



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**APOYO SOCIAL Y ADHERENCIA DEL PACIENTE AL TRATAMIENTO  
DE HEMODIÁLISIS**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS NEFROLÓGICOS**

**AUTORA**

**Lic. AUDANTE CAMPOS, MARGOT**

**ASESORA**

**Mg. ROSA VAIZ BONIFAZ**

**Lima – Perú**

**2017**

**ASESORA**

**Mg. ROSA VAIZ BONIFAZ**

**CO - ASESORA**  
**LIC. ELENA TAM PHUN**

## INDICE

	<b>PAG.</b>
Resumen	
Introducción	01
Capítulo I: Planteamiento del Problema	03
Capitulo II: Propósito y Objetivos	06
Capitulo III: Marco Teórico	07
Capitulo IV: Hipótesis y Operacionalización de Variables	15
Capítulo V: Material y Método	20
Capítulo VI: Consideraciones Éticas y Administrativas	24
Referencias Bibliográficas	27
Anexos	

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el apoyo social y la adherencia al tratamiento de hemodiálisis en los pacientes del servicio de Hemodiálisis del hospital Alberto Barton Thompson del Callao en el periodo de marzo a Julio del año 2018.

**Material y métodos:** estudio descriptivo de corte transversal; la muestra de estudio estará constituida por aproximadamente 54 pacientes adultos que firmen el consentimiento informado. Para la recolección de datos se realizará una entrevista y se aplicará el cuestionario de adherencia diseñado por Martín Bayarré Grau (MBG) y el cuestionario de apoyo social MOS desarrollado por Sherbourne y Stewart, instrumentos que ya han sido validados, para mayor confiabilidad se realizará una prueba piloto en 10 pacientes que no formaran parte de la muestra de estudio. Se coordinará con los jefes del para realizar el recojo de datos 3 veces a la semana por 4 semanas consecutivas, se entrevistará de modo individual a cada participante y se aplicará el instrumento en aproximadamente 10 minutos. Los datos obtenidos se codificarán y procesará en una base de datos diseñados en Excel; los resultados serán analizados por frecuencia y porcentaje y serán presentados en tablas estadísticas.

**Palabras Claves:** Adherencia al tratamiento, apoyo social, hemodiálisis. (fuente: DeCS)

## INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal crónica (ERC), es una enfermedad progresiva e irreversible de la función renal, considerado como un gran problema de salud pública a nivel mundial y nacional. Datos de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología, muestra un incremento lineal de la demanda de servicios de diálisis desde el año 1992. Según datos de la encuesta NHANES, realizada en EE. UU. en el año 2003, la ERC, afectó al 10 por ciento de la población, una de cada 10 personas estaría afectada por algún grado de ERC.

En 1992 se reportó una tasa de 122 pmp (Por millón de población) y en 1994 una tasa de 68 pmp. Un estudio en población mayor de 35 años describe una prevalencia de ERC de 16,8%. En base a estos datos se estima que 2 507 121 personas tendrían ERC en estadio prediálisis, 19 197 personas tendrían ERC terminal (ERC-t) y la brecha no atendida sería de 7 778 pacientes en el SIS. La población en ERC-t en EsSalud supera en más de un 34% a la población estimada, indicador que muestra que la demanda está sobresaturada.

La ERC es un problema de salud pública en el Perú y existe gran demanda de pacientes en estadio en fase terminal y muy poca oferta de servicios para su tratamiento. Como la hemodiálisis es una de sus principales formas de terapia de sustitución renal, la infraestructura física y el equipamiento es insuficiente y están colapsando (1).

El daño renal conlleva a que los pacientes cambien su estilo de vida aceptando una terapia de sustitución renal, para continuar viviendo. La hemodiálisis es una de las terapias más utilizadas, donde el paciente tiene que acudir tres veces por semana y permanecer de 3 a 4 horas en el establecimiento para realizar la depuración de su sangre (2).

La adherencia al tratamiento de hemodiálisis es prioridad y estaría relacionada con el apoyo social, en primer lugar, la familia por estar cerca al paciente y afrontar conjuntamente los cambios que genera la enfermedad y el tratamiento (3).

El apoyo social puede ser un valioso recurso, capaz de promover una mejor adaptación de la persona a las demandas impuestas por la enfermedad, constituyéndose en una herramienta importante para el profesional de salud y, en especial, para el enfermero. Conocer el proceso y la estructura del apoyo social permite un mejor entendimiento de la manera por la cual suceden las relaciones sociales de las personas, y como esas relaciones pueden facilitar o promover comportamiento promotores y protectores de salud (4).

En los servicios de nefrología, en la unidad de hemodiálisis, se observa ausentismo de los pacientes, se considera que la asistencia a las sesiones de hemodiálisis es parte fundamental de la adherencia al tratamiento. Ya que la ausencia repercute en su salud (5).

Motivos por los cuales se propone el presente estudio ¿Cómo es el apoyo social y la adherencia de los pacientes al tratamiento de hemodiálisis?, con el propósito de motivar al personal de salud para revisar y fortalecer los programas de educación al paciente y su familia para una buena adherencia al tratamiento.

## **CAPITULO I.**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Según la OPS la enfermedad renal crónica (ERC) afecta a cerca del 10% de la población mundial. Se puede prevenir, pero no tiene cura, suele ser progresiva, silenciosa y no presentar síntomas hasta etapas avanzadas (6). La hemodiálisis es una de las alternativas que los pacientes tienen para continuar viviendo y es la terapia usada con mayor frecuencia por la población de pacientes que padecen ERC (7). El 66% de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en Estados Unidos y el 46% a 98% en Europa, reciben hemodiálisis (8). En el Perú el número de atenciones por ERC en la consulta externa de los establecimientos del MINSA muestra una tendencia ascendente pasando de 4 402 el año 2002 a 14 863 el año 2011; siendo la hemodiálisis crónica (HDC) una de las formas de terapia de remplazo renal (TRR) más prevalentes con una tasa de 363 pacientes pmp (1).

Conocer el proceso de la enfermedad y las opciones terapéuticas antes de iniciar la terapia contribuye a reducir la ansiedad en los pacientes y familiares y a planificar la modalidad de tratamiento a seguir. Un buen programa de educación pre-diálisis reduce el riesgo de mortalidad en un 52% comparado con el seguimiento nefrológico tradicional a pesar de un temprano diagnóstico (9).

Para lograr que los pacientes se adhieran al tratamiento, deben seguir una conducta acordada con un prescriptor sanitario, con la toma de medicación, seguimiento de la dieta recomendada y ejecución de cambios en el estilo de vida. Aunque existe una serie de factores de riesgo que estarían relacionados con la no adherencia (10), entre los que se encuentran factores sociales y emocionales. Entre los sociales, resalta el apoyo social, es decir, la obtención de recursos a partir de la interacción con las demás personas lo que ha mostrado ser un determinante en la supervivencia y la adherencia al tratamiento (11).

Los pacientes en hemodiálisis (HD) son los que mayor cantidad de fármacos toman, en comparación con otros enfermos crónicos. Estas personas no siempre se atienen a las recomendaciones dadas por el personal sanitario en cuanto a su medicación, estilo de vida o dieta. Es sabido que la no adherencia al tratamiento



prescrito tiene implicaciones en la calidad de vida, la supervivencia de los pacientes y el coste económico de su tratamiento, siendo este un tema prioritario de salud pública (10).

La importancia que tiene la adherencia en los pacientes a la hemodiálisis radica en el impacto directo sobre la supervivencia y en la prevención frente a las descompensaciones agudas entre sesiones de diálisis (7). Existen diversos factores que afectan el cumplimiento del tratamiento, muchos de ellos están en relación con el paciente, la enfermedad, al régimen terapéutico, estructuras de salud y apoyo social (12).

En los servicios de Nefrología se observa inasistencias de los pacientes del programa de hemodiálisis, a las citas médicas y a las sesiones de hemodiálisis; algunos motivos referidos por los pacientes son la falta de apoyo familiar y no hay quien los lleve para que cumpla con las sesiones de hemodiálisis y en general con su tratamiento.

La situación descrita motiva a realizar la siguiente pregunta de investigación:

### **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las características del apoyo social y la adherencia al tratamiento de hemodiálisis en los pacientes que acuden al servicio de Nefrología del Hospital Alberto Barton Thompson del Callao en el periodo de marzo a Julio del año 2018?

### **JUSTIFICACIÓN**

La ERC es considerada un problema de salud pública, por el incremento del número de pacientes y por los elevados costos del tratamiento que esta genera. La oferta de servicios de hemodiálisis proviene mayormente de la empresa privada en un 60% versus un 40% del sector público, frente a una gran demanda de atención. La infraestructura física y equipamiento para hemodiálisis es escaso y está ausente en muchas regiones del Perú, por lo tanto, los pocos servicios existentes estarían colapsados (1).

La frecuente inasistencia del paciente con ERC a su tratamiento lo predispone a diversas complicaciones que conlleva a hospitalizaciones e incrementan la morbilidad y mortalidad por el incumplimiento del tratamiento (13).

La familia es el apoyo social más cercano con el que cuenta el paciente. La cohesión familiar y el apoyo familiar muchas veces influyen en el paciente y su adherencia al tratamiento de hemodiálisis; la oposición o la no participación al tratamiento medicamentoso por parte de la familia o amigos del paciente se asocian a altas tasas de abandono (14).

A pesar de que existen estudios sobre la adhesión al tratamiento y el apoyo social, son escasos los relacionados al paciente en hemodiálisis.

### **VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO**

La Dirección de Investigación, el Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y la institución de salud en donde se ejecutará el estudio apoyan la realización de investigaciones. La investigadora maneja el proceso de investigación, conoce a profundidad el tema a investigar, y cuenta con bibliografía actualizada, tiempo y presupuesto para la realización del estudio.

## **CAPITULO II.**

### **PROPÓSITO Y OBJETIVOS**

#### **PROPÓSITO**

Motivar al personal de salud en especial a las enfermeras y enfermeros que laboran en los servicios de nefrología para revisar y fortalecer los programas de educación al paciente y a la familia en relación con el apoyo social para una mejor adherencia al tratamiento.

#### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar las características del apoyo social y la adherencia al tratamiento de hemodiálisis en los pacientes el servicio de Nefrología del hospital Alberto Barton Thompson del Callao en el periodo de marzo a Julio del año 2018.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar las características del apoyo social en los pacientes al tratamiento de hemodiálisis en sus distintas dimensiones.
- Identificar la adherencia del paciente al tratamiento de hemodiálisis en sus cuatro dimensiones.
- Descubrir la relación del apoyo social y adherencia al tratamiento de hemodiálisis según edad, sexo y rol familiar.

### **CAPITULO III.**

#### **MARCO TEÓRICO**

##### **ANTECEDENTES**

Se realizó la revisión de la literatura de manera exhaustiva, se encontraron estudios relacionados con alguna de las variables de estudio, ninguno similar al estudio que se pretende realizar.

Huertas M, Pérez R, Albalade M, Sequera P, Ortega M, Puerta M, Corchete E y Alcázar R, realizo un estudio sobre, Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica, Estudio observacional transversal llevado a cabo en 35 pacientes con enfermedad renal crónica en HD, evaluados mediante cuestionarios administrados por personal especializado. El grado de cumplimiento terapéutico se midió a través del Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ); los resultados fueron pacientes no adherentes presentan índices de depresión significativamente más elevados que los adherentes al tratamiento farmacológico. La ansiedad, el deterioro cognitivo y el apoyo social no muestran relación estadísticamente significativa con el grado de cumplimiento (11).

Rivas A, Vásquez M, Romero A, Escobar L, Sinning A y Correa C, realizaron un estudio sobre, Adherencia farmacológica de la persona con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, investigación descriptiva, transversal, en una muestra de 109 adultos en tratamiento de hemodiálisis, a quienes les realizaron visitas domiciliarias, y aplicaron el test Morisky-Green, test batalla y realizaron el conteo de medicamentos para calcular el porcentaje de cumplimiento (PC). Se encontró que el 55% de los pacientes deja de tomar la medicación cuando les cae mal, el 15% se olvida de tomarlo mientras 85% lo toma a la hora indicada, y no suspenden el tratamiento cuando se encuentran bien. La toma de tantos medicamentos causa cansancio y fatiga, además, el tener una enfermedad crónica cambia la historia de sus vidas. El equipo multidisciplinario debe promover el autocuidado y la adaptación como estrategia para mejorar la adherencia farmacológica (15).

Sandoval D, Chacón J, Muñoz R, Henríquez O, Koch E, Romero T, realizaron un estudio sobre influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. resultados de una cohorte del programa de salud cardiovascular de la región metropolitana, Chile, estudio transversal en una muestra aleatoria de 513 pacientes hipertensos (30 a 68 años) de un universo de 1.484 pacientes. La adherencia al tratamiento se determinó mediante el ensayo de Morisky-Green-Levine. Se registraron los valores demográficos, socio económicos y medios de la presión arterial. Se utilizaron cuestionarios validados para evaluar la relación médico-paciente, conciencia de ser hipertenso, percepción del paciente de apoyo social, cohesión familiar, evaluación de la autoestima del paciente y síntomas de estrés emocional y depresión. Los resultados fueron, La adherencia a la terapia farmacológica fue de 36,6%, mayor en mujeres. Después del análisis multivariado, la ausencia de adherencia se asoció con el sexo masculino, baja educación, 1,56, y un alto nivel de estrés emocional y depresión. Se concluyó lo siguiente, el estudio destaca la influencia de la inadecuada relación médico-paciente, alto nivel de estrés emocional y depresión, bajo nivel de educación e ingreso y género masculino en la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos seguidos en toda la Cardiovascular Health Program (CHP)(16).

Osorio D, Serna K, Vélez G, realizaron un estudio Inasistencia del paciente con insuficiencia renal crónica a su tratamiento de hemodiálisis en la unidad renal de fresenius medical care armenia, en 86 pacientes con los que se cuenta en la unidad renal aquellos pacientes que insistieron por lo menos 1 vez al mes en los primeros seis meses del año 2011, se realizó una encuesta a 18 pacientes, donde se encontró que la edad de los pacientes es un factor que influye por la dependencia de otras personas, para venir a su diálisis; el nivel de escolaridad es bajo en esta población. La inasistencia no se debe a causa de que el paciente no tenga transporte. Es muy importante el apoyo familiar que tenga el paciente, ya que de acuerdo con éste el paciente ve su diálisis como una alternativa de vida. Tras el comparativo de resultados en indicadores clínicos, se concluye que aquellos insistentes tienen

indicadores por debajo de los estándares, lo que hace que se deteriore su calidad de vida. Y se concluye que en general, que los pacientes renales de la UR Armenia tienen una alta adherencia al tratamiento (17).

Mosqueda DA, Mendoza PS, Jofé AV, Barriga OA, realizó un estudio de validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en apoyo adolescente, el instrumento fue aplicado a 247 estudiantes en el año 2013, de educación secundaria, se estableció la confiabilidad a través de evaluación de consistencia interna mediante alpha de Cronbach ( $\alpha = 0,88$ ), validez de criterio concurrente a través de correlación con escala de autoeficacia y validez de constructo mediante análisis factorial. El estudio concluyó que es un instrumento confiable y válido, que puede ser utilizado como una herramienta de evaluación por los profesionales de la salud, especialmente por enfermeras/os, con la finalidad de mejorar intervenciones de promoción y prevención en población adolescente chilena. (18).

## **BASE TEÓRICA**

**Insuficiencia renal crónica**, una de las enfermedades más prevalentes en la población con crecimiento rápido y progresivo. La última fase es conocida como “terminal”, convirtiéndose en un tema difícil para ser aceptado por el paciente y familia, convirtiéndose en una situación límite para la vida. Es una enfermedad de desenlace mortal a corto o mediano plazo. Cuando el filtrado glomerular cae por debajo del 25 al 35% empiezan a aumentar la urea y la creatinina, pudiendo estar los pacientes relativamente asintomáticos o bien presentando anemia, hipertensión arterial, poliuria y nicturia. Cuando el filtrado glomerular cae por debajo del 15% aproximadamente empiezan a aparecer los signos del síndrome urémico. Dos de las causas más comunes son la diabetes y la hipertensión. Los síntomas pueden incluir inapetencia, náuseas, pérdida de peso, mal aliento dificultad para respirar, somnolencia, síntomas que son corroborados con exámenes auxiliares que ayudan a diagnosticar el problema, depuración de creatinina, nitrógeno úrico en sangre y biopsia renal. Sin embargo, desde la aparición de las terapias de sustitución renal y el trasplante renal se ha incrementado con éxito la sobre vida.

**La hemodiálisis**, una de las terapias más usadas que los pacientes tienen para continuar viviendo (7) no cubre totalmente las necesidades de los pacientes, dicha terapia es de doble efecto ya que así como permite eliminar los desechos últimos del metabolismo que son dañinos, también elimina electrolitos y llega a descompensar al paciente hasta caer en estados como la uremia una complicación muy frecuente de la IRC que no solo trae consigo complicaciones fisiológicas también repercute en el estado emocional, económico y social, ya que al ingresar a los programas de hemodiálisis, los enfermos se ven obligados a someterse a un estricto tratamiento, que implica modificar su vida social, realizar cambios en la dieta, restringir los líquidos, recibir técnicas dolorosas, en algunos casos experimentar la pérdida de esperanza de trasplante renal, y en muchos casos sufrir el abandono familiar (19).

Estos aspectos afectan en la cita de hemodiálisis, y se reflejan en la disminución en la colaboración con el tratamiento llegando a obtener conductas negativas de la hemodiálisis manifestada en una baja adhesión al tratamiento prescrito, faltando al tratamiento indicado. La hemodiálisis no solo es prolongar la vida del paciente, también es brindar una calidad de vida optima, que no se logra si el paciente falta a su tratamiento porque repercute en complicaciones propias de la enfermedad (7).

**La adherencia al tratamiento;** o Adherencia terapéutica se refiere al grado de compromiso de una persona en tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida; corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria (20). Es el compromiso de colaboración activa e intencionada por parte del paciente, con el fin de producir el resultado preventivo o terapéutico deseado.

La importancia que tiene la adherencia en los pacientes que se encuentran en hemodiálisis, radica en el impacto directo sobre la sobre vida y en la prevención que se puede realizar frente a las descompensaciones agudas entre sesiones de diálisis (7). Los pacientes que fallan en la adherencia tienen más complicaciones y hospitalizaciones. Existe una serie de factores de riesgo que estarían relacionados con la falta de adherencia (10), entre los que se encuentran factores sociales y emocionales. Entre los sociales, el apoyo social, es decir, la obtención de recursos

a partir de la interacción con las demás personas ha mostrado ser determinante en la supervivencia y la adherencia al tratamiento (11). A parte de los factores socioeconómicos, están los factores relacionados con el proveedor (sistema y equipo de salud), factores relacionados con la terapia y/o tratamiento y factores relacionados con el paciente. Todos estos factores interactúan en la capacidad de adherencia de cada persona. (21).

**El apoyo social;** se puede concebir como el sentimiento de ser apreciado y valorado por otras personas y de pertenecer a una red social; ha mostrado tener influencia en diversos aspectos relacionados con los procesos de salud y enfermedad; entre ellos, la forma de afrontar el estrés, la progresión de la enfermedad, el ajuste y la recuperación de la enfermedad. El apoyo social cumple muchas funciones diferentes, las cuales podrían agruparse en tres tipos principales: función **emocional**, relacionada con aspectos como el confort, el cuidado y la intimidad; función **informativa**, que involucra recibir consejo y orientación, y una función **instrumental**, que implica la disponibilidad de ayuda directa en forma de servicios o recursos (22).

Aunque cada uno de estos tipos de función puede ser relevante para el bienestar del individuo, se tiende a considerar que el apoyo de tipo emocional es el más importante, en especial en el contexto de las enfermedades graves. El apoyo social se puede concebir y evaluar desde distintas perspectivas. Una perspectiva **cuantitativa-estructural o de integración social** que se centra en la cantidad de vínculos en la red social del individuo como el estatus marital, la cantidad de amigos, la participación comunitaria, mientras que una perspectiva **cuantitativa-funcional** privilegia la existencia de relaciones cercanas y significativas, así como la evaluación que hace el individuo del apoyo disponible, la calidad marital, la intimidad de las relaciones y la satisfacción de necesidades personales. De acuerdo con la evidencia disponible, tanto la cantidad como la calidad de apoyo social parecen tener efectos significativos en el bienestar y la salud. El primero tiene que ver con las características de la red social en términos de sus dimensiones estructurales y funcionales, mientras que el segundo se refiere a la apreciación subjetiva del individuo respecto de la adecuación del apoyo proporcionado por la red social (22).



Las relaciones sociales pueden tener efectos en los mecanismos fisiológicos relacionados con los problemas de salud, ya sea directamente o a través de la mediación de procesos psicológicos o conductuales. Por ejemplo, la presencia de apoyo social puede promover conductas adaptativas de salud o proporcionar un sentimiento de bienestar que contrarreste o inhiba los efectos negativos del estrés, la ausencia de tal apoyo social puede exponer al individuo a mayor estrés, el cual podría producir algunos efectos en la actividad fisiológica ya sea de modo directo o mediante procesos psicológicos (22).

El apoyo social 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 (22).

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 (22).

Modelo de **autocuidado Dorethea orem**, el modelo a sido utilizado en muchas investigaciones, para conocer e interpretar el cuidado que necesita el paciente y las respuestas que ellos dan frente a sus necesidades. Orem describe tres teorías: Primero, la teoría del autocuidado, que describe por qué y el cómo las personal cuidan de si mismas; segundo, la teoría del déficit del autocuidado, que describe y explica como la enfermera puede ayudar a la gente; el tercero, la teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero. Según la autora, la agencia de

autocuidado es extendida como la habilidad adquirida para satisfacer los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura, el funcionamiento, el desarrollo humano y proveen el bienestar.

Es importante tener en cuenta, que el concepto de autocuidado generado a partir de la teoría de Orem podría ser equiparable al de adherencia, ya que la adherencia hace parte del comportamiento de autocuidado. La utilidad de la teoría de Orem para esta investigación es precisamente porque los pacientes que reciben cuidados de enfermería son considerados seres racionales, con capacidad para tomar decisiones y que pueden reflexionar sobre sí mismos y el entorno que les rodea, y practicar actividades que beneficien su salud. El papel de la enfermera es importante para el paciente ya que el objetivo es que el paciente logre la adherencia al tratamiento a través del cuidado y educación (21)

La Metateoría de Imogen King, describe el metaparadigma de la persona como un ser social, emocional, con capacidad de percibir, controlar y tomar decisiones. poseedor de un correcto autoconocimiento, por tanto, puede ser participe en las decisiones que afecten su vida y su salud, aceptando o rechazando los cuidados; tiene tres necesidades de salud fundamentales, información sanitaria útil y oportuna, cuidados para prevenir enfermedades, ayuda cuando las demandas de autocuidado no pueden ser satisfechas.

Así mismo, es un sistema abierto, compuesto por tres subsistemas: **sistema personal**: la persona como unidad total, como un yo individual. para la comprensión de este sistema define los conceptos de percepción y autoconocimiento, crecimiento y desarrollo personal, autoconcepto, autoimagen, espacio y tiempo, señalando las relaciones y las influencias que existen entre los mismo y que configuran el yo. **sistema interpersonal**: está compuesto por dos o más personas, que interactúan en una situación determinada. los conceptos que King señala para comprender este sistema son los de interacción, comunicación, transacción, rol y estrés, como los aspectos principales que influyen en las interacciones personales. **sistema social**: es el que proporciona las estructuras para la interacción social, definiendo las reglas de comportamiento y los modos de acción. los conceptos de organización, poder, autoridad, status y toma de

decisiones definen características importantes de este sistema. dentro de él se encuentran también las creencias, actitudes, valores y costumbres que se transmiten culturalmente a través de sistemas sociales tales como la familia o la escuela.

En el marco de la enfermería, la relación enfermera – paciente es un tipo de sistema interpersonal que se define como un proceso de interacción humana entre ambos, en el cual cada uno percibe al otro la situación, y a través de la comunicación identifican problemas, fijan objetivos, exploran los medios y se ponen de acuerdo para alcanzar los objetivos propuestos. por lo tanto, la relación es un proceso de acción-reacción-interacción-transacción. a nuestro entender la relación entre la enfermera y el paciente en esta teórica solo se limita a los cuidados del paciente cuando este lo requiere. por lo tanto, ante esta limitación no se observa la presencia familiar ni de ningún otro espacio dentro de esta relación. el interés central de la enfermería es el ser humano, en interacción con su entorno, lo que conduce a las personas a un estado de salud entendido como la capacidad para desempeñar un rol social (23).

## **CAPITULO IV.**

### **OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

#### **Variables de estudio:**

Apoyo social

Adherencia al tratamiento

#### **Variables intervinientes:**

Edad

Sexo

Rol familiar

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Apoyo social	Es el sentimiento de ser apreciado y valorado por otras personas y de pertenecer a una red social (22).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuantitativa estructural o de integración social.</li> <li>• Cualitativa funcional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cantidad de vínculos de la red social del individuo.</li> <li>• Apreciación subjetiva del individuo del apoyo disponible.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alto apoyo social.</li> <li>• Bajo apoyo social.</li> </ul>

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>INDICADORES</b>
Adherencia al tratamiento	Se refiere al grado de compromiso de una persona en tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria (20).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores socioeconómicos.</li> <li>• Factores relacionados con el tratamiento.</li> <li>• Factores relacionados con el paciente.</li> <li>• Factores relacionados con la enfermedad.</li> <li>• Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situación laboral.</li> <li>• Creencias populares.</li> <li>• Complejidad.</li> <li>• Efectos colaterales.</li> <li>• Estilos de vida.</li> <li>• Ausencia de síntomas.</li> <li>• Expectativas de curación.</li> <li>• Aceptación.</li> <li>• Accesibilidad.</li> <li>• Satisfacción laboral.</li> <li>• Confianza recíproca.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adherido</li> <li>• Parcialmente adherido</li> <li>• No adherido</li> </ul>

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>INDICADORES</b>
Edad	Es el periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo, suma de años desde su nacimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad cronológica.</li> </ul>	Pacientes entre los 17 y 70 años al momento de realizar el estudio.	Edad: 17 – 26 años 27 – 64 años mas de 65 años.

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>INDICADORES</b>
Rol familiar	Se refiere a las expectativas y normas que un grupo social, en este caso la familia, tiene con respecto a la conducta de la persona que ocupa una posición particular, incluye actitudes, valores y comportamientos adscritos por la sociedad a todo individuo que se ubique en ese lugar específico de la estructura familiar (24).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rol prescrito</li> </ul>	Reglas que definen el comportamiento de los integrantes de la familia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Padre</li> <li>• Madre</li> <li>• Hijo</li> <li>• Hermano</li> <li>• Abuelo</li> </ul>



## CAPITULO V

### MATERIAL Y MÉTODO

#### **Diseño de estudio**

El estudio: será de tipo descriptivo de corte transversal, se realizará en los meses de marzo a julio del año 2018.

**Área de estudio:** se realizará en el servicio de Nefrología del Hospital Alberto Barton Thompson, ubicado en la Provincia Constitucional del Callao, en el Perú.

#### **Población**

La población de estudio estará conformada por los pacientes que se encuentran en terapia de sustitución renal – hemodiálisis en los Grupos A (lunes, miércoles y viernes) y Grupo B (martes, jueves y sábados). Que consta de aproximadamente 160 pacientes.

#### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes de 18 a 70 años, que se encuentren orientados y expresen la aceptación a la participación en el estudio.

#### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes que no desean participar en el estudio o no firmen el consentimiento informado (anexo 1).
- Pacientes que no estén en condiciones físicas o mentales para responder el cuestionario (anexo 3 y 4).

#### **Muestra**

La muestra será probabilística, y se determinará a través de la fórmula de poblaciones finitas (anexo 2).

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Obteniendo un tamaño de muestra de 54.3 para efectos del estudio se considerarán 54.

## Técnica e instrumento de recolección de datos

La recolección de datos se realizará a través de una entrevista individualizada y se aplicará dos cuestionarios: **el cuestionario de adherencia** diseñado por Consuelo Ortiz, para conocer la adherencia al tratamiento en pacientes con factores de riesgo cardiovascular; diseñado originalmente por Bonilla y Gutiérrez, está conformada por 53 ítems y cuatro dimensiones, el instrumento quedo conformado así:

Dimensión I: 6 ítems. Factores socioeconómicos, que incluyen en su conformación 6 subdimensiones de estatus económico, educación, aspectos sociales de apoyo, aspectos ambientales y aspectos culturales

II Dimensión: 8 ítems. Factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud. Los ítems de esta dimensión se distribuyen en 3 subdimensiones: relaciones entre paciente y proveedor, acceso al cuidado y escenario del cuidado.

III Dimensión: 6 ítems. Factores relacionados con la terapia, la cual se organiza en una sola subdimensión: la de mediadores de la terapia.

IV dimensión: 4 ítems. Factores relacionados con el paciente, incluye 5 subdimensiones: conocimiento, actitudes y motivación, factores emocionales, creencias y capacidad de tomar decisión.

El instrumento utiliza una escala de calificación tipo Likert, de 1 -3 con las siguientes puntuaciones: 1 nunca, 2 a veces, 3 siempre. El resultado de 38 – 48 puntos, Situación de ventaja para adherencia; de 29 – 37 Situación de riesgo de no adherencia, menos de 29 situación de no adherencia.

Dimensiones del instrumento:

DIMENSIONES	ÍTEMS POSITIVOS	ÍTEMS NEGATIVOS
Dimensión I	1,2,3,7 y8	6
Dimensión II	21,22,23,24,27,31 y 47	
Dimensión III		10,13, 18, 37, 38 y 43
Dimensión IV	40, 49, 52 y 53	

El segundo cuestionario que se aplicará es La escala multidimensional de percepción de apoyo social MSPSS de Zimet que fue diseñada en 1988 específicamente para centrarse en la evaluación subjetiva o percibida de los apoyos sociales, considerando tres fuentes particulares: la familia, los amigos, y otras personas significativas, es breve y fácil de aplicar y se ha demostrado su validez psicométrica en varios estudios. A nivel internacional, se han realizados validaciones que abordan diferentes escalas para medir el Apoyo Social Percibido, aplicando la Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) de Zimet. Está conformada por 12 afirmaciones agrupadas en tres subescalas referidas a tres fuentes de apoyo social: familia, amigos y otros significativos. Consta de cuatro alternativas de respuesta en formato Likert, que comprenden las alternativas y una valoración: “casi nunca = 1”, “a veces =2”, “con frecuencia= 3” y “casi siempre o siempre= 4”. El puntaje total, de la escala corresponde a la sumatoria de los puntajes de cada ítem respondido, por cuanto a mayor puntaje corresponde un alto apoyo social y bajo apoyo social (26).

### **Validación**

Se buscó contactar con los autores de los instrumentos, para solicitar el permiso correspondiente para la utilización de los cuestionarios, pero hasta el momento no se logrado una respuesta.

Si bien los instrumentos a utilizar han sido validados; y adaptados al español para mayor confiabilidad se realizará una prueba piloto a ambos cuestionarios en 10 pacientes que no formarán parte de la muestra de estudio.

### **Procedimiento de recolección de datos**

Se informará y coordinará al médico jefe y a la enfermera jefa del servicio, la investigación a realizarse, el propósito, metodología y cronograma de recogida de datos, se realizar el recojo de datos 3 veces a la semana, por 4 semanas consecutivas en los dos grupos A y B, en la primera y tercera semana lunes, miércoles y viernes, en la segunda y cuarta semana martes, jueves y sábado.

Se entrevistará a los pacientes de modo individual y se aplicarán los instrumentos a los pacientes seleccionados según los criterios de inclusión. La investigadora realizará el recojo de datos del paciente durante el tratamiento de hemodiálisis para no interrumpir las actividades establecidas en el servicio, se realizará una entrevista por paciente y durará 10 minutos aproximadamente; al paciente se brindará una educación sobre la importancia del tratamiento de hemodiálisis antes de su tratamiento en la sala de espera.

Se codificarán los cuestionarios y se llevará un registro manejado exclusivamente por la investigadora para prevenir la duplicidad de intervención.

### **Tabulación y análisis**

Los datos recolectados se revisarán, codificarán y se ingresarán en una base de datos diseñados en Excel, los resultados serán analizados por frecuencia y porcentaje, y se presentarán en tablas estadísticas.

## **CAPITULO VI.**

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS**

#### **Autonomía**

Se informará al paciente sobre la investigación, el propósito y método de recogida de datos, consentimiento informado y firma; para que tome la decisión de participar o no en la investigación y firmar el consentimiento informado.

#### **Beneficencia**

A los pacientes que participen en la investigación, se les educará sobre la importancia del cumplimiento de la hemodiálisis y los riesgos que se exponen al no acudir a sus citas programadas.

#### **Justicia**

Participaran de acuerdo con los criterios de inclusión y se respetará los derechos de cada participante.

#### **No maleficencia**

Los cuestionarios serán codificados, no se divulgará los nombres de los pacientes, los datos recolectados serán utilizados solo para la presente investigación.

#### **Consideraciones Administrativas**

Investigadora: Lic. Margot Audante Campos

Coordinaciones: Solicitar autorización a la Dirección de Investigación, Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y de la institución de salud.

Financiamiento: Autofinanciado.

**Cronograma de actividades:**

Actividad	Dic 17	Mar. 18	Abr.18	May.18	Jun.18	Jul.18
Revisión del proyecto	x					
Aprobación del proyecto	x					
Validación del instrumento		x	x			
Aplicación del instrumento				xxxx		
Tabulación y análisis				xx		
Discusión					xx	
Conclusiones y recomendaciones					x	
Informe final					xxxx	x

## Presupuesto

Recursos	Cantidad	Costo Unitario/soles	Costo Total/soles
Papel bond pqte. ½ millar	2 millar	12.50	50.00
Impresiones (hojas)	600 hojas	0.50	300.00
Fotocopias	400 unid.	0.10	40.00
Empastado	5 unid.	15	75
CD	5 unid.	10	50
Movilidad local	32 pasajes	12	384
Llamadas telefónicas	20	0.30	6.00
Servicio de internet (hora)	60 horas	1.00	60.00
Imprevistos			96.5
Total			1061.5

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de salud. Dirección general de epidemiología. Análisis de la situación de la enfermedad renal crónica en el Perú; 2015. 1ª edición, 1ª impresión, marzo 2016 Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2016-02497 ISBN: 978-612-4222-24-5
2. National institute of diabetes and digestive and kidney diseases. [internet]. Usa. NIDDK; 2007 Julio, Hemodialysis [consultado 20 diciembre 2016]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-rinones/metodos-tratamiento-insuficiencia-renal-hemodialisis>
3. López DMM, López VMG, Ruiz MEG, López JHP, Escobar AN. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Revista Médica México [internet] 2004 [consultado el 15 noviembre 2016]; volumen 42(4):281-4. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2004/im044b.pdf>
4. Gomez – Villas Boas LC, Foss MC, Freitas MCF, Pace AE. Relación entre apoyo social, adhesión al tratamiento y control metabólico de personas con Diabetes Mellitus 1. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. ene.-feb. 2011[consultado 20 noviembre 2016]; 20(1): [08 pantallas]. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es_08.pdf)
5. Saad A, Sepulveda G, Ibañez E, Flórez C, Herrán M, Máruez N, et al. Adherencia de los pacientes con insuficiencia renal crónica a las sesiones de hemodialisis del hospital central de Bogotá. Revista colombiana de enfermería [internet] 2008 [consultado 26 diciembre 2016]; volume (3). Disponible en: [http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista\\_colombiana\\_enfermeria/volumen3/adherencia\\_pacientes\\_insuficiencia\\_renal\\_cronica\\_sesiones\\_hemodialisis\\_hospital\\_militar\\_central.pdf](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen3/adherencia_pacientes_insuficiencia_renal_cronica_sesiones_hemodialisis_hospital_militar_central.pdf)



6. La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento [sede web]. Washington: OPS/OMS; 10 marzo 2015 [consultado 10 diciembre 2016]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es)
7. García F, Fajardo C, Guevara R, Pérez G, Hurtado A. Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: papel de los síntomas ansiosos y depresivos [trabajo académico en línea]. Nefrología 2002 [consultado el 28 de noviembre 2016]; 22(3):245-52. Disponible en: [file:///C:/Users/a2013/Downloads/X0211699502014870\\_S300\\_es%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/a2013/Downloads/X0211699502014870_S300_es%20(4).pdf)
8. Denhaerynck K, Manhaeve D, Dobbels F, Garzoni D, Nolte C, De Geest S. Prevalence and Consequences of Nonadherence to Hemodialysis Regimenes. Am J Crit Care [Internet]. 2007 mayo [consultado 10 noviembre 2016]; vol 16(3): 222-36. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17460313>
9. Leon S. Relación entre la Intervención de Enfermería en pacientes adultos nuevos sometidos a hemodiálisis, frente a las Nuevas Necesidades para su autocuidado en el servicio de hemodiálisis del Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen” [internet]. Lima – Peru: cybertesis – URP; 2009 [consultado 15 noviembre 2016]. Disponible en: [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/366/1/Le%C3%B3n\\_g.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/366/1/Le%C3%B3n_g.pdf)
10. Informe de la Organización Mundial de la Salud. [internet]. Ginebra; Enero 2003. Adherence to long-term therapies, evidence for action; [consultado 15 diciembre 2016]. disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>
11. Huertas M, Pérez R, Albalate M, De Sequera P, Ortega M, Puerta M, Corchete E, Alcázar R. Factores psicosociales y adherencia al tratamiento

farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica 2013. Revista nefrología España. [internet] 2014 [consultado 12 diciembre 2016]; volumen (34). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-69952014000600008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952014000600008)

12. Darias D, Zamora E. factores de riesgos psicosociales que influyen en la hipertension arterial [internet] cuba: monografia.com; octubre 2012 [consultado noviembre 2016]- disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos94/factores-riesgo-psicosociales-que-influyen-hipertension-arterial/factores-riesgo-psicosociales-que-influyen-hipertension-arterial.shtml#ixzz4TAI17V1S>
13. Morgan L. A Decade Review: Methods to Improve Adherence to the Treatment Regimen Among Hemodialysis Patients. *Nephrol Nurs J* [internet] 2000 [consultado el 20 noviembre 2016]; volumen 27(3): 299-304. Disponible en: <https://translate.google.com.pe/translate?hl=es&sl=en&u=https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11249328&prev=search>
14. Pacheco B, Aránguiz D. factores relacionados a la adherencia a tratamiento en adolescentes con depresión. *Revista chilena neuro psiquiatría* [internet] marzo 2011 [consultado el 18 noviembre 2016] vol.49 no.1. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272011000100009](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000100009)
15. Rivas A, Vásquez M, Romero A, Escobar L, Sinning A, Correa C. Adherencia farmacológica de la persona con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Revista internacional de ciencias de la salud*. [internet] 2012 [consultado el 8 diciembre 2016] disponible en: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/200>
16. Sandoval D, Chacón J, Muñoz R, Henríquez O, Koch E, Romero T. Influencia de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo. Resultados de una cohorte del Programa

- de Salud Cardiovascular de la Región Metropolitana, Chile. Revista médica de Chile [internet] 2014 [consultado el 15 diciembre 2016]; volumen (114). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872014001000003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872014001000003&script=sci_arttext)
17. Osorio D, Serna K, Vélez G. Inasistencia del paciente con insuficiencia renal crónica a su tratamiento de hemodiálisis en la unidad renal de fresenius medical care armenia durante el año 2011. Universidad católica de Manizales [internet] 2011 [consultado el 18 diciembre 2016] disponible en: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/handle/10839/193>
  18. Mosqueda DA, Mendoza PS, Jofé AV, Barriga OA. Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en adolescente. Enfermería global [internet] Julio 2015 [consultado el 13 diciembre 2017] n° 39. Disponible en: [file:///C:/Users/a2013/Downloads/200551-812741-1-PB%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/a2013/Downloads/200551-812741-1-PB%20(4).pdf)
  19. Campillo M, Avilés M. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia. Revista Electrónica Procesos Psicológicos y Sociales. Hacer Psicología [internet] 2006[consultado 18 noviembre 2016]; 2(1-2). Disponible en: <https://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/Calidad-de-vida.pdf>
  20. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. 2004. [Sitio Web en Internet].OPS/OMS; 2004 [consultado noviembre 2016] Disponible en: <http://www.amro.who.int/common/Display.asp?Lang=S&RecID=8062>.
  21. Frontal VPA. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular [tesis doctoral en internet]. Bogotá: universidad nacional de Colombia: 2014 [citada el 13 diciembre 2017]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/47146/1/539561.2014.pdf>
  22. Barra E. apoyo social, stress y salud. Catálogos de revistas UV. Psicología y Salud, [internet] 2004. [consultado el 30 junio 2017]; Vol. 14, Núm. 2:

- 237-243, disponible en:  
<http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/922/1699>
23. El cuidado [internet] junio 2012 [citado el 12 diciembre 2017]. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/imogen-king-teoria-del-logro-de-metas.html>
24. Quiroz C. Rol de la familia: roles familiares [internet]. Médicos familiares.com [citada 16 diciembre 2017]. Disponible en: <http://www.medicosfamiliares.com/familia/el-rol-en-la-familia-roles-familiares.html>
25. Ortiz SC. Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular [internet] 2010 [citado 14 diciembre 2017] XXVII (2): 78-87. Disponible en: <file:///C:/Users/a2013/Desktop/instrumento%20de%20ortiz.pdf>
26. Arechabala MC, Miranda CC. Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión arterial. Ciencia y enfermería [internet] 2002 [citado el 12 diciembre 2017] 8 (1) 49-55. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v8n1/art07.pdf>

## **ANEXOS**

## Anexo 2

### Cálculo de la muestra

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Dónde:

N = tamaño de la población (90)

Z = nivel de confianza (90%, 1.65),

P = probabilidad de éxito, o proporción esperada (50%)

Q = probabilidad de fracaso (50%)

D = precisión (Error máximo admisible en términos proporción) (10%)

Cálculo del Tamaño de la muestra conociendo el tamaño de la población:

$$n = (160 \times 1.65 \times 1.65 \times 0.5 \times 0.5) / ((0.1 \times 0.1 \times (159)) + 1.65 \times 1.65 \times 0.5 \times 0.5) = 54.38$$

A un nivel de confianza del 90%, considerando una probabilidad de éxito de 50% (alto nivel de incertidumbre), y una precisión de 10%, a un tamaño de la población de 160, se calculan 47 unidades a analizar.

Se tiene un tamaño muestral de 54.

### Anexo 3

#### **Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica Consuelo Ortiz Suarez y Sandra Guaqueta Parada (cuarta versión)**

Estimado paciente: Solicitamos su colaboración Para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con tratamiento de hemodiálisis. Sólo debe dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio. Muchas gracias.

Código: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Nivel de escolaridad: \_\_\_\_\_ Rol Familiar \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_

Años de diagnosticada la enfermedad: \_\_\_\_\_

Marque por favor en cada ítem con una X en la columna que corresponde a la frecuencia con que ocurre cada evento en su situación particular.

Factores Influyentes	Nunca	A veces	Siempre
<b>I DIMENSIÓN FACTORES SOCIOECONÓMICOS</b>			
1. Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda, educación)			
2. Puede costearse los medicamentos			
3. Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta			
6 (-). Los cambios en la dieta, se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados			

7. Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad			
8. Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas a cumplir el tratamiento			
<b>II DIMENSIÓN FACTORES RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR: SISTEMAS Y EQUIPO DE SALUD</b>			
21. Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento			
22. Se da cuenta de que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que se le hace.			
23. Recibe información sobre los beneficios ordenados por el médico.			
24. Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias.			
25. En el caso de que usted fallara en su tratamiento su médico y enfermera entenderían sus motivos			
27. El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con su tratamiento.			
31. El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando.			
47. Le parece que el médico y usted coinciden en			



la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que se está haciendo en sus hábitos.			
<b>III DIMENSIÓN FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA</b>			
10. (-). Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.			
13. (-) Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios dificultan el cumplimiento de sus citas.			
18. (-) Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.			
37. (-) Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento.			
38. (-) Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento.			
43. (-) Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.			
<b>IV DIMENSIÓN FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE</b>			
40. Está convencido de que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo.			
49. Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.			
52. Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.			
53. Cree que es usted el responsable de seguir el cuidado de su salud.			

## Anexo 4

### Cuestionario MSPSS Apoyo Social

Las siguientes preguntas se refiere al apoyo o ayuda que Ud. Dispone

¿con que frecuencia Ud. Dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (marque con un circulo uno de los números de cada fila).

ITEMS	CASI NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	CASI SIEMPRE
1. Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar.				
2. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar.				
3. Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme.				
4. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero.				
5. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito.				
6. Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme.				
7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.				
8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia.				
9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos.				

10. Hay una persona que se interesa por lo que yo siento				
11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones				
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos				