones del metabolismo fosfocálcico. Los pacientes con ERC en estadio 3 deben ser evaluados de forma global desde el punto de vista cardiovascular y renal y deben recibir tratamiento adecuado para la prevención a ambos niveles y, en su caso, para las complicaciones que se detecten (14,16).

El **estadio 4** es una disminución grave del FG (FG entre 15 y 29 ml/min/1,73 m²). Tanto el riesgo de progresión de la insuficiencia renal al estadio 5, como el riesgo de que aparezcan complicaciones cardiovasculares son muy elevados. El nefrólogo debe participar en el manejo de los pacientes con ERC en este estadio pues, además de la terapéutica específica de cada caso, habrá que valorar la instauración de una preparación para el tratamiento renal sustitutivo (14,16).

El **estadio 5** de la ERC es un FG < 15 ml/min/1,73 m² y se denomina también fallo renal. La valoración de la indicación del tratamiento renal sustitutivo es perentoria, especialmente cuando se presentan síntomas o signos urémicos (14,16).

2.3.5. Tratamiento en paciente con insuficiencia renal

El manejo del tratamiento en pacientes con insuficiencia renal, independiente de la causa de base y los otros factores fisiopatológicos involucrados, se basa en el manejo preventivo de la ERC ya instalada enfocado en retardar o detener su tasa de progresión y prevenir los eventos cardiovasculares. Teniendo en cuenta las causas específicas de la enfermedad renal, tratando las complicaciones urémicas y preparando al paciente para alguna técnica de sustitución renal (diálisis o trasplante) si corresponde (17,18).

A. Diálisis peritoneal

La diálisis peritoneal se utilizó por primera vez para el tratamiento de la enfermedad renal terminal en 1959. En 1968, Henry Tenckhoff desarrolló el catéter peritoneal, que se coloca a través de una técnica quirúrgica abierta. Posteriormente, técnicas percutáneas y laparoscópicas para colocación del catéter se han utilizado. Es mejor esta técnica al comienzo de entrar en diálisis porque se mantiene la capacidad de orinar y se necesita realizar menos cambios de líquido peritoneal y los resultados a largo plazo son mejores. Existen 2 tipo de diálisis peritoneal, la manual llamada Diálisis peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) y diálisis con cicladora o máquina, llamada Diálisis peritoneal Automática (DPA) (16,18).

Una desventaja de la diálisis peritoneal es el mal control de la presión arterial debido a la sobrecarga de líquidos, así como el riesgo de peritonitis.

B. Hemodiálisis

La hemodiálisis es un procedimiento invasivo, de sustitución de la función renal que permite extraer a través de una máquina y filtro de diálisis los productos tóxicos generados por el organismo que se han acumulado en la sangre como consecuencia de una insuficiencia renal. Generalmente, esto ocurre si sólo le queda un 10 a 15 por ciento de la función renal (19).

En la hemodiálisis, se permite que la sangre fluya, unas onzas por vez, a través de un filtro especial que elimina los desechos y los líquidos innecesarios. (Una onza equivale a aproximadamente 30 mL.) La sangre filtrada se devuelve luego a su cuerpo. La eliminación de los desechos dañinos, la sal y los líquidos innecesarios ayuda a controlar la presión arterial y a mantener el equilibrio adecuado de sustancias químicas en el cuerpo, como el potasio y el sodio. El tratamiento de hemodiálisis debe tener un horario estricto. La mayoría de los pacientes van a una clínica (un centro de diálisis) tres veces a la semana durante 3 a 5 horas o más en cada visita (19).

- **Preparación del acceso vascular**

Un paso importante antes de comenzar la hemodiálisis consiste en preparar un acceso vascular, un sitio del cuerpo desde el cual se extrae y al cual se retorna la sangre. El acceso vascular se debe preparar semanas o meses antes de comenzar la diálisis. Permitirá la extracción y el reemplazo de la sangre de manera más fácil y eficaz con menos complicaciones (17,19).

- **Equipos y procedimientos**

- **Aparato de diálisis:** Este aparato tiene tres funciones principales: bombear la sangre y vigilar el flujo para seguridad, filtrar los desechos de la sangre y controlar la presión arterial y la velocidad de la eliminación de líquido del cuerpo.
- **Dializador** El dializador es un recipiente grande que contiene miles de pequeñas fibras a través de las cuales fluye la sangre. La solución de diálisis, el líquido limpiador, se bombea alrededor de estas fibras. Las fibras permiten que los desechos y los líquidos innecesarios pasen de la sangre hacia la solución, lo que hace que se eliminen. Al dializador algunas veces se le llama riñón artificial.
- **Reutilización.** Su centro de diálisis puede usar el mismo dializador más de una vez para sus tratamientos. La reutilización se considera

segura siempre y cuando el dializador se limpie antes de cada uso. El dializador se prueba cada vez para asegurarse de que funcione, además debe de estar marcado con su nombre y debe de haber sido limpiado, desinfectado y probado.

- **Solución de diálisis** La solución de diálisis, también conocida como dializada, es el líquido dentro del dializador que ayuda a eliminar los desechos y el líquido innecesario de la sangre. Contiene sustancias químicas que la hacen actuar como una esponja. Esta fórmula se puede ajustar dependiendo del tratamiento y de los análisis de sangre.
- **Agujas:** La mayoría de los centros de diálisis usan dos agujas: una para transportar la sangre hacia el dializador y otra para retornar la sangre filtrada al cuerpo. Algunas agujas especializadas están diseñadas con dos aberturas para que la sangre fluya en dos direcciones, pero estas agujas son menos eficaces y requieren sesiones más largas. Las agujas para diálisis de alto flujo o alta eficacia deben ser un poco más largas que las que se usan con los dializadores regulares (19).

- **Complicaciones durante hemodiálisis**

Del paciente más comunes:

- **Hipotensión:** Ocurre en el 20 a 30 % de los pacientes. Puede ocurrir por una elevada tasa de ultra filtración o por una solución de diálisis con bajo nivel de sodio. También se puede deber a que la solución tiene una temperatura elevada. La temperatura ideal es de 35,5° Y 36°.
- **Calambres:** Son Contracciones musculares dolorosas, dentro de los factores que predisponen están: Hipotensión, Solución de diálisis baja en sodio, Hipoxia de tejidos durante la hemodiálisis, Alteración de Ph sanguíneo.

- **Náuseas y Vómitos:** Puede estar relacionada con la hipotensión, ingesta de alimentos intra diálisis o trastornos digestivos.
- **Cefaleas:** Entre sus causas están: Crisis hipertensiva, Síndrome de Desequilibrio, Hemólisis, origen psicógeno (19).

Del equipo:

- Embolia aérea o entrada de aire al paciente por ruptura o desconexión de las líneas.
 - Ruptura del filtro
 - Error en la selección del concentrado indicado individualmente al paciente mismo (16,19).
- **Accesos vasculares en la hemodiálisis**

- **Catéter Venoso Central**

Los CVC son los accesos vasculares (AV) de última elección por los nefrólogos; sin embargo, también tienen sus indicaciones:

Deben ser implantados ante la imposibilidad de reparación precoz del AV definitivo; o bien cuando la reparación del acceso ha fracasado y se está a la espera de la creación de un acceso vascular nuevo y su posterior maduración.

En pacientes que han presentado una evolución muy rápida de la insuficiencia renal y el equipo multidisciplinar no ha podido derivarlos al cirujano vascular con el tiempo suficiente.

En pacientes no conocidos por el servicio de nefrología y que se presentan con una insuficiencia renal crónica terminal, con necesidad de diálisis urgente.

Cuando se prevé que el paciente necesitara el catéter por un periodo de tiempo superior a 2-4 semanas, se recomienda la colocación de un CVC tunelizado o permanente que se pueda colocar por punción o

por disección quirúrgica; realizando, posteriormente, un túnel subcutáneo por donde se dispone el catéter. Si el tiempo que el paciente necesita ser portador del catéter percutáneo o provisional, que se coloca por el nefrólogo en la cabecera de la cama del paciente, con ayuda de un ecógrafo (19).

- **Fístula arteriovenosa**

La preferencia por las FAVI sobre todos los demás AV se debe a sus ventajas funcionales y a la baja tasa de complicación que presentan. Tienen las tasas de trombosis más bajas y, además, requieren menos intervenciones para prolongar su supervivencia, comparándolas con los accesos vasculares protésicos. Los costes de implantación y mantenimiento son menores.

Tienen una tasa inferior de infecciones respecto a las prótesis y estas, a su vez, tienen menor probabilidad de infección que los catéteres.

Se relacionan con incremento de la supervivencia y menor número de ingresos hospitalarios (19).

- **Injerto arteriovenoso**

En el caso de que las fistulas autólogas hayan fallado, pasaremos a la realización de AV protésicos. Estos presentan una serie de ventajas si los comparamos con las FAVI: Presentan una mayor superficie para la punción, Técnicamente, pueden ser más fáciles de canular. El tiempo que transcurre desde la colocación hasta que se puede proceder a su punción oscila entre tres y cuatro semanas, aunque el periodo recomendado es de seis semanas. Existen muchas posibilidades anatómicas para su colocación. Para el cirujano experto son de fácil implantación y las anastomosis vasculares son relativamente sencillas. Facilidad tanto para la reparación quirúrgica como endovascular.

Las prótesis, sin embargo, presentan una serie de inconvenientes comparadas con las FAVI, entre las que destacan: Mayor número de complicaciones trombóticas y mayor necesidad de cirugía reparadora. Mayor probabilidad de infección. Incremento del coste (16,19).

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. A nivel local:

- RODRIGUEZ MANRIQUE, JACQUELINE, SALAS FUENTES, OLINDA. (2017) Arequipa: **“Influencia del apoyo social funcional en la calidad de vida de los pacientes atendidos en el programa COPHOES del Hospital Base Carlos Alberto Seguin Escobedo Essalud”**, el estudio concluyó que el apoyo social influye de manera significativa en la calidad de vida percibida por los pacientes atendidos por el Programa COPHOES (20).
- LAURA HUAHUACHAMPI, MARIELA, PEREZ ROJAS, HELEN. (2016) Arequipa. **“Apoyo social y adherencia terapéutica en personas con insuficiencia renal crónica sometidos a Hemodiálisis Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2016”**, se concluye que, en relación al Apoyo Social, se encuentra dentro del nivel medio (59.7%). La Adherencia Terapéutica en personas con IRC sometidos a hemodiálisis está en un nivel bueno (52.2%). Respecto a la relación en las variables, no hay relación con la Red Social, y sí la hay con las demás dimensiones (21).

3.2. A nivel nacional:

- DE LA CRUZ ALZAMORA, SALLY, SERNAQUE CINTHYA. (2017) Trujillo **“Nivel de información y autocuidado en el paciente con enfermedad renal crónico terminal en tratamiento de hemodiálisis- Hospital Regional Docente de Trujillo 2017”**; los resultados del estudio fueron que el 52% de la población obtuvo un nivel de información regular, seguido de 40% de nivel bueno y 8% de malo. Para el nivel de autocuidado se tiene que el 86% tuvo un autocuidado bueno y el restante un autocuidado

malo. Se comprobó que no existe relación significativa entre ambas variables (22).

- TELLO GARCIA, IVONE. (2017) Trujillo **“Autocuidado del adulto con insuficiencia renal crónica que recibe hemodiálisis en el centro particular virgen de la puerta”**, tuvo como resultados que con respecto al autocuidado general el 55.8% tiene autocuidado adecuado, un 30.7% presenta un autocuidado poco adecuado, y el 13.5% posee un autocuidado inadecuado. De acuerdo a sus dimensiones la mayor parte tiene un adecuado autocuidado de descanso, sueño y recreación (23).

3.3. A nivel internacional:

- MENDOZA GONZALEZ, LUIS, et al. (2016) Nicaragua, **“Gestión del autocuidado en pacientes con insuficiencia renal crónica, que asiste al programa de hemodiálisis, Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, II semestre 2016”** el estudio que se realizó en Nicaragua, tuvo como conclusiones que los pacientes no controlan las demandas nutricionales lo que es la ingesta de sodio, potasio, fósforo y en la ingesta de líquido. Al igual que las acciones para su autocuidado que no aplican a pesar de saber (24).
- ALMEIDA LOPEZ, VIVIAN, GILER VELAZQUEZ, ERIKA. (2016) Ecuador. **“Autocuidado a usuarios hemodializados y familiares de la clínica renacer de la ciudad de Portoviejo. Octubre- Diciembre 2016”**, el estudio realizado en Ecuador, tuvo como conclusión que la intervención educativa y promocional de enfermería es efectiva ya que se produjo un incremento significativo en el conocimiento del autocuidado en los pacientes que reciben diálisis, después de estos eventos (25).

4. OBJETIVOS

1. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes adultos hemodializados que se atienden en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo

2. Determinar el nivel de apoyo social en los pacientes adultos hemodializados que se atienden en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo
3. Evaluar las prácticas de autocuidado en pacientes adultos hemodializados que se atienden en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo
4. Establecer la relación entre apoyo social y prácticas de autocuidado en pacientes adultos hemodializados que se atienden en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo

5. HIPOTESIS

Dado que la enfermedad renal afecta y cambia el estilo de vida del paciente, se requiere unas buenas prácticas de autocuidado para prevenir complicaciones que comprometan aún más el estado de salud del paciente. El apoyo social es el conjunto de provisiones de sentimientos y expresiones percibidas o recibidas por otras personas, para satisfacer las necesidades de la persona en situaciones cotidianas y de crisis;

Es probable que exista relación directa y favorable entre apoyo social y prácticas de autocuidado del paciente renal con tratamiento de hemodiálisis del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo EsSalud de la ciudad de Arequipa.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TECNICA, INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACION

1.1. TECNICA

- Para la variable dependiente: prácticas de autocuidado, se usó como técnica el cuestionario.
- Para la variable independiente: apoyo social, se usó como técnica el cuestionario.

1.2. INSTRUMENTO

- Para medir la variable dependiente: Prácticas de autocuidado en pacientes con tratamiento de hemodiálisis, se utilizó el cuestionario de capacidad de autocuidado, el cual ha sido diseñado por Mayra Cabrera Sosaya (2013) en su estudio “Nivel de autoestima y autocuidado del paciente renal con tratamiento de hemodiálisis de la ciudad de Trujillo”, el instrumento ha sido validado, la confiabilidad ha sido determinado por Alpha de Cronbach: 0.809. Así mismo la validez del contenido fue sometido a juicio de expertos por enfermeras especialistas en Nefrología de la ciudad de Chiclayo (26).

El instrumento consta de 22 preguntas con información sobre las prácticas de autocuidado del paciente, incluye las dimensiones de alimentación y control de líquidos, higiene y cuidados de la piel, tratamiento y cuidado del acceso vascular, descanso, sueño y recreación, relaciones interpersonales y eliminación.

El instrumento es un cuestionario donde se indican las prácticas de autocuidado de acuerdo a las dimensiones del autocuidado según la teoría de Dorothea Orem; el paciente tendrá que marcar con una X en el recuadro según la frecuencia realizada (siempre, a veces, nunca) que el considere pertinente.

Dimensiones	Ítems
Alimentación y control de líquidos	1,2,3,4,5,6
Higiene y cuidados de la piel	7,8,9
Tratamiento y cuidado del acceso vascular	10,11,12,13,14,15,16
Descanso, sueño y recreación	17,18,19,20
Relaciones interpersonales	21-22

Los rangos de valoración del instrumento que han sido realizados por Mayra Cabrera son: El mayor puntaje es 44 puntos y el mínimo es 0 puntos; para los ítems 1, 2, 3, 4, 7,19 y 22 la puntuación será de la siguiente manera:

Puntuación

Siempre	0 pto
A veces	1 pto
Nunca	2 ptos

Para los ítems 5,6,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,20 y 21 serán:

Puntuación

Siempre	2 ptos
A veces	1 pto
Nunca	0 pto

El instrumento valora las prácticas de autocuidado bajo los criterios adecuado, poco adecuado e inadecuado, de la siguiente manera:

Puntos de corte prácticas de autocuidado

Criterios	Autocuidado General	Alimentación y control de líquidos	Higiene y cuidados de la piel	Tratamiento y cuidado del acceso vascular	Descanso, recreación y sueño	Relaciones interpersonales
Adecuado	33-44	10-12	6	14	5-8	3-4
Poco adecuado	28-32	8-9	4-5	11-13	3-4	2
Inadecuado	0-27	0-7	0-3	0-10	0-2	0-1

- Para medir la variable independiente: Apoyo social, se aplicó el cuestionario de apoyo social percibido de Moss, el cual fue diseñado por Sherbourne y Stewart en 1991, en el año 2009 Cruz realizó una adaptación del cuestionario a la realidad peruana, dónde obtuvo un alfa de Cronbach de 0.97 y para las sub escalas de 0.91 y 0.96, donde se demuestra que el instrumento es altamente confiable (27).

El instrumento consta de 20 ítems, los cuales han sido dividido en las siguientes dimensiones

Dimensión	ITEM	Puntuación
1. Apoyo emocional	3,4,8,9,13,16,17 y 19	- Alto: 25-40 puntos - Moderado:9-24 puntos - Bajo: 1-8 puntos
2. Ayuda material o instrumental	2,3,12,15	- Alto: 13-20 puntos - Moderado:5-12 puntos - Bajo: 1-4 puntos
3. Relaciones sociales de ocio y distracción	7,11,14,18	- Alto: 13- 20 puntos - Moderado:5-12 puntos - Bajo: 1-4 puntos
4. Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño	6,10,20	- Alto: 15 puntos - Moderado:4-9 puntos - Bajo: 1-3 puntos

La puntuación global se da de la siguiente manera:

- Alto apoyo social: 71-95 puntos
- Moderado apoyo social: 46-70 puntos
- Bajo apoyo social: 20-45 puntos

2. CAMPO DE VERIFICACION

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

El trabajo de investigación se realizó en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, que se encuentra ubicado en la Calle Peral s/n - Cercado, departamento de Arequipa – Perú.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

El estudio se desarrolló en los meses de Marzo y Abril del año 2019.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

Las unidades de estudio estuvieron conformadas por el total de pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis del servicio de Hemodiálisis del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo.

2.3.1. Universo

El estudio se realizó a 95 pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis en el servicio de Hemodiálisis del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo.

Muestra

No se precisó de muestra dado que se trabajó con el universo.

- **Criterios de Inclusión**

- Pacientes que firmen el consentimiento informado
- Pacientes que reciban tratamiento de hemodiálisis
- Pacientes mayores de edad (que tengan cumplidos 18 años a más)

- **Criterios de Exclusión**

- Pacientes con alteraciones mentales
- Pacientes que no puedan comunicarse
- Paciente menores de edad (menores de 17 años)

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS

3.1. Procedimiento

- Se envió una solicitud a la Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica Santa María con la finalidad de aprobación del proyecto y además se coordinó la carta de presentación con el objetivo de obtener el permiso correspondiente que permita el ingreso y desarrollo del

proyecto dentro de las instalaciones del Servicio de hemodiálisis del HNCASE.

- Se coordinó con la oficina de Investigación y Capacitación del HNCASE para obtener el permiso correspondiente y así poder ejecutar la investigación.
- Se presentó la documentación pertinente con la Jefa de Enfermeras del Servicio de Hemodiálisis para que pudiera comunicar al personal del servicio la ejecución del trabajo de investigación.
- Se aplicó el consentimiento informado a los pacientes que deseen participar en la investigación.
- Los datos obtenidos fueron procesados estadísticamente, y presentados en tablas y gráficos mediante el paquete estadístico SPSS V 21.0

3.2. Recursos

- **Humanos**
 - La investigadora
 - Pacientes sujetos de estudio
- **Materiales**
 - Laptop
 - Cañón multimedia
 - Cuestionarios
 - Material logístico
- **Institucionales**
 - Servicio de hemodiálisis del HNCASE
 - Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María
- **Financieros**
 - Autofinanciado por la investigadora



CAPITULO III

RESULTADOS

TABLA 1
**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN A
CARACTERÍSTICAS GENERALES, HOSPITAL CASE. AREQUIPA, 2019**

	f	%
EDAD		
18-29 años	3	2.8
30-59 años	55	57.9
60 a más años	37	38.9
SEXO		
Masculino	61	64.2
Femenino	34	35.8
SITUACIÓN CONYUGAL		
Soltero	16	16.8
Casado	64	67.4
Conviviente	3	3.2
Separado	8	8.4
Viudo	4	4.2
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Primaria	19	20
Secundaria	41	43.2
Superior	35	36.8
TIPO DE FAMILIA		
Familia Nuclear	74	77.9
Familia Extendida	3	3.2
Familia Monoparental	10	10.5
Familia Reconstituida	1	1.1
No tiene familia	7	7.4
TIEMPO DE TTO HEMODIÁLISIS		
Menos de 6 meses	0	0
6 a 10 meses	67	70.5
1 a más meses	13	13.7

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

En la tabla N°1 se observa que el 57.9% de la población de estudio se encuentra en el ciclo de vida de adulto es decir más de 30 años es decir que más del 96 % son los adultos, 64.2% son de sexo masculino, 67.4% son casados, 43.2% terminaron la secundaria y 36,8 superior es decir que el 80 % podría recibir educación sanitaria adecuada para mejorar la adherencia y calidad de vida dentro de la enfermedad y el tratamiento hemodialítico. En cuanto al aspecto familiar 77.9% de la población de estudio es miembro de una familia nuclear lo que indicaría que tienen algún tipo de apoyo familiar y el 70.5% indica que recibe tratamiento de hemodiálisis de 6 a 10 meses en este establecimiento luego del cual van a clínicas tercerizada para su tratamiento permanente,

Se deduce que más de la mitad de la población de estudio son casados, son de sexo masculino, provienen de una familia nuclear y tienen en promedio de 6 a 10 meses recibiendo tratamiento de hemodiálisis y menos de la mitad tienen grado de instrucción secundario.

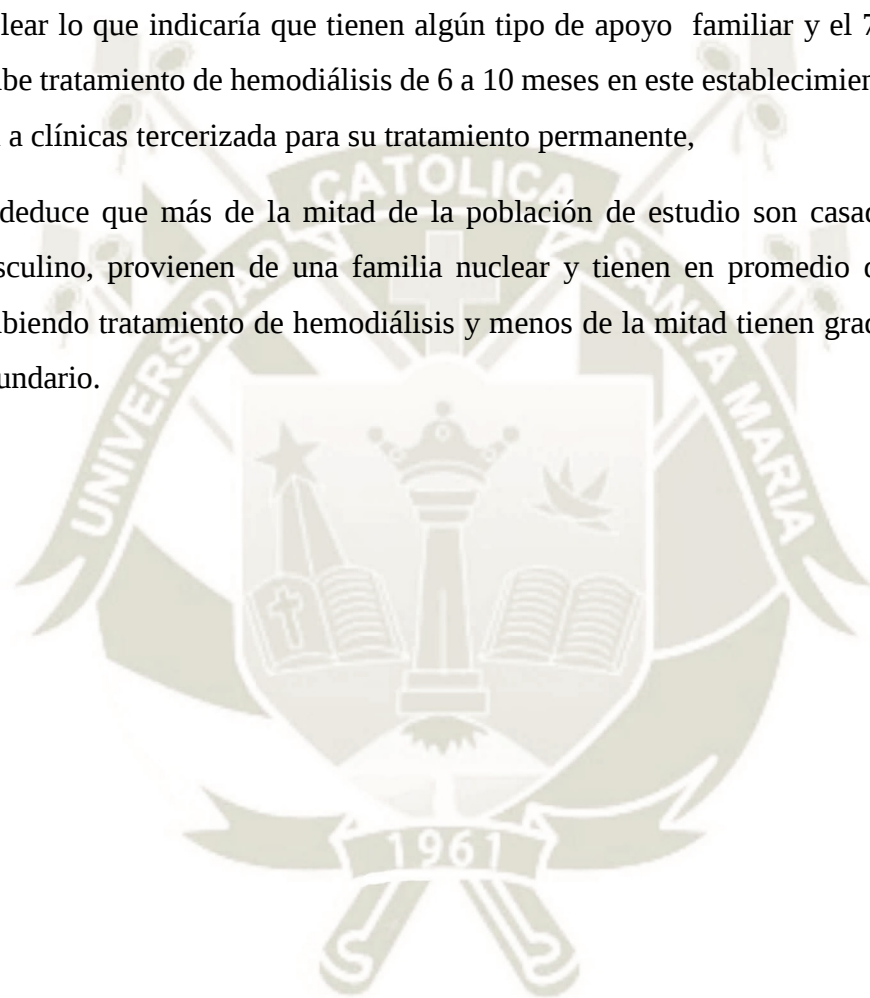


TABLA 2
**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN APOYO SOCIAL.
HOSPITAL CASE. AREQUIPA, 2019**

CRITERIOS	f	%
Alto	54	56.8
Moderado	28	29.5
Bajo	13	13.7
TOTAL	95	100

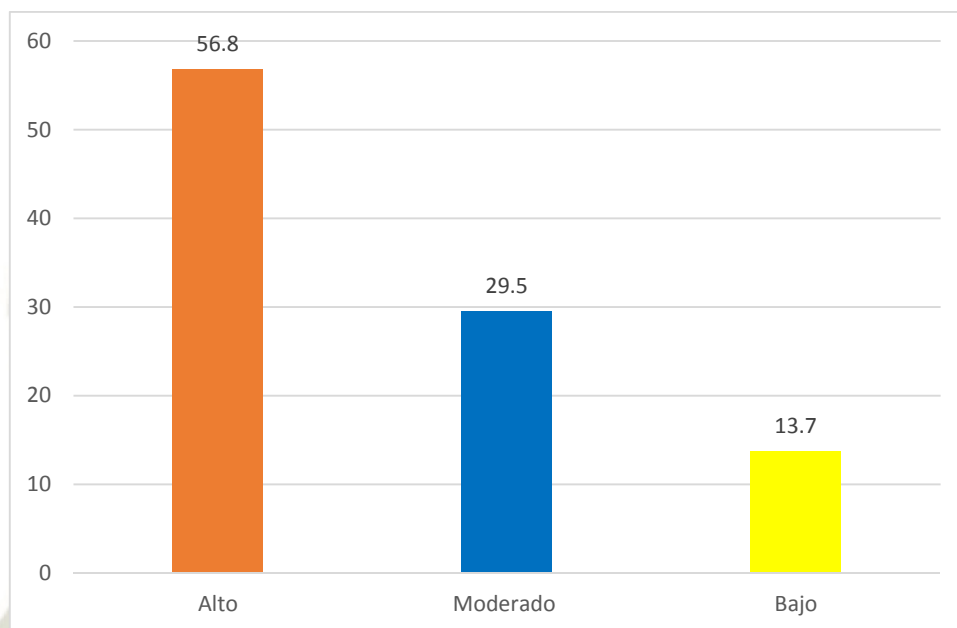
Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

En la tabla N°2 se observa que el 56.8% de la población de estudio presentan un alto apoyo social, 29.5% tienen un moderado apoyo social y 13% presentan un bajo apoyo social.

Se deduce que en un 86,3 de la población tiene un apoyo social entre moderado y alto lo cual es aceptable para tener un soporte social del paciente con IRCT ya que es clave en toda intervención que se realice con el paciente,

GRÁFICO 1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN APOYO SOCIAL. HOSPITAL CASE. AREQUIPA, 2019



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

TABLA 3
**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NÚMERO DE
RED DE APOYO SOCIAL. HOSPITAL CASE. AREQUIPA, 2019**

N° de personas	AMIGOS		FAMILIARES	
	f	%	f	%
1 a 2	8	8.4	4	4.2
3 a 4	41	43.2	63	66.3
5 a 6	22	23.2	26	27.4
7 a más	24	25.3	2	2.1
TOTAL	95	100	95	100

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

En la tabla N°3 se observa que en cuanto al número de red de apoyo que presenta la población de estudio, 66.3% presenta de 3 a 4 familiares y 43.2% de 3 a 4 amigos.

Se deduce que en cuanto a la red de apoyo social que presenta la población de estudio, más de la mitad señaló que está comprendida de 3 a 4 familiares, menos de la mitad indicó que está conformada por 3 a 4 amigos, así mismo cabe resaltar que menos de la cuarta parte señala que no cuenta con amigos.

Es decir que entre 3 a 6 personas que tienen de apoyo son el 93 % de pacientes no se encuentran totalmente solos.

TABLA 4

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN PRÁCTICAS DE
AUTOCUIDADO EN SU DIMENSIÓN ALIMENTACIÓN Y CONTROL DE
LÍQUIDOS, HOSPITAL CASE. AREQUIPA, 2019**

CRITERIOS	f	%
Adecuadas	20	21.1
Poco adecuadas	39	41.1
Inadecuadas	36	37.9
TOTAL	95	100

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

En la tabla N°4 se observa que el 41.1% de la población de estudio realizan prácticas poco adecuadas de autocuidado en cuanto a alimentación y control de líquidos, 37.9% tienen prácticas inadecuadas y sólo el 21.1% presentan prácticas adecuadas.

De la cual se observa que la mayor parte en un 79 % requiere reforzar las prácticas en cuanto a la alimentación y el control de líquidos.

TABLA 5

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN PRÁCTICAS DE
AUTOCUIDADO EN SU DIMENSIÓN HIGIENE PERSONAL Y CUIDADOS
DE LA PIEL. HOSPITAL CASE. AREQUIPA, 2019**

CRITERIOS	f	%
Adecuadas	13	13.7
Poco adecuadas	39	41.1
Inadecuadas	43	45.3
TOTAL	95	100

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

En la tabla N°5 se observa que el 45.3% de la población de estudio realizan prácticas inadecuadas, 41.1% poco adecuadas y 13.7% adecuadas.

Se deduce que en cuanto a las prácticas de autocuidado en la higiene personal y cuidados de la piel más de la mitad de población de estudio no presentan prácticas adecuadas, es decir un 86,4 % reflejan de una adecuada información.

TABLA 6

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN SU DIMENSIÓN TRATAMIENTO Y CUIDADOS DEL ACCESO VASCULAR. HOSPITAL CASE. AREQUIPA, 2019

CRITERIOS	f	%
Adecuadas	53	55.8
Poco adecuadas	33	34.7
Inadecuadas	9	9.5
TOTAL	95	100

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

En la tabla N°6 se observa que el 55.8% de la población de estudio realizan prácticas adecuadas en cuanto al tratamiento y cuidados del acceso vascular, 34.7% poco adecuadas y 9.5% son inadecuadas, es decir que el 90 % tienen una aceptable practica de autocuidado dentro lo establecido según protocolos.

Se deduce que, en cuanto a las prácticas de autocuidado en el tratamiento y cuidados del acceso vascular, más de la mitad de población de estudio presentan prácticas adecuadas.

TABLA 7

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN PRÁCTICAS DE
AUTOCUIDADO EN SU DIMENSIÓN DESCANSO, SUEÑO Y RECREACIÓN.
HOSPITAL CASE. AREQUIPA, 2019**

CRITERIOS	f	%
Adecuadas	28	29.5
Poco adecuadas	38	40
Inadecuadas	29	30.5
TOTAL	95	100

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

En la tabla N°7 se observa que el 40% de la población de estudio realizan prácticas poco adecuadas en cuanto al descanso, recreación y sueño, 30.5% inadecuadas y 29.5% son adecuadas, entonces podemos decir que en un 70 % de la población fue un cambio no solo fisiológico sino también psicológico y emocional que tuvo un muy fuerte impacto en su descanso sueño y recreación.

Se deduce que en cuanto a las prácticas de autocuidado en la dimensión descanso, recreación y sueño, más de la mitad de población de estudio no presentan prácticas adecuadas.

TABLA 8

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN PRÁCTICAS DE
AUTOCUIDADO EN SU DIMENSIÓN RELACIONES INTERPERSONALES.
HOSPITAL CASE. AREQUIPA, 2019**

CRITERIOS	f	%
Adecuadas	54	56.8
Poco adecuadas	33	34.7
Inadecuadas	8	8.4
TOTAL	95	100

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

En la tabla N°8 se observa que el 56.8% de la población de estudio realizan prácticas adecuadas en cuanto a las relaciones interpersonales, 34.7% poco adecuadas y 8.4% son inadecuadas.

Se deduce que en cuanto a las prácticas de autocuidado en la dimensión relaciones interpersonales, el 77.9 de población de estudio presentan prácticas adecuadas .

TABLA 9
**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN FRECUENCIA
DE ELIMINACIÓN FECAL. HOSPITAL CASE. AREQUIPA, 2019**

N° eliminaciones/día	f	%
Ninguna	4	4.2
1-2	83	87.3
3 a más	8	8.4
TOTAL	95	100

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

En la tabla N°9 se observa que el 87.3% de la población de estudio evacúa de 1 a 2 veces por día, 8.4% de 3 a más veces y 4.2% no evacúa.

Se deduce que en cuanto al número de veces de evacuación que tiene la población de estudio, la gran mayoría lo hace de 1 a 2 veces y menos de la cuarta parte presenta evacuaciones anómalas.

TABLA 10
**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN PRÁCTICAS DE
AUTOCUIDADO. HOSPITAL CASE. AREQUIPA, 2019**

CRITERIOS	f	%
Adecuadas	34	35.8
Poco adecuadas	40	42.1
Inadecuadas	21	22.1
TOTAL	95	100

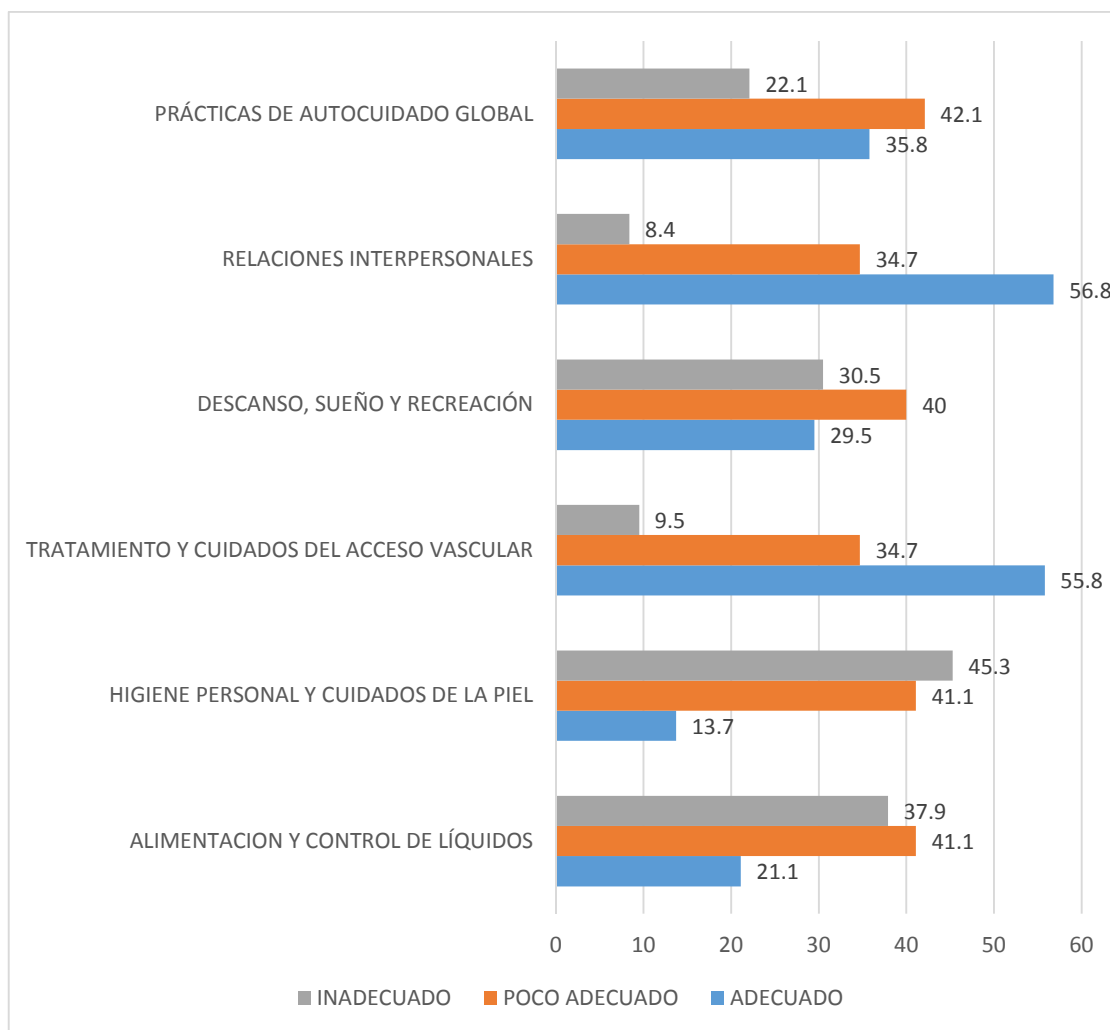
Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

En la tabla N°10 se observa que el 42.1% de la población de estudio realizan prácticas poco adecuadas en cuanto a prácticas de autocuidado, 35.8% son adecuadas y 22.1% son inadecuadas.

Se deduce que, en cuanto a las prácticas de autocuidado en todas sus dimensiones, menos de la mitad de población de estudio presentan prácticas adecuadas de autocuidado.

GRÁFICO 2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO. HOSPITAL CASE. AREQUIPA, 2019



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

TABLA 11

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN RELACIÓN
ENTRE APOYO SOCIAL Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO. HOSPITAL
CASE. AREQUIPA, 2019**

APOYO SOCIAL	PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO							
	Adecuado		Poco Adecuado		Inadecuado		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Alto	23	24.2	23	24.2	8	8.4	54	56.8
Moderado	9	9.5	12	12.6	7	7.4	3	29.5
Bajo	2	2.1	5	5.3	6	6.3	13	13.7
TOTAL	34	35.8	40	42.1	21	22.1	95	100

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

Coefficiente de correlación Pearson= 0.261 Sig. (bilateral)=0.011

Interpretación:

En la tabla N°11 se observa que del 56.8% que presentan alto apoyo social, 24.2 presentaron adecuadas y poco adecuadas prácticas de autocuidado respectivamente; el 29.5% que presentaron moderado apoyo social el 12.6% tuvo prácticas poco adecuadas y el 13.7% que presentó bajo apoyo social el 6.3% tuvo prácticas inadecuadas de autocuidado.

De acuerdo a la prueba estadística de correlación de Pearson se deduce que existe una relación directa entre las variables apoyo social y prácticas de autocuidado en los pacientes adultos hemodializados del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo. ($P < 0.05$)

COMPROBACIÓN DE LA DE HIPÓTESIS

Para medir el grado de relación entre las variables de estudio se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, a través de la siguiente fórmula:

$$\rho_{X,Y} = \frac{\sigma_{XY}}{\sigma_X \sigma_Y} = \frac{E[(X - \mu_X)(Y - \mu_Y)]}{\sigma_X \sigma_Y},$$

Para el cálculo de la covarianza se utilizó la siguiente fórmula:

$$\rho_{X,Y} = \frac{\sigma_{XY}}{\sigma_X \sigma_Y} = \frac{E[(X - \mu_X)(Y - \mu_Y)]}{\sigma_X \sigma_Y},$$

Donde:

- X = Apoyo social
- Y = Prácticas de autocuidado
- σ_{xy} es la covarianza de las variables de estudio (X, Y)
- σ_x es la desviación estándar de la variable X
- σ_y es la desviación estándar de la variable Y

Correlaciones

		APOYO SOCIAL	AUTOCUIDADO
APOYO SOCIAL	Correlación de Pearson	1	,261*
	Sig. (bilateral)		,011
	N	95	95
AUTOCUIDADO	Correlación de Pearson	,261*	1
	Sig. (bilateral)	,011	
	N	95	95

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Se observa que, de acuerdo al rango de la relación estadística entre las variables, la correlación es fuerte y positiva, ya que $r = 0.261$, dado que, a un alto apoyo social se tendrá adecuadas prácticas de autocuidado, y viceversa.

El coeficiente de correlación de Pearson obtenido corrobora la hipótesis planteada, la cual ha sido sometida a contrastación empírica, quedando así demostrado que: Sí existe relación entre las variables: Apoyo social y prácticas de autocuidado en el paciente adulto hemodializado del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo. Arequipa, 2019.

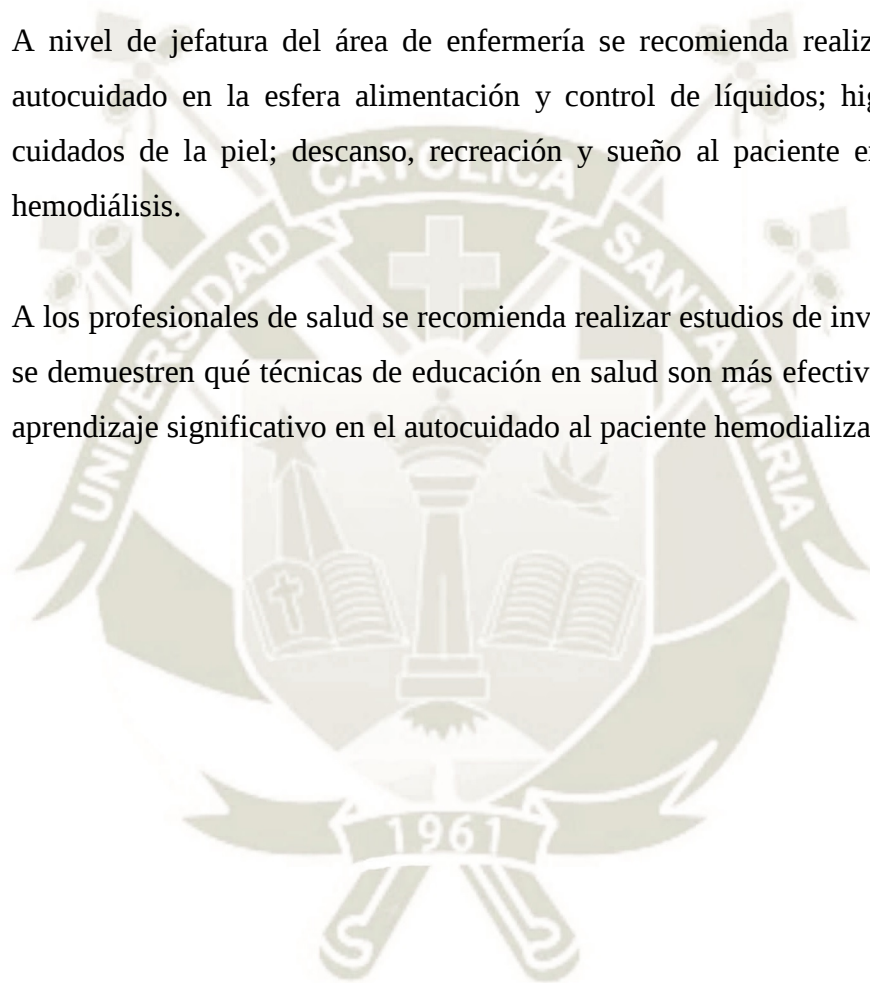


CONCLUSIONES

- PRIMERA** : En cuanto a las características sociodemográficas de la población de estudio se concluye que más de la mitad de la población de estudio se encuentran en el ciclo de vida de adulto, son de sexo masculino, son casados y más de la cuarta parte terminaron la secundaria. En cuanto al aspecto familiar más de las tres cuartas partes es miembro de una familia nuclear y recibe tratamiento de hemodiálisis de 6 a 10 meses.
- SEGUNDA** : En cuanto al apoyo social más de la mitad de la población de estudio tienen un alto apoyo social, más de la cuarta parte es moderado y menos de la cuarta parte presenta un bajo apoyo social.
- TERCERA** : En cuanto a las prácticas de autocuidado, menos de la mitad de la población de estudio realizan prácticas poco adecuadas de autocuidado. En la dimensión de alimentación y control de líquidos; menos de la mitad realizan prácticas inadecuadas, en la higiene personal y cuidados de la piel más de la mitad realizan prácticas adecuadas y en cuanto al tratamiento y cuidados del acceso vascular menos de la mitad realizan prácticas poco adecuadas. En cuanto al descanso, recreación y sueño más de la mitad realizan prácticas adecuadas.
- CUARTA** : En cuanto a la relación entre apoyo social y prácticas de autocuidado en paciente hemodializado, se determinó que hay una relación positiva y directa entre las dos variables.

RECOMENDACIONES

1. A nivel institucional se recomienda propiciar talleres de capacitación en la esfera del autocuidado al familiar y paciente para que pueda darse mejores prácticas de autocuidado en el paciente hemodializado.
2. A nivel de jefatura del área de enfermería se recomienda realizar talleres sobre autocuidado en la esfera alimentación y control de líquidos; higiene personal y cuidados de la piel; descanso, recreación y sueño al paciente en tratamiento de hemodiálisis.
3. A los profesionales de salud se recomienda realizar estudios de investigación dónde se demuestren qué técnicas de educación en salud son más efectivas para lograr un aprendizaje significativo en el autocuidado al paciente hemodializado.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA

1. OMS. Informe mundial destaca la carga y el abandono de la enfermedad renal en todo el mundo. [artículo del 25 de abril 2017]. [Internet]. [Consultado el 28 de diciembre del 2018]. Disponible en: <http://elmedicointeractivo.com/informe-mundial-destaca-carga-abandono-enfermedad-renal-todo-mundo-20170425155834111450/>
2. Herrera, P. Pacheco, J, Taype, A. La enfermedad renal crónica en el Perú. Una revisión narrativa de los artículos científicos publicados. Perú: Acta Med. 2016; 33(2):130-7. [Internet]. [Consultado el 28 de diciembre del 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v33n2/a07v33n2.pdf>
3. OPAS. La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento. [Internet] [Consultado el 28 de diciembre del 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542:2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=pt
4. INEI. Enfermos renales en Perú. artículo del 9 de diciembre 2018. [Internet]. [Consultado el 28 de diciembre del 2018]. Disponible en: <https://www.peruinforma.com/50-de-peruanos-con-enfermedades-renales-cronicas-en-etapa-avanzada-recibe-tratamiento/>
5. Orem Dorothea E. “Teoría de autocuidado” [Revisado el 29 de diciembre del 2018]. Disponible En: <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/dorothea.html>
6. Berruz, C. Perfil epidemiológico de la enfermedad renal crónica de causa no especificada. Estudio a realizar en los pacientes tratados en el Hospital Abel Gilbert Ponton en el periodo 2015 – 2016. Ecuador, 2017. [Internet]. [Consultado el 29 de diciembre del 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31823/1/CD-1532%20BERRUZ%20TENORIO%2cCHRISTIAN%20ALEXANDER.pdf>

7. Barra, E. Apoyo social, estrés y salud. Psicología y Salud. Chile: Vol. 14, Num,2: 237-243,2004. [Internet]. [Consultado el 28 de diciembre del 2018]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Enrique_Barra_Almagia/publication/235746796_Social_support_stress_and_health_Apoyo_social_estres_y_salud/links/09e4151311a000386c000000/Social-support-stress-and-health-Apoyo-social-estres-y-salud.pdf
8. Ávila, A., Roji, B. y Saúl, L. (coordinadores). Introducción a los tratamientos psicodinámicos. España: UNED, 2014. ISBN: 978-84-362-6932-1. [Internet]. [Revisado el 28 de diciembre del 2018]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=KzvUBAAQBAJ&pg=PT603&dq=apoyo+social+concepto&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwim8-KZ9sTfAhVBi1kKHVzuBwgQ6AEIVjAI#v=onepage&q=apoyo%20social%20concepto&f=false>
9. Musitu, G. et al. Introducción a la psicología comunitaria. Barcelona: UOC, 2004. [Internet]. [Revisado el 29 de diciembre del 2018]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=jMQSEPBlblkC&pg=PA213&dq=FUNCIONES+del+apoyo+social&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj7ssbcksXfAhXIT98KHS1dAOwQ6AEIMzAC#v=onepage&q=FUNCIONES%20del%20apoyo%20social&f=false>
10. Estévez, E. Musitu, G. (coordinadores). Intervención psicoeducativa en el ámbito familiar, social y comunitario. España, Paraninfo, S.A. 2016. [Internet]. [Revisado el 29 de diciembre del 2018]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=QCdSDQAAQBAJ&pg=PA238&dq=FUNCIONES+del+apoyo+social&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj7ssbcksXfAhXIT98KHS1dAOwQ6AEIPjAE#v=onepage&q=FUNCIONES%20del%20apoyo%20social&f=false>
11. Cabrera M. Autocuidado en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en centro de diálisis Chiclayo – Perú; Universidad nacional de Chiclayo; 2013 [Tesis] [Citado el 29 de diciembre del 2018]. Disponible en: <http://repositorio.udch.edu.pe/handle/UDCH/142?>

12. Gonzales, M. y Martínez, R. Manual de accesos vasculares para hemodiálisis. España: Marge Medica Books, 1ed 2010. [Internet]. [Revisado el 29 de diciembre del 2018]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=JLiaDQAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=ACCESOS+VASCULARES+EN+LA+HEMODI%C3%81LISIS+%E2%80%A2%09Cat%C3%A9ter+Venoso+Central&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj38qmCyMffAhWMMd8KHT5wAwQQ6AEIKDAA#v=onepage&q=ACCESOS%20VASCULARES%20EN%20LA%20HEMODI%C3%81LISIS%20%E2%80%A2%09Cat%C3%A9ter%20Venoso%20Central&f=false>
13. Aljama, P. et al. Nefrología Clínica. España: Panamericana, S. A 3ra ed. 2009. [Internet]. [Revisado el 29 de diciembre del 2018]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=LfvX3WgYsNIC&pg=PA801&dq=INSUFICIENCIA+RENAL+CRONICA+ESTADIOS&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjJ--6owcXfAhWE1FkKHfHeDEoQ6AEIKDAA#v=onepage&q=INSUFICIENCIA%20RENAL%20CRONICA%20ESTADIOS&f=false>
14. Soriano, S. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. Nefrología 2004; 24 Supl (6): 27-34.
15. Orozco, R. Prevención y tratamiento de la enfermedad renal crónica (ERC). MED. CLIN. CONDES-2010; 21(5) 779-789. [Internet]. [Revisado el 29 de diciembre del 2018]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864010706003>
16. Gil, A. Diálisis peritoneal en pacientes con enfermedad renal crónica del servicio de nefrología del hospital de especialidades Abel Gilbert Ponton durante el periodo 2014-2015. Ecuador, Universidad de Guayaquil. 2017. [Internet]. [Revisado el 29 de diciembre del 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/32236/1/CD-1713%20GIL%20VARGAS%2c%20ANGELA%20GALUTH.pdf>

17. Gonzales, M. y Martínez, R. Manual de accesos vasculares para hemodiálisis. España: Marge Medica Books, 1ed 2010. [Internet]. [Revisado el 29 de diciembre del 2018]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=JLiaDQAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=ACCESOS+VASCULARES+EN+LA+HEMODI%C3%81LISIS+%E2%80%A2%09Cat%C3%A9ter+Venoso+Central&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj38qmCyMffAhWMMd8KHT5wAwQQ6AEIKDAA#v=onepage&q=ACCESOS%20VASCULARES%20EN%20LA%20HEMODI%C3%81LISIS%20%E2%80%A2%09Cat%C3%A9ter%20Venoso%20Central&f=false>
18. Expósito, A. y López, F. Administración pública y medicamentos. España: ACCI, 2016. [Internet]. [Revisado el 29 de diciembre del 2018]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=OIEqDgAAQBAJ&pg=PA151&dq=ACCESOS+VASCULARES+EN+LA+HEMODI%C3%81LISIS+%E2%80%A2%09Cat%C3%A9ter+Venoso+Central&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj38qmCyMffAhWMMd8KHT5wAwQQ6AEIXTAJ#v=onepage&q&f=false>
19. NIDDK. Métodos de tratamiento para la insuficiencia renal: Hemodiálisis. EEUU: NIDDK. N° 07-46665. 2007. [Internet]. [Revisado el 29 de diciembre del 2018]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-rinones/metodos-tratamiento-insuficiencia-renal-hemodialisis>
20. Rodríguez Manrique, Jacqueline, Salas Fuentes, Olinda. “Influencia del apoyo social funcional en la calidad de vida de los pacientes atendidos en el programa COPHOES del Hospital Base Carlos Alberto Seguin Escobedo Essalud”. Arequipa, 2017. [Tesis] [Citado el 29 de diciembre del 2018]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNSA_8b77fbc8e9c27aa0bb7cbbd0f94875a1
21. Laura Huahuachampi, Mariela, Pérez Rojas, Helen. “Apoyo social y adherencia terapéutica en personas con insuficiencia renal crónica sometidos a Hemodiálisis Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2016” 2016. [Tesis] [Citado el 29 de diciembre del 2018]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/1800>

22. De La Cruz Alzamora, Sally, Sernaque Cinthya. Nivel de información y autocuidado en el paciente con enfermedad renal crónico terminal en tratamiento de hemodiálisis- Hospital Regional Docente de Trujillo, 2017. [Tesis] [Citado el 29 de diciembre del 2018]. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/7689>

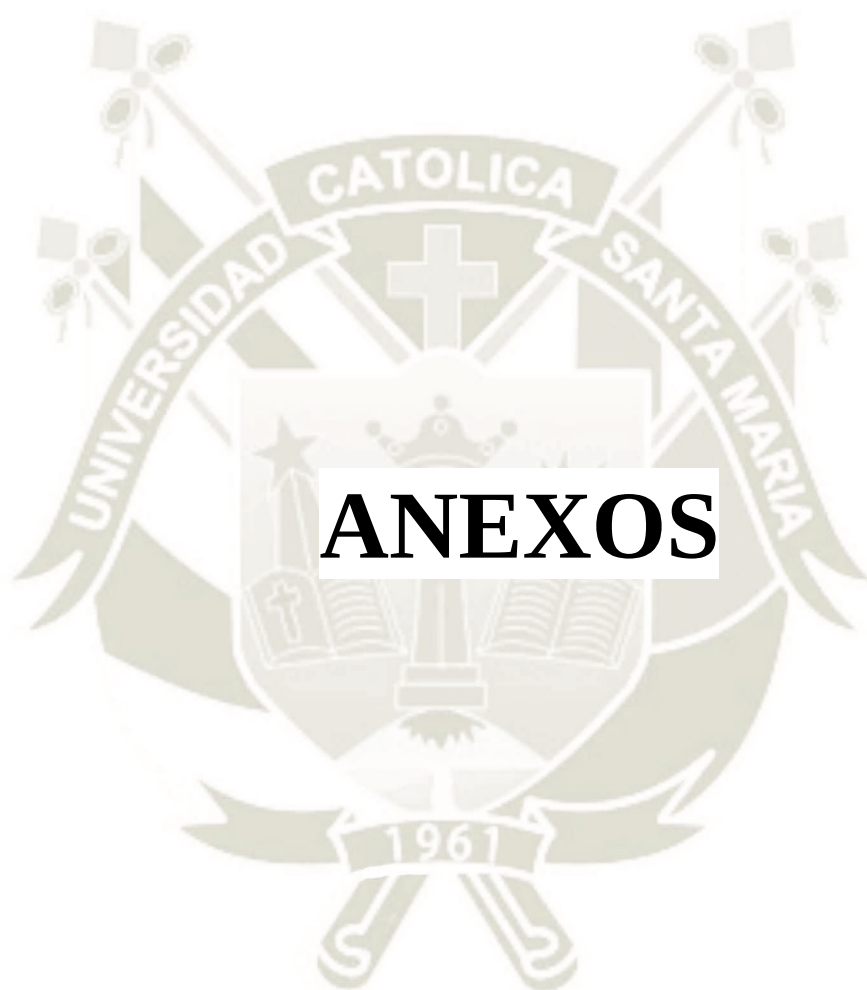
23. Tello García, Ivonne. Autocuidado del adulto con insuficiencia renal crónica que recibe hemodiálisis en el centro particular virgen de la puerta. Trujillo, 2017. [Tesis] [Citado el 29 de diciembre del 2018]. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/3031>

24. Mendoza González, Luis, et al. Gestión del autocuidado en pacientes con insuficiencia renal crónica, que asiste al programa de hemodiálisis, Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, II semestre 2016. Nicaragua 2016. [Tesis] [Citado el 29 de diciembre del 2018]. Disponible en: <http://repositorio.cnu.edu.ni/Record/RepoUNANM4198>

25. Almeida López, Vivian, Giler Velázquez, Erika. Autocuidado a usuarios hemodializados y familiares de la clínica renacer de la ciudad de Portoviejo. Octubre-Diciembre 2016. Ecuador 2016. [Tesis] [Citado el 29 de diciembre del 2018]. Disponible en: <http://repositorio.utm.edu.ec/handle/123456789/58/browse?type=subject&order=ASC&rpp=20&value=HEMODIALISIS>

26. Cabrera M. Autocuidado en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en centro de diálisis Chiclayo – Perú; Universidad nacional de Chiclayo; 2013 [Tesis] [Citado el 29 de diciembre del 2018]. Disponible en: <http://repositorio.udch.edu.pe/handle/UDCH/142?>

27. Vaca Deibi. Validación del cuestionario de MOS. Perú 2016 [Internet] [Citado el 29 de Diciembre del 2018]. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/download/12452/11143>



ANEXOS

ANEXO N°1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO, _____, identificado con DNI _____ paciente de la unidad de hemodiálisis con atención en el Hospital CASE-Servicio de Nefrología ACEPTO participar del proyecto de Investigación científica “Relación entre Apoyo Social y Prácticas de autocuidado en el paciente adulto hemodializado del HNCASE-AQP,2019”, recibiendo la información necesaria y cuyo objetivo de estudio es para evaluar la relación entre el apoyo social y su influencia en el proceso de autocuidado y el procedimiento que se realizará consiste en una encuesta FORMATO 1 y 2 guardándose la confidencialidad de los datos proporcionados y obtenidos.

Habiendo leído el formato de consentimiento que se me ha entregado, he podido hacer las preguntas que considere necesarias para el estudio, las que han sido contestadas en un lenguaje comprensible y han sido de mi entera satisfacción. Así mismo entiendo que mi participación es voluntaria y que retirarme del estudio en cualquier momento y sin dar ninguna explicación sin que eso repercuta en mi atención.

Al firmar este consentimiento no estoy renunciando a ninguno de mis derechos legales, según leyes vigentes.

Acepto voluntariamente participar en este estudio.

Nombre

Fecha

Firma

DNI

Desglosable

En caso de dudas y/o consultas puede ubicar a la investigadora:
Lic. Araceli Huarsaya Mamani Vda de Malca
Fono: 995201089

Gracias por su apoyo en la investigación

ANEXO N°2

CUESTIONARIO DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE ADULTO EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

TITULO DE LA INVESTIGACION: “RELACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE ADULTO HEMODIALIZADO DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO, AREQUIPA 2019”

INSTRUCCIONES. Sírvase marcar con un aspa (x) las respuestas que usted considere pertinentes. Sus respuestas serán manejadas en forma anónima por lo que se le solicita veracidad al momento de contestar las interrogantes planteadas.

Datos Generales

- a. ¿Cuál es su edad? _____ Años
- b. Sexo
 - a. Masculino ()
 - b. Femenino ()
- c. ¿Cuál es su estado conyugal?
 - a. Soltero (a) ()
 - b. Casado (a) ()
 - c. Conviviente ()
 - d. Separado (a) ()
 - e. Viudo (a) ()
- d. ¿Cuál es su grado de instrucción?
 - a. Primaria ()
 - b. Secundaria ()
 - c. Superior ()
- e. ¿Tiempo de tratamiento de hemodiálisis? _____

¿Qué tipo de familia tiene usted?

- a. Familia Nuclear:
(Formada por la madre, el padre y los hijos) ()
- b. Familia Extendida:
(Formada por parientes (abuelos, tíos, etc.) ()
- c. Familia Monoparental:
(Formada por uno de los padres) ()
- d. Familia Reconstruida:
(Formada por padrastro o madrastra) ()

ITEM	ALIMENTACIÓN Y CONTROL DE LÍQUIDOS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1	Consume alimentos con aporte de sal normal			
2	Consume alimentos cítricos con frecuencia			
3	Consume líquidos en gran cantidad			
4	Consume alimentos en gran cantidad porque le da mucha hambre			
5	Controla diariamente su peso para evitar excesos y retener líquidos			
6	Consume sus alimentos a horas establecidas			
HIGIENE PERSONAL Y CUIDADOS DE LA PIEL		SIEMPRE	A VECES	NUNCA
7	Se expone al sol sin utilizar protector solar			
8	Evita exponerse muchas horas al sol			
9	Se baña todos los días			
TRATAMIENTO Y CUIDADOS DEL ACCESO VASCULAR		SIEMPRE	A VECES	NUNCA
10	Asiste a hemodiálisis según lo indicado por el médico			
11	Realiza la higiene de su FAV con agua y jabón neutro			
12	Evita levantar peso con su brazo donde se encuentra la FAV			
13	Busca estar informado sobre su enfermedad			
14	Acude a sus controles médicos periódicamente			
15	Cumple con el tratamiento médico indicado			
16	Valora su acceso vascular mediante la palpación y la observación			
DESCANSO, SUEÑO Y RECREACIÓN		SIEMPRE	A VECES	NUNCA
17	Practica caminatas, paseos familiares, fiestas, etc.			
18	Duerme por lo menos 8 horas diarias			
19	Piensa constantemente en su enfermedad			
20	Cuando esta estresado realiza alguna actividad de relajación			
RELACIONES INTERPERSONALES		SIEMPRE	A VECES	NUNCA
21	Las relaciones con los miembros de su familia son positivas			
22	Siente que se estresa muy rápidamente ante situaciones difíciles			

ELIMINACIÓN

¿Cuántas veces defeca al día?: _____

Gracias por su colaboración...

ANEXO N°3

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO DE MOSS

TITULO DE LA INVESTIGACION: “RELACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE ADULTO HEMODIALIZADO DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO, AREQUIPA 2019”

INSTRUCCIONES. Las siguientes preguntas se refieren al apoyo social o ayuda que Ud. dispone.

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre). Escriba el N° de amigos y familiares _____

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. ¿De cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

N°	CRITERIOS	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2	Hay alguien que le ayude cuando tiene que estar en la casa					
3	Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar					
4	Alguien que le aconseje cuando tiene problemas					
5	Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita					
6	Alguien que le muestre amor y afecto					
7	Alguien con quien pasar un buen rato					
8	Alguien que le informe y le ayude a entender una situación					
9	Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones					
10	Alguien que le abrace					
11	Alguien con quien pueda relajarse					
12	Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo					

13	Alguien cuyo consejo realmente desee					
14	Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas					
15	Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo					
16	Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos					
17	Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales					
18	Alguien con quien divertirse					
19	Alguien que comprenda sus problemas					
20	Alguien a quien amar y hacer sentirse querido					

