

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR RELACIONADO CON LA CALIDAD
DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA TRATADOS CON DIÁLISIS PERITONEAL
AMBULATORIA - ESSALUD - TACNA 2014

TESIS

Presentada por:

Bach. Edith Marilyn Calizaya Antahuanaco

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

**“FUNCIONAMIENTO FAMILIAR RELACIONADO CON LA CALIDAD
DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA TRATADOS CON DIALISIS PERITONEAL
AMBULATORIA – ESSALUD – TACNA 2014”**

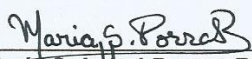
TESIS

Presentada por:

BACH. EDITH MARILYN CALIZAYA ANTAHUANACO

Para optar el Título Profesional de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Aprobado por UNANIMIDAD , ante el siguiente Jurado:



**Dra. María Soledad Porras Roque
PRESIDENTA**



**Dra. Victoria Nora Vela de Córdova
JURADO**



**Dra. María del Carmen Silva Cornejo
JURADO**



**Dra. Elena Cachicataria Vargas
ASESORA**

DEDICATORIA:

A Dios siendo el pilar de todas las cosas, por brindarme la dicha de la vida, por guiarme en el camino de la sabiduría para superar todos los obstáculos, por apoyarme incondicionalmente para lograr esta meta, ya que sin él no se hubiera podido. GRACIAS

AGRADECIMIENTOS

Al término de una de las etapas de mi vida, quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr esta hermosa realidad.

- A DIOS, por permitirme disfrutar de las maravillas de esta vida y hacerme entender que después de una tormenta hay un nuevo amanecer
- A mi familia por su amor, fuerza y apoyo, a través del cual hoy veo llegar a su fin una de mis más grandes metas; la cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir.
- A la Mgr. Elena Cachicatari, por su asesoría, en la realización del presente trabajo.
- A las Lic. Guadalupe del Carpio Málaga, Lucía Castillo Tito e Isabel Lunazco Tapia, encargadas del programa de DIPAC, por su apoyo incondicional, las cuales con su colaboración se pudo realizar el presente estudio de investigación.
- A los miembros del jurado: Dra. María Porrás Roque, Dra. Victoria Nora Vela Paz y Mgr. María del Carmen Silva Cornejo por el asesoramiento en la etapa final de esta investigación.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
RESUMEN	v
ABSTRAC	vi
INTRODUCCIÓN	1
 CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	
1.1 Fundamentos y Formulación del Problema	03
1.2 Objetivos	15
1.3 Justificación	16
1.4 Hipótesis	18
1.5 Operacionalización de variables	19
 CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes del Problema	20
2.2 Bases teóricas	31
2.3 Definición operacional de términos	80

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1	Material y Métodos	81
3.2	Población de estudio	81
3.3	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	83
3.4	Procedimientos de Recolección de datos	87
3.5	Procesamiento de datos	88

CAPITULO IV: DE LOS RESULTADOS

4.1	Resultados	90
4.2	Discusión	108

CONCLUSIONES	125
---------------------------	------------

RECOMENDACIONES	126
------------------------------	------------

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	128
---	------------

ANEXOS	133
---------------------	------------

RESUMEN

El presente estudio de investigación planteó, como objetivo; determinar el funcionamiento familiar relacionado con la calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica tratados con Diálisis Peritoneal Ambulatoria en EsSalud Tacna, 2014; de tipo cuantitativo, diseño descriptivo correlacional y de corte transversal, con un muestreo no probabilístico de 56 pacientes, se utilizó como instrumentos el test FF-SIL para medir el funcionamiento familiar y test de EORTC QLQ-C30 para evaluar la calidad de vida. Como resultado se obtuvo a través del chi cuadrado ($P=0,006<0,05$), existiendo una relación altamente significativa entre las variables, comprobándose así la hipótesis planteada y concluyendo que a mayor funcionamiento familiar será mayor la calidad de vida del paciente con IRC.

Palabras clave: Funcionamiento Familiar, Calidad de Vida

ABSTRACT

The present research study raised, objective; determine family function related to the quality of life in patients with Renal Failure chronic with continuous ambulatory Peritoneal Dialysis of EsSalud Tacna, 2014; quantitative type, correlational and cross-sectional descriptive design, with a sampling non probability of 56 patients, test was used as instruments FF-SIL to measure family functioning and EORTC QLQ-C30 test to evaluate the quality of life. As result was obtained through the Chi-square ($P = 0,006 < 0,05$), there is a highly significant relationship between the variables, proving the hypothesis and conclusion, that the quality of life of the patient with IRC will be higher to greater family functioning-

Keywords: Family Functioning, Quality of Life.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calificó a la IRC como una pandemia a nivel mundial. Asimismo es considerada una enfermedad catastrófica de gran impacto por el sufrimiento humano que provoca en el paciente y en su familia, por ello las tasas de supervivencia ya no son suficientes para determinar la calidad de vida, esta terapia debe ser evaluada en términos de si es más o menos probable conseguir una vida digna de ser vivida y no solo de supervivencia, (1)

Según Azcarate García E. Ocampo-Barrio P. 2008 en su trabajo indica la trascendencia que la familia repercute sobre la salud y la calidad de vida, siendo este un estímulo de gran envergadura para la adaptación y afrontamiento. (2) Por lo tanto la familia es uno de los ejes más importantes, de hecho constituye el principal recurso para responder a las necesidades propias del paciente, quien debido a su enfermedad experimenta un cambio en la dinámica funcional.

Así mismo la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar las adversidades por las que atraviesa, es así que el fracaso o éxito de la terapia va a depender en gran medida de la aceptación de la enfermedad y del apoyo familiar. Sin embargo en la

actualidad estos estudios en nuestra región abarcan campos poco explorados y difundidos, la preocupación por mejorar el bienestar del paciente con IRC, lleva a abordar esta problemática. Conscientes de esto y siendo el profesional de enfermería responsable de realizar la DPAC, se desarrolló el presente estudio, para determinar el funcionamiento familiar relacionado con la calidad de vida del paciente con IRC en DIPAC, así desarrollar estrategias innovadoras para fortalecer la unión familiar y así facilitar la integración social, fomentar el bienestar psicológico, disminuyendo la susceptibilidad ante la enfermedad, reduciendo en forma sostenida el sufrimiento humano y contribuyendo a la mantención de una buena calidad de vida.

El presente estudio estuvo estructurado de cuatro capítulos. En el primer capítulo planteamiento del problema, referencia a los fundamentos y formulación del problema, objetivos, justificación, formulación de hipótesis y operacionalización de variables. En el segundo capítulo de marco teórico; se desarrolla los antecedentes de la investigación, bases teóricas. El tercer capítulo de metodología de la investigación, se plantea el material y métodos, población y muestra, instrumentos de recolección y procesamiento de datos. En el cuarto capítulo de resultados y discusión. Al final se desarrolla las respectivas conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1 FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La insuficiencia renal crónica (IRC) está incrementándose tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo, no es tan solo un problema de salud pública, las predicciones sobre la incidencia, los costos y los recursos que se requieren han sido rebasados.

Según los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestran que la insuficiencia renal crónica ha afectado a más del 10% de la población mundial que representa un promedio mayor de 500 millones de personas que la padecen, de ahí que se hable de ella como una de las epidemias del siglo XXI. (3)

En Centroamérica, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) llevó a cabo en Washington, la sesión número 152 de su comité ejecutivo, en la que abordaron la epidemia de IRC, los datos

disponibles hasta la fecha muestran una mortalidad de 16,236 personas en: Guatemala, El Salvador, Nicaragua y Costa Rica. Para América Latina Los estudios emitidos por la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLNH) muestran estudios en las que están países como Argentina donde la incidencia de esta enfermedad se duplico para el 2013, alcanzando al 12% de la población, es decir al menos 4.600.000 personas presentan algún grado de IRC y en Colombia Según los estudios de prevalencia, aproximadamente 4 millones de colombianos padecen de Enfermedad Renal Crónica, (4)

En el territorio nacional según el último estudio de salud 2013 la insuficiencia renal se encuentra entre las 10 primeras causas de mortalidad, adherido a esto la Sociedad Peruana de Nefrología (SPN), confirma la representación del 10% de la población con IRC, en efecto casi 3 millones de peruanos la padecerían, de ese total nacional, 30 mil estarían en el estadio 5 de la enfermedad, nivel en el que se necesita algún tipo de tratamiento sustitutivo como: Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal o Trasplante de Riñón, para seguir viviendo, pero solo 10,000 reciben este tratamiento por falta de acceso a los servicios de salud. (5)

En el departamento de Tacna la situación de salud no es ajena a esta realidad, según la Dirección Regional de Salud Tacna, las enfermedades del sistema urinario entre ellas la Insuficiencia Renal representan el 5to lugar de las principales causas de mortalidad para el año 2013. En este sentido el Seguro Social cuentan con 70 pacientes en hemodiálisis y 65 en diálisis peritoneal (DIPAC), mientras los pacientes del MINSA que cuentan con SIS, son derivados por un convenio al centro del riñón de hemodiálisis. (6)

Todos estos pacientes se encuentran en la espera de un trasplante de riñón que es sin duda, el mejor tratamiento sustitutivo en la IRC, pero hasta el año 2014 en Tacna sólo se han realizado 7 trasplantes renales en el Seguro Social.

En esta larga lista de pacientes en espera, Según el informe del doctor Carlos Soratti, Presidente del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (Incucai), 2015 hay actualmente en los Estados Unidos 123.000 personas esperando un trasplante de riñón, además de 7.750 argentinos inscriptos en un listado, esperando muchas veces por años a que aparezca un donante compatible. En el Perú según César Flower Peroné, director ejecutivo de la Organización Nacional de Donación y Trasplantes (ONDT) 2014,

aproximadamente unos 860 peruanos se encontrarían en la lista de espera por un trasplante. (7)

De este modo, patologías como la insuficiencia renal crónica son consideradas fuentes generadoras de estrés, ya que generan cambios en sus estilos de vida, implican un proceso de deterioro continuo y constante de varios años, afectando la calidad de vida de la persona y originando nuevas exigencias de afrontamiento para ella.

Por lo tanto el paciente en DIPAC es un caso representativo de lo difícil que resulta hacerle frente a las enfermedades crónicas. Se ve obligado a adaptarse a una serie de estresores, inherentes a la enfermedad, que afectan su calidad de vida como son: la amenaza constante de muerte; la dependencia continua y permanente de cambios de las bolsas de Baxter cada 4 o 5 horas durante los 7 días de la semana; complicaciones infecciosas (peritonitis); restricciones dietéticas; alteraciones en el funcionamiento físico (envejecimiento prematuro); cambios en las relaciones sociales, familiares y laborales; problemas económicos; limitaciones en el tiempo; disfunciones sexuales; riesgo de suicidios, entre otros.

Por tal motivo el afrontamiento y la actitud que se tenga de esta condición es vital para poder anticipar el impacto que pueda ocasionar en la persona la enfermedad, ya que, este puede mediar, aminorar y/o amortiguar los efectos del estrés.

Las investigaciones realizadas por Cidoncha, Etal (2003), han demostrado que tanto la IRC como su tratamiento de diálisis afectan en gran medida las áreas de desempeño de los pacientes, así como la salud física y psicológica, especialmente a nivel emocional, cognitivo, físico y social, lo que altera de manera notable su calidad de vida relacionada con la salud. (8)

En el estudio de Flores Flores R. Y Diaz La Torres C. (2012), sobre “Evaluación de la calidad de vida de pacientes con IRC que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua hospital II es-salud Tarapoto. Junio - Noviembre 2012”. Los resultados demuestran que: el 25,2% calificaron en general su calidad de vida buena El 44,7% reportó un estado regular y el 30,1% refirió estado negativo sobre su calidad de vida. (9)

De ahí que el concepto de calidad de vida cobra relevancia por ser el impacto de la enfermedad o del tratamiento que percibe el

individuo en su capacidad para vivir una vida satisfactoria, valoración que hace el paciente en referencia a su apreciación del bienestar físico, emocional y social, luego del diagnóstico y tratamiento. Esta evaluación tiene importancia por la estrecha correlación entre calidad de vida y los índices de morbilidad y mortalidad. Se observa que estos aspectos se modifican ante una enfermedad crónica, por las características del tratamiento sustitutivo que ésta requiere y la variación en la supervivencia. Por ende la importancia, e interés en este tema, están tomando mayor auge en los últimos años, de acuerdo al progresivo aumento de personas con esta patología y a la prolongación en años de vida que presentan, estos estudios muestran información de una regular o baja calidad de vida de pacientes pertenecientes a programa de DIPAC, conllevando al abandono del tratamiento sustitutivo.

BERG, otros. Citado en JEREZ, A., (2012) manifiesta que en los últimos años la IRC es una de las enfermedades que genera mayor deterioro en el aspecto emocional, físico, funcional y psicosocial, debido a que implica un deterioro lento, progresivo e irreversible de la función renal durante un periodo de meses o años; diversas investigaciones han referido el papel imprescindible de la familia como apoyo al enfermo. Tanto es así, que un estudio realizado en España

refiere que el inadecuado apoyo familiar es citado por ocho de cada diez pacientes con IRC. (10)

Efectivamente en todo el proceso de enfermarse, influye de manera importante la familia, pues como principal ente socializador del individuo, trasmite hábitos, actitudes, costumbres, creencias y conductas vinculadas a la percepción del fenómeno salud-enfermedad. Paralelamente la familia es reconocida como la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso a los individuos, se reconoce su función protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros, además de lo cual, si bien la existencia de relaciones familiares, de pareja y su funcionamiento adecuado contribuyen al bienestar y la salud, su ausencia genera malestar y vulnerabilidad.

Para LÓPEZ-CERVANTES, M. (2010) La Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad que impacta negativamente en todas las esferas de vida del paciente. Las entrevistas realizadas a pacientes que reciben atención en unidades de diálisis de México mostraron repercusiones sociales, económicas y laborales, puntualizado en los problemas de cohesión del núcleo familiar que surgen como consecuencia de las altas necesidades de cuidado y de la disposición del tiempo y los recursos económicos que implica su tratamiento, en

resumen señala, “vivir con Insuficiencia Renal Crónica es un proceso muy doloroso, solitario y en general carente del apoyo familiar” (11)

Según la jefa del programa de diálisis del Centro de Contigo da Vida en Ecuador 2015, la Dra. Elianis Soriano, destaca la necesidad de que la familia los apoye en todas las instancias, procesos y etapas de tratamiento, sobre todo en lo que se refiere a salud mental, ya que es un área muy sensible de deterioro en los pacientes con insuficiencia renal. De la misma manera señala que: Se puede evidenciar que el 25% de los pacientes llegan solos a realizarse la diálisis, sin familiar alguno que se interese sobre la evolución de la salud, se sienten discapacitados en relación al resto; tienen mayor índice de depresión más alto que afecta la normal evolución del tratamiento, en otras palabras, la salud mental afecta la calidad de vida porque deteriora el entorno familiar donde el paciente encuentra la tranquilidad y el equilibrio para sobrellevar su enfermedad. (12)

Según la Lic. Ana Astorga, Asistente Social, del hospital Daniel Alcides Carrión-Tacna, manifestó que se ha incrementado los problemas psicosociales, no solo en el porcentaje de pacientes que se consideran así mismos como cargas familiares, sino también los que intentan ante esta depresión interrumpir su tratamiento, refiriendo que se han suscitado casos severamente preocupantes, como de la

paciente de 55 años, en la que se evidencio una alteración de las funciones vitales sin causa, conforme se fue investigando se descubrió que era el esposo quien la estaba asfixiando con la almohada mientras dormía, contundente suceso que ya ha sido derivado a la fiscalía. Del mismo modo refiero que existieron muchos acontecimientos donde los hijos no les brindaban la pensión a sus progenitores en DIPAC, teniendo que hacerles juicio por alimentación, confirmando que siquiera con eso se suple la poca atención que tienen hacia los pacientes

Adherido a esto se menciona que durante el ejercicio pre-profesional, se ha podido trabajar en el área de DIPAC del seguro social, llegando a conocer muy a fondo el deterioro continuo que trae consigo esta patología a nivel físico y psicológico.

Es una realidad observar que el respaldo de la familia se evidencie durante los primeros meses, generalmente al enterarse del diagnóstico, los familiares se desesperan, los apoyan y acompañan en cada tratamiento, pero conforme pasa el tiempo, poco a poco los abandonan.

Asimismo a la entrevista con los pacientes se determina sobre sus testimonios de que el apoyo familiar que les brindan en algunas

ocasiones es escasa o insuficiente, llegando a tener actitudes negativas frente a ellos, no los apoyan en la realización de los cambios de diálisis, y si lo hacen lo realizan en forma rutinaria, no emplean la valoración adecuada, ni el uso de barreras protectoras, ocasionando que se rompan mecanismos de defensa, consecuentemente adquiriendo infecciones intraabdominales “peritonitis”, en cuanto a las dietas son pobres, evidenciándose esto en los resultados de los análisis de laboratorio que se realizan cada mes, refieren sentirse aislados en una habitación como sinónimo de retraso o limitación en el caso de los adultos mayores.

Por estas razones el correcto cuidado de la salud sigue correspondiendo en su mayor medida a la familia, en efecto ella es el pilar básico en la provisión de cuidados del paciente, sin su participación difícilmente se alcanzarían los objetivos marcados hacia el bienestar del enfermo.

Aunado a esto, el funcionamiento familiar es reconocido como la categoría que integra a todos los procesos psicológicos que ocurren en el seno de la familia y permite un adecuado desarrollo como grupo y de los individuos que la conforman, mientras más funcional sea la familia, tendrá mayor posibilidad de enfrentar mejor el diagnóstico, de este modo la dinámica familiar sufre cambios ante una crisis recurrente

de una enfermedad como la IRC, esos cambios que se evidencian con desesperación, ambigüedad, pérdida de control que a su vez se refleja en una interacción disfuncional y conflictiva entre los miembros de la familia.

El concepto de funcionamiento familiar relacionado a la Calidad de vida ya no es la percepción subjetiva del bienestar general del individuo, sino más bien representa “las respuestas individuales a los efectos físicos, mentales y sociales que la enfermedad produce sobre la vida diaria y la familia, lo cual influye sobre la medida en que se puede conseguir la satisfacción personal en las circunstancias de la vida.

Todo esto conlleva, a que el profesional de Enfermería que es la encargada del cuidado de la persona y la familia asuma un rol protagónico en la sensibilización y concientización de la familia hacia el paciente, previniendo la disfuncionalidad familiar que generan actitudes inadecuadas, para ello se requiere una Atención de salud con un enfoque integral, social y cultural en colaboración con otros profesionales de la salud; mediante la educación, prevención y control de estas enfermedad psicológicas, con el objetivo de ayudar a los pacientes con IRC que reciben diálisis peritoneal ambulatoria

continúa a sobrellevar mejor su diagnóstico y tratamiento. En síntesis hoy, estas enfermedades no pueden ser eliminadas ni curadas, por lo que el tratamiento se dirige a lograr la mejoría funcional de los pacientes, mediante la reducción de los síntomas y/o el enlentecimiento de la progresión de la enfermedad, manteniendo prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de calidad de vida.

Por ello el objetivo de este estudio es determinar el funcionamiento familiar relacionado con la calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) tratados con diálisis peritoneal ambulatoria de EsSalud Tacna, 2014.

Por lo expuesto se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación del funcionamiento familiar con el nivel de calidad de vida en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica tratados con Diálisis Peritoneal continua?

1.2 OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar el funcionamiento familiar relacionado con la calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) con diálisis peritoneal del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2014.

Objetivos Especificos

- Identificar el nivel del funcionamiento familiar en los pacientes con IRC en diálisis peritoneal ambulatoria continúa del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2014.
- Identificar el nivel de calidad de vida de los pacientes con IRC en diálisis peritoneal ambulatoria continúa del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2014.
- Relacionar el funcionamiento familiar con la calidad de vida en los pacientes con IRC con diálisis peritoneal ambulatoria continúa del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2014.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades crónicas están adquiriendo mayor resonancia por su gran incidencia y prevalencia, entre ellas la Insuficiencia Renal estimada como problema de salud pública por su importante morbimortalidad cardiovascular, sin duda una de las principales causas de discapacidad y muerte, además los informes de la OMS han evidenciado que la IRC ha afectado a más del 10% de la población mundial y se estableció en el número 12 de la lista de principales enfermedades causantes de defunción. (13)

Tratamientos sustitutos para esta patología como La diálisis peritoneal “DIPAC” son considerada fuentes generadoras de estrés, ya que acelera el proceso de deterioro continuo y constante de varios años, afectando la calidad de vida y originando nuevas exigencias de afrontamiento para ella y la familia. Al respecto el paciente en DIPAC es un caso representativo de lo difícil que resulta hacerle frente a las enfermedades crónicas. Se ve obligado a adaptarse a una serie de estresores, inherentes a la enfermedad.

Por lo tanto en nuestro país el cuidado de la salud sigue correspondiendo en su mayor medida a la familia, en efecto ella es

el pilar básico en la provisión de cuidados del paciente, sin su participación difícilmente se alcanzarían los objetivos marcados hacia la atención del enfermo. Asimismo la evaluación de la calidad de vida permitirá tener una percepción global de la satisfacción, con énfasis particular en el bienestar del individuo.

Por ello el conocer el nivel de funcionalidad familiar relacionado con la calidad de vida es un trabajo de gran trascendencia al permitir conocer a la principal red de apoyo que influirá directamente en las actitudes de afrontamiento que adopte el paciente, consecuentemente previniendo conductas negativas que son más pronunciadas y más probables entre los pacientes que carecen de este apoyo familiar o perciben que esta no es suficiente.

El presente estudios de investigación pretende revertir situaciones adversas mediante el trabajo multidimensional que afecte la atención del paciente, la conducta de la familia, la actitud de los profesionales y cambios en la organización del sistema sanitario. Todo ellos con un mismo fin “mejorar la calidad de vida” fortaleciendo la convicción de que un paciente con IRC merece vivir con dignidad y no solo a sobrevivir.

Asimismo el profesional de enfermería como participe primordial en dar el tratamiento sustitutivo y de mayor interacción con el paciente formará una actitud proactiva mediante la implementación estratégica de programas de redes de soporte para fortalecer la funcionalidad familiar y la aplicación de un plan de trabajo renovado para brindar intervenciones de enfermería de excelencia y con estándar óptimos de calidad en salud.

1.4 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Hipótesis general:

H₁: Existe relación significativa entre el Funcionamiento Familiar y la calidad de vida en pacientes con IRC tratados con diálisis peritoneal ambulatoria continua del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2014

H₀: No existe relación significativa entre el Funcionamiento Familiar y la calidad de vida en pacientes con IRC tratados con diálisis peritoneal ambulatoria continua del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2014

1.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Variable independiente: Funcionamiento familiar	Dinámica relacional sistemática que se da entre los miembros de una familia a través de: cohesión, roles armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Cohesión • Armonía • Comunicación • Permeabilidad • Afectividad • Roles • Adaptabilidad 	<p>Alto (52 a 70 puntos)</p> <p>Medio (33 a 51 puntos)</p> <p>Bajo (14 a 32 puntos)</p>	Ordinal
Variable dependiente: Calidad de Vida	Es la percepción que un ser humano tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionales • Síntomas • Salud global 	<p>Buena: (95 a 126 puntos)</p> <p>Regular: (62 a 94 puntos)</p> <p>Mala: (30 a 61 puntos)</p>	

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. INVESTIGACIONES INTERNACIONES

➤ **AZCARATE GARCÍA E. OCAMPO-BARRIO P. (2008),**

Realizaron una investigación titulado “Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: intermitente y ambulatoria” de Chiapas - México con el objetivo de Evaluar el funcionamiento familiar de pacientes con diagnóstico de IRC en tratamiento con diálisis peritoneal continua y ambulatoria. Este es un Estudio observacional, transversal, cuantitativo y comparativo, realizado en pacientes con diálisis peritoneal continua y ambulatoria, con una población conformada de 120 y una muestra de 108 pacientes, el funcionamiento familiar se evaluó con la escala de Espejel; Obteniendo como resultado lo siguiente: la estructura familiar fue nuclear y extensa (82%), Se encontró funcionamiento funcional del 36% para DIPAC y 9% respectivamente para DPCI concluyendo que los pacientes en DIPAC tienen un mejor

funcionamiento familiar, las que fueron comprobadas estadísticamente ($p < 0,05$); la comunicación y afecto fueron los indicadores que mostraron significancia, proseguida de la adaptabilidad. (14)

- **RILLO J., ALGARRA A., DÍAZ, F. (2008)** en su estudio “Calidad de vida de los pacientes en diálisis peritoneal” - Bogotá en Colombia, Aplicó el método descriptivo explicativo correlacional; cuyo Objetivo fue medir la capacidad de autocuidado y su relación con las características sociodemográficas y clínicas en un grupo de pacientes del programa de diálisis peritoneal de acuerdo con su capacidad de autocuidado, con población de 87 pacientes con IRC. una muestra de 80. Los resultados fueron: el 60% de los sujetos reportaron conclusiones de: suficiente capacidad de autocuidado y el 40% deficiente capacidad de autocuidado, además se determinaron las actividades de cuidado de sí mismo, que los sujetos de estudio realizan con mayor frecuencia. (15)
- **MEDINA O., RUGERIO M., FLORES M. Y MARTÍNEZ D. (2009)**, México. En su trabajo titulado “Respuestas de la Familia a la Enfermedad Crónica” en la Ciudad de Puebla, realizó un estudio corte transversal con una población de Tipo cuantitativo; donde utilizó

el método descriptivo correlacionar; la técnica que utilizó fue la encuesta y el instrumento un cuestionario; la muestra estuvo conformado por 100 familias. Los resultados de conclusión, reportaron un 76,0% disfuncionalidad familiar; 24,0% funcionalidad familiar. Recomendó indagar la situación de salud intrafamiliar como grupo, para instruir con base en fortalezas, debilidades y patrones culturales de la familia. (16)

- **ALVAREZ GÚZMAN W. GONZÁLEZ VÁSQUEZ J. (2010),** realizaron el estudio de investigación “Calidad de vida de los pacientes con IRC tratados con diálisis peritoneal intermitente automatizada y diálisis peritoneal continua ambulatoria en el hospital nacional regional san Juan De Dios de la ciudad de San Miguel. Período de enero a junio de 2010.-EL Salvador” Este estudio es de tipo cuantitativo, prospectivo y transversal plantea como objetivo comparar la Calidad de Vida que presentan los pacientes que padecen de IRC y que están en tratamiento de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) y Diálisis Peritoneal Intermitente Automatizada (DPIA) utilizando como población a 90 pacientes y la muestra de 79, obteniendo como Resultados: las edades oscilan entre los 40 a 69 años con un 81,67%, el sexo predomina el masculino con un 81,66%, el Estado Familiar un 35% están

acompañados, En cuanto a la Calidad de Vida de los pacientes en DPIA se encontró que el valor mayor se presentó en la Dimensión de Salud Mental (65,60) y la menor en Función Física (17,22) y para la DPCA el promedio mayor fue en la Dimensión de Función Social (85,83) y la menor en Rol Físico (52,50) con estos resultados se determinó que la Calidad de Vida de los pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria es mejor que la de los pacientes en Diálisis Peritoneal Intermitente Automatizada. (17)

- **ZARATE GONZALES N. (2012 - 2013)**, realizo la investigación titulado “Funcionamiento Familiar de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento Sustitutivo En el Hospital General de Zona número 8 Córdoba Veracruz” con el objetivo de determinar el nivel funcionamiento familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento sustitutorio del HGZ No. 8 IMSS Córdoba Veracruz. Este estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo, su tipo de muestreo probabilística por conglomerados. en una población de 56 pacientes y como conclusiones lo siguiente: Las familias de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo del HGZ No. 8 IMSS Córdoba Veracruz son disfuncionales como resultado en su mayoría de un alto grado de cohesión y adaptabilidad. (18)

- **JORDÁN LÓPEZ M. Y MORA CEVALLOS Z. (2013)**, en su trabajo de investigación titulado “Funcionalidad familiar y estado de salud en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con Hemodiálisis, de la clínica de los riñones menyrial de las ciudades de Quito y Riobamba en los meses de junio a julio de 2013”. Con el objetivo de determinar la relación entre funcionalidad familiar y estado de salud en pacientes de Quito y Riobamba con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis. Este estudio se realizó a través de un diseño no experimental, de corte transversal y de tipo descriptivo- correlacional. Se tenía una población de 98 pacientes pero se evaluó como muestra solo a 80. Se obtuvo como resultados las familias funcionales fueron 67,6%, moderadamente funcionales fueron 28,3% y disfuncionales 4,1%. El estado de salud fue muy bueno en su mayoría para las láminas “sentimientos”, “actividades cotidianas”, “actividades sociales” y “dolor”. El estado de salud fue regular para las láminas “cambio en el estado de salud” y “estado de salud”. Y fue malo en la lámina “forma física”. En conclusión no se demostró que existe relación entre la funcionalidad familiar y el estado de salud, en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (19)

- **PÉREZ HERNÁNDEZ M. (2014)**, en su trabajo titulado “funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de la umf 75 del imss” Se encontró para la población de 71 pacientes, una media de 58,6 años, en Veracruz- México, realizó un estudio corte transversal con una población de Tipo cuantitativo; donde utilizó el método descriptivo correlacionar; la técnica que utilizó fue la encuesta y el instrumento un cuestionario; la muestra estuvo conformado por 100 familias. Los resultados de conclusión, en este estudio se incluyeron 71 pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal adscritos a la UMF no. 75 del turno matutino; de los cuales el 41,4% corresponde a familias funcionales, otro 46% a familias moderadamente funcionales y el 12,6% corresponde a familias disfuncionales, en este caso no se encontraron familias severamente disfuncionales

2.1.2. INVESTIGACIONES NACIONALES

- **PAREDES CARRIÓN R. (2005)**, en su estudio titulado “Afrontamiento y soporte de la familia en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica terminal -Lima”. El objetivo fue identificar y describir la posible relación existente entre los las estrategias de afrontamiento de la

familia y el soporte social en un grupo de pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal. Este es un estudio descriptivo correlacional, transversal y comparativo, realizado en 40 pacientes mayores de 20 años con diálisis peritoneal continua y ambulatoria. Por lo tanto se concluyó que, Las estrategias de planificación, aceptación, interpretación positiva y de crecimiento, además de acudir a la religión fueron descritas como las estrategias de mayor uso por los participantes y la familia. Los participantes expresaron sentirse satisfechos con el cuidado terapéutico, consejo e información y ayuda material; mientras que indicaron tener necesidades en las funciones de interacción íntima, ayuda material y participación familiar. Se encontraron correlaciones elevadas entre el apoyo familiar como soporte y las estrategias de afrontamiento positiva o negativa, enfocar y liberar emociones según cambio de tratamiento, comorbilidad y tiempo de diagnóstico en los pacientes con insuficiencia renal crónica. (20)

- **HINOJOSA CÁCERES E. (2007)**, realizó el estudio de investigación titulado “Evaluación De La Calidad De Vida En Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica Essalud Arequipa 2007”. Este estudio descriptivo de corte longitudinal tuvo el objetivo de Evaluar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica en

tratamiento sustituto en: hemodiálisis, DIPAC y/o trasplante renal en EsSALUD Red Asistencial Arequipa 2007. con una población de 150 pacientes. Obteniendo como resultado lo siguiente La valoración global del estado de salud según grupo de estudio, que el 52,06 % en promedio de las personas encuestadas tiene una apreciación de buena calidad de vida. Independientemente del modelo de intervención. La percepción de la salud general informada por estos pacientes con respecto a las perspectivas de su salud en el futuro y la resistencia a enfermar, es de regular a baja. El rol físico alcanzó una de las medias más bajas de la población en estudio, se pudo observar que más de un 70% de los pacientes declaró que su salud física interfiere en el desempeño de su trabajo. (21)

- **RODRÍGUEZ M. (2011)**, Perú. En su investigación denominada “Respuestas/Vivencia Cotidiana de la Familia frente al paciente con enfermedad renal crónica -Huancayo-2010”, hizo un estudio cualitativo; empleo el método fenomenológico y de diseño descriptivo simple; y la muestra lo constituían 37 familias. Concluyó que, patologías crónicas terminal de la persona enferma genera un conjunto de respuestas y vivencias negativas en la familia, sobre todo en lo económico, biológico, sociocultural, psicológico y espiritual. (22)

➤ **FLORES FLORES R. Y DIAZ LA TORRES C. (2012)**, realizaron una investigación titulada “Evaluación de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua hospital II es-salud Tarapoto. junio - noviembre 2012”. con el objetivo de determinar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que se realizan diálisis peritoneal ambulatoria continua en el Hospital II EsSalud Tarapoto. Este es un estudio observacional, descriptivo, usando el diseño de una sola casilla; realizado en pacientes con diálisis peritoneal continua y ambulatoria, La población fue representada por 31 pacientes. Para la recolección de datos se utilizó el método de la entrevista, aplicándose el Cuestionario SF-36 según los componentes de salud física. los resultados demuestran que: el 25,2% calificaron en general su salud buena El 44,7% reportó estado de salud regular; el 30,1% refirió estado negativo de salud en general, concluyendo que en la mayoría de los pacientes refieren tener una regular calidad de vida. (23)

➤ **SÁNCHEZ GUZMÁN J. (2013)**, realizó una investigación titulada “Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal en el Hospital Jorge Reátegui Delgado Essalud - Piura en el periodo diciembre 2013 - febrero 2014”. El objetivo fue

describir la calidad de vida disgregada en las distintas dimensiones del cuestionario en tratamiento con diálisis peritoneal continua y ambulatoria. Este es un estudio descriptivo observacional y transversal, realizado en 72 pacientes mayores de 20 años con diálisis peritoneal continua y ambulatoria, mayor de 3 meses en el Hospital Jorge Reátegui Delgado Essalud - Piura, para lo cual se utilizó el Cuestionario SF-36. Por lo tanto se concluyó que, existen diferencias significativas en la calidad de vida en los pacientes masculinos y femeninos; la calidad de vida es más favorable en los pacientes con la terapia mayor a 9 meses; de igual manera en los pacientes entre los 40 - 60 años comparada con los mayores de 60; la calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus es menos saludable comparada con los que tienen HTA, y, en general el Componente Físico es el más afectado en los pacientes con IRC. (24)

2.1.3. INVESTIGACIONES REGIONALES

- **MAMANI CAHUAYA K. (2013)**, En Tacna, la investigación tiene como objetivo, “determinar el funcionamiento familiar relacionado con la calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna, 2013”; el estudio fue de tipo cuantitativo con diseño descriptivo correlacional y de corte

transversal , con una población de 68 y una muestra de 60 pacientes oncológicos, la técnica aplicada fue una encuesta estructurada, utilizando los instrumentos de FF-SIL, que mide el funcionamiento familiar y la escala de EORTC QLQ-C30, que evalúa la calidad de vida del paciente oncológico, como resultado se obtuvo, a través del estadístico Chi cuadrado, que existe una relación altamente significativa entre las variables, donde el 50,0% de los pacientes oncológicos presentan familias moderadamente funcionales, 38,3% familias funcionales y el 11,7% familias disfuncionales. A su vez, el 65% tienen una calidad de vida buena, el 28,3% calidad de vida regular y el 6,7% una calidad de vida mala, concluyendo que a mayor funcionamiento familiar será mayor la calidad de vida del paciente oncológico.(23)

2.2 BASES TEÓRICAS

A raíz de que la Insuficiencia Renal Crónica es un fenómeno multicausal se ha empezado a dar relevancia a los eventos y procesos familiares en la determinación de la salud humana que conlleve a una vida con calidad. El estudio del funcionamiento familiar, se hace particularmente vital en las IRC, pues su nivel de cronicidad va deteriorando progresivamente a los pacientes, y debido a su trascendente influencia que tiene la familia en los niveles de salud como amortiguador de las consecuencias negativas de estas patologías.

2.2.1 LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC)

Es una enfermedad en la que se presenta una pérdida progresiva e irreversible de la función renal, y para mantener el equilibrio homeostático en los pacientes, se requieren medidas como la diálisis peritoneal, la hemodiálisis o el trasplante renal. (26)

Existen muchas condiciones que dañan los riñones; sin embargo, entre las causas más frecuentes está la diabetes que es la causa principal de esta alteración, ya que es una enfermedad crónica en donde no se produce suficiente insulina para ayudar a degradar la glucosa (azúcar) en la sangre, entonces las grandes cantidades de glucosa actúan como un veneno que daña los filtros y las arterias del

riñón. El aumento de la presión sanguínea (hipertensión) es la segunda causa que favorece la insuficiencia renal crónica, ya que daña los filtros y las pequeñas arterias y venas del órgano, lo que causa un deterioro rápido del riñón. (26)

Otras causas de Insuficiencia Renal Crónica incluyen:

- Glomerulonefritis: un grupo de enfermedades que causan inflamación y daño a los filtros del riñón.
- Daño o lesiones directas en el riñón
- Infección renal o infecciones urinarias repetidas
- Lupus y otras enfermedades que afectan el sistema inmunológico del organismo
- Ciertos medicamentos y venenos
- Uso prolongado de ciertos analgésicos

En general es una enfermedad silenciosa, la mayoría de las personas no presentan síntomas al comienzo, pero cuando la función renal ha avanzado puede haber dolor de cabeza frecuente, fatiga y comezón en todo el cuerpo. Si el deterioro renal persiste, además pueden presentarse otros síntomas debido a que el cuerpo es incapaz de autolimpiarse de los productos de desecho y el exceso de agua, (esta alteración es conocida como uremia):

- Orina frecuente
- Hinchazón en piernas, tobillos, pies, cara o manos
- Sensación de sabor metálico en la boca
- Náusea y vómito
- Pérdida del apetito
- Acortamiento de la respiración y Sensación de frío
- Alteraciones en la concentración y Mareo
- Dolor de piernas o calambres musculares

Debe hacerse una evaluación física minuciosa. También son útiles los estudios de imagen como la tomografía computada, la pielografía intravenosa (estudio para evaluar las características de los riñones y el sistema de drenaje) y la angiografía (inyección de un líquido que permite evaluar las arterias que nutren al riñón). (26)

Debido a que hay pocos síntomas en los inicios de la enfermedad, el diagnóstico depende de las pruebas de laboratorio. Para ello es necesario reconocer ciertas anomalías o “marcadores” renales como la presencia de proteínas en la orina y disminución de la función renal por más de tres meses. Se utilizan varias pruebas diagnósticas para determinar el funcionamiento de los riñones. El paciente con IRC que alcanza una etapa muy avanzada, es decir, una Enfermedad Renal Crónica Terminal

(ERCT), debe optar por reemplazar algunas de las funciones vitales del órgano dañado mediante “terapias de sustitución de la función renal”, las que consisten en trasplante renal o diálisis. (26)

El Trasplante renal: es el mejor tratamiento sustitutivo de la función renal deteriorada, la que consiste en realizar una operación quirúrgica colocando al paciente un riñón sano de un donante vivo o con muerte cerebral. Sin embargo, la disponibilidad de órganos es muy escasa.

Diálisis: es un procedimiento por el cual se reemplaza la función de los dos riñones dañados por un filtro que purifica la sangre, mediante un “riñón artificial”. Existen dos tipos de procedimientos que cumplen esta función: hemodiálisis y diálisis peritoneal, el propósito de estos dos tratamientos es el mismo, sin embargo el procedimiento es diferente, de la siguiente manera:

- Diálisis peritoneal: Se usa una solución especial para depurar las toxinas del organismo, puede ser de dos modalidades (diálisis peritoneal ambulatoria o diálisis automatizada).
- Hemodiálisis: Se usa una máquina especial que purifica la sangre.

DPCA (Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria): Es un tratamiento ambulatorio en el cual el paciente realiza un recambio de 3 a 5 recambios diariamente dejando que la solución dializante permanezca en la cavidad peritoneal de 4 a 6 horas.

La diálisis peritoneal se realiza al utilizar el peritoneo (una funda que rodea los intestinos), gracias a esta membrana, al introducir un líquido por fuera del peritoneo, se arrastrarán las sustancias que deben ser eliminadas, al extraer ese líquido, la sangre se habrá limpiado del exceso de potasio, urea, agua y otras sustancias que el riñón no ha podido eliminar. El líquido de diálisis se mete a través de un catéter situado en el abdomen del paciente, pasando por el peritoneo y saliendo a la superficie cerca del ombligo (también puede salir por el esternón o la clavícula). Este catéter debe colocarse antes de comenzar el primer tratamiento, se pone con anestesia local y queda implantado de forma permanente. Es importante que la parte del tubo que se queda fuera del cuerpo se mantenga limpia y seca, para prevenir una infección.

Esta diálisis se puede realizar en casa o en el lugar del trabajo, lo único que se necesita es buscar una zona limpia, idear una manera de elevar la bolsa con el líquido de diálisis y poder calentar dicho líquido. (26)

Etapas De La Diálisis Peritoneal: La diálisis peritoneal se lleva a cabo en tres etapas fundamentales y que deben tomarse en cuenta para obtener resultados adecuados que favorezcan al paciente a alcanzar su bienestar, (5) estas etapas son:

- a) **Drenaje:** El líquido dializado sale de la cavidad abdominal por acción de la gravedad a través del catéter hacia la bolsa de drenaje, se considera un tiempo normal de diez a veinte minutos.
- b) **Infusión:** Es la entrada de líquido dializante a la cavidad abdominal a través del catéter utilizando la fuerza de gravedades considera un tiempo normal hasta de diez minutos.
- c) **Permanencia:** Es el tiempo que el líquido de diálisis se queda en la cavidad abdominal permitiendo el intercambio de solutos, el tiempo de permanencia dependerá del número de bolsas indicadas por el nefrólogo si son cuatro bolsas indicadas al día, será una permanencia de cinco horas o viceversa . (26)

Ventajas de la Diálisis Peritoneal Ambulatoria

- Mayor independencia del enfermo.
- Mayor participación del enfermo en las decisiones clínicas.
- Evita la necesidad de acceso vascular: menor sobrecarga cardiaca.

- No requiere venopunciones múltiples
- Cambios hemodinámicos más graduales.
- No requerimientos de anticoagulantes.
- Menos necesidad de E.P.O.
- Mantiene más tiempo la función renal residual.
- Menores desplazamientos.

Paciente con Diálisis Peritoneal Ambulatoria

Una persona con insuficiencia renal crónica es una persona con sueños, ilusiones, planes y en contraposición a esto llegan situaciones sorpresivas a la vida como lo es el tratamiento sustitutivo de la diálisis peritoneal ambulatoria que llego para quedarse, dejando sin salida, exigiendo tratamiento continuo, desarrollando sentimientos de angustia, confusión, rabia, tristeza, soledad. Al momento de escuchar el diagnóstico cambian tantas cosas, relaciones, situaciones, dudas sobre lo que puede comer o beber. Además de una adaptación a las medicinas, las maquinas, los profesionales, los hospitales, etc. (27)

Su vida ha cambiado y tiene que enfrentar situaciones aunque se encuentra contraído, es difícil desde el momento que se entera de su

diagnóstico, experimenta angustia, sintiéndose perdido creyendo que la vida se le ha ido y no atiende a la realidad, esto provoca un estado de desesperación por su vida con pensamientos próximos de defunción, se enfrentan con muchas preguntas sin respuestas y esto aumenta su miedo a empeorar, adherido a esto las personas con IRC en tratamiento con diálisis peritoneal ambulatoria mantienen niveles bajos de hemoglobina y por tanto anemia asociada al mal uso de los recursos de su comunidad y el desconocimiento de cumplir con una adecuada dieta alimenticia que los induce a desnutrición, está a la vez complicaciones y consecuencias graves.

La asistencia a los programas de diálisis muchas veces es forzada, es reducido el número de pacientes que asisten a su tratamiento convencidos de la necesidad de este para sobrevivir y por tanto son los que han aceptado su condición de enfermedad y la necesidad de tratamiento; cambios de programas en un mismo paciente, de DIPAC pasan a Hemodiálisis, esto se debe a varias circunstancias una de ellas es el aspecto fisiológico del paciente, otras por descuido en el tratamiento por parte del paciente o conveniencia personal tanto del paciente como la familia; también puede observarse complicaciones de catéteres. (27)

2.2.2 LA FAMILIA

Definición

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define la familia como “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial” (28)

Al respecto, en el Perú, la constitución de 1993, señala que la familia es el núcleo natural y fundamental de la sociedad, responsable en primer lugar de la educación integral de los hijos. (28)

Definiendo con mayor precisión se entiende por familia a la unidad biopsicosocial, integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable y que viven en un mismo hogar” (Zurro. 1999). “Los miembros de la familia pertenecen a un sistema específico, a una unidad social en que los roles y patrones de conducta son mutuamente regulados por normas compartidas y en la que el control social se ejerce mediante la imposición de ciertos tipos de sanciones y la distribución de recompensas”. (Mendalie. 1987)

En el aspecto de salud es el núcleo primario de la sociedad y del contexto social de la salud. En ella, el ser humano nace, crece y se desarrolla. En este ambiente natural sus miembros deberían mantener relaciones interpersonales estables, compartiendo y satisfaciendo sus necesidades básicas

Según el MINSA La familia es la unidad fundamental de la sociedad, y se encuentra en constante interacción con el medio natural, cultural y social. (29)

Tipos de familia, según la OMS:

- Familia nuclear: Donde conviven los padres biológicos o adoptivos con los hijos solteros.
- Familia incompleta: uniparentales o monoparentales que se forman tras el fallecimiento de uno de los cónyuges, el divorcio, la separación, el abandono o la decisión de no vivir juntos.
- Familias mixtas, donde conviven un padre y una madre con hijos de uniones anteriores de los dos y en algunos casos, con hijos concebidos en esa unión actual.

- Familia reconstituida, que vienen de otros matrimonios o cohabitación de personas que tuvieron hijos con otras parejas.
- Familias extensas: que habitualmente incluye tres generaciones abuelos, padres e hijos que viven juntos.
- Familias con padre visitante, cuando existe aislamiento y distancia emocional entre el padre y sus miembros
-

Funciones de la Familia

✓ **Función Biológica:**

Cumple con la mantención de la especie a través de la procreación, basada en relaciones afectivas, de apoyo, y amor el que se prolonga y proyecta en los hijos.

✓ **Función Educativa o Social:**

Es la inserción de los hijos en la comunidad. La familia en las actividades diarias enseña a sus miembros los comportamientos que necesitan para vivir junto a los demás.

✓ **Función Económica:**

Se orienta a proveer los alimentos, el abrigo y todos aquellos elementos necesarios para la subsistencia.

✓ **Función Espiritual:**

Identifica el apoyo de los padres en el ámbito emocional – afectivo, este debe ser positivo para determinar un camino eficaz hacia la identidad y aceptación de lo que cada uno es. Además de destacar que cada miembro de la familia debe definirse como un ser individual.

2.2.3 LA FAMILIA EN PACIENTES CON IRC

La IRC es una patología que pone en riesgo la vida del paciente y desestabiliza a la familia y sus relaciones sociales.

Por ello la familia también se ve envuelta en una serie de sentimientos ambivalentes ante un familiar enfermo, lo que en ocasiones lleva a la mayoría al deterioro de las relaciones familiares y de pareja que se dan al experimentar cambios y ajustes en sus actividades y funciones diarias.

Generalmente, es un pariente cercano el encargado de cuidar al paciente, sobre todo los hijos y parejas, pero también brindan el cuidado otras personas a las que se les contrata para recibir servicios de apoyo, aun así sigue siendo la familia próxima la que se encarga de esas tareas en la mayoría de los casos. La función de cuidador

recae frecuentemente en las mujeres, independientemente de su edad, como madres, cónyuges e hijas, considerándose en lo general que el varón tiene mayor dificultad para adaptarse a este rol.

Adherido a esto la aparición de esta patología trae consigo cambios en la rutina familiar, hábitos alimenticios, distribución de gastos y actividades laborales de los pacientes y sus familiares. En efecto, como consecuencia del cuidado del enfermo y a causa de que éste deja de laborar, la familia experimenta una merma en su economía al destinar un porcentaje mayor de sus ingresos al realizar gastos sistemáticos en medicamentos, dietas y traslados hacia las instituciones de salud; aumentando estos egresos cuando la familia debe interrumpir sus ocupaciones laborales para brindar acompañamiento al paciente en sus procesos de atención de salud. Además de esto, los familiares se ven obligados a realizar cambios en la distribución, arreglo y aseo de la casa; habilitando espacios necesarios para el tratamiento con materiales estériles (una habitación especialmente aséptica para la realización de los cambios de diálisis y otra para guardar las cajas de Baxter y los obturadores). Para este tipo de cuidados en muchas ocasiones hubo la necesidad de deshacerse de las mascotas del hogar.

La misma distribución del tiempo cambia en cuanto a sus actividades sociales, por ejemplo la disminución de las salidas o los lugares frecuentados debido a la incapacidad del paciente, disminuyendo así las interacciones familiares, afectándola física y emocionalmente, provocando en la mayoría de las familias el alejarse del paciente, evitándolo y en ocasiones llegando a la negación y la separación del grupo familiar , si bien en ciertos casos también se ve el efecto contrario de estrategias de afrontamiento adaptativas y positivas.

Por lo cual un apoyo familiar insuficiente podría conducir a una menor calidad de vida, en tal sentido una mala salud es más pronunciada y más probable, entre aquellos individuos que carecen de apoyo o perciben que este no es suficiente. Asimismo, enfermedades como la IRC que son de carácter invasivo y altamente exigentes en términos de tiempo de los tratamientos, impiden al paciente en la mayoría de los casos a conseguir o mantener un trabajo estable, lo cual conduce a una mayor depresión. En consecuencia los varones acostumbrados a desempeñar en espacios públicos pueden vivir la experiencia de la patología como un abandono obligatorio de sus obligaciones hacia una reclusión doméstica, llegando a depender de los demás miembros; por otro

lado las mujeres con vínculos laborales también viven con dolor su interrupción sobre todo cuando ven interrumpidas la realización de las actividades domésticas y del cuidado hacia la familia. Como resultado estos pacientes viven imbuidas en sentimientos de culpa a partir de considerar a sí mismo en términos de carga familiar, esta frustración se relaciona con las necesidades de cuidado, apoyo y la reestructuración de funciones.

Sobre las bases anteriores expuestas la familia se convierte en la principal red de apoyo para el paciente para poder afrontar su nuevo estilo de vida, influyendo en las estrategias de superación y adaptación.

2.2.4 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

El ser humano requiere de un ambiente familiar flexible, con pautas que señalen afecto, preocupación, respecto a la individualidad y necesidades propias de la edad, donde la comunicación de sentimientos, sea lo más importante para enfrentar cualquier situación.

La familia tiene la tarea de preparar a sus integrantes para enfrentar y superar los cambios que pueden generarse desde su interior y del exterior. Cambios que podrían afectar y modificar las

estructuras de la interacción de los miembros de cada familia, generando un clima negativo y por ende afectar toda la funcionalidad familiar. (30)

Según Donini (2005) las funciones esenciales de la familia son:

- La reproducción biológica, que aseguraba la continuidad de la sociedad.
- La asignación de “Status” o posición social del niño desde su nacimiento.
- La crianza, la manutención y desarrollo físico del niño.
- La socialización y preparación, para desempeñarse en la sociedad.
- La provisión del control sexual.

La familia es una unidad básica, y ante una situación crítica necesita la integración dinámica e interactiva con todos sus miembros, para así dar un correcto funcionamiento en la familia.

El funcionamiento familiar consiste en la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, las crisis por las

que atraviesa, dando lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve.

Estas deben de cumplir con las siguientes demandas:

- Satisfacción de necesidades biológicas y psicológicas de los hijos
- Socialización
- Bienestar económico
- Mediadora con otras estructuras sociales

El funcionamiento familiar trae consigo una serie de componentes, permitiendo reconocer los aspectos que pueden mejorar o fortalecer.

Componentes del funcionamiento familiar del Test FF-SIL son:

- **Cohesión:** Es el vínculo emocional entre los miembros de la familia, la unión física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y tomar decisiones de las tareas cotidianas. Una familia no debe estar constituida por miembros que viven aislados de los demás aunque viven bajo el mismo techo. En cambio, debe de estar conformada por un grupo de persona que participan en las mismas actividades, que hacen lo necesario para vivir unidos por los vínculos del amor y del respeto.

- **Armonía:** Correspondencia e intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio positivo. La armonía en la familia es un proceso en continua fase de crecimiento. Cuando un integrante de la familia está enfermo, puede desencadenar momentos desagradables dentro del núcleo familiar, pero con una buena comunicación y una armonía como base se puede superar cualquier causa extrínseca que atente contra la familia. La familia es un grupo primario donde los miembros se refuerzan unos a otros, donde hay colaboración, donde se apoyan unos a otros y se transmiten valores, merece la pena luchar por consolidar una buena armonía.
- **Comunicación:** Los miembros de la familia son capaces de transmitir experiencias de forma clara y directa, explora el grado en el que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos, referida básicamente a la comunicación positiva, como la empatía y escucha reflexiva, los comentarios de apoyo permiten a los miembros a compartir sus necesidades y preferencias cambiantes o bien en el otro extremo, la comunicación negativa como son los dobles mensajes o las críticas. En definitiva la comunicación influye en las relaciones humanas, condiciona nuestras vidas, es

una necesidad inherente del ser humano para expresar lo que piensa y siente.

- **Permeabilidad:** Capacidad de la familia de recibir experiencias de otras familias e instituciones, permitiendo la relación prudente de sus miembros con otros subsistemas. Se manifiesta en la posibilidad de solicitar y permitir la ayuda desde fuera del sistema familiar. La apertura del sistema facilita el apoyo social de otras familias, de los amigos y compañeros más cercanos, y de otras instituciones sociales.
- **Afectividad:** Capacidad de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones para los unos con los otros. La afectividad es la necesidad que tenemos los seres humanos de establecer vínculos con otras personas. Un clima afectivo adecuado constituye un factor de protección ante posibles conductas de riesgo, favorece el desarrollo saludable del autoconcepto, la autoestima, la aceptación personal, la seguridad en sí mismo, etc
- **Roles:** Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar. Los roles de la familia no son naturales sino que son una

construcción social, pero además y sobre todo, particular de cada familia. Es deseable que haya suficiente flexibilidad en la asignación de roles de manera que sea posible hacer notificaciones cuando sea necesario.

- **Adaptabilidad:** Habilidad de la familia de cambiar de estructura, poder, relación de roles y reglas ante una situación que requiera. Es la capacidad de adaptarse a las circunstancias cambiantes a nivel ambiental y de desarrollo, tanto si son esperadas o previsibles, es esencial para la supervivencia de las familias. También es considerada como la capacidad de utilizar los recursos externos para compensar la limitación o agotamiento de recursos internos.

A su vez, el instrumento permite identificar el nivel de funcionamiento familiar, siendo importante conocer sus características propias.

Características De Las Familias Funcionales

La principal característica que debe tener una familia funcional es que promueve un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio.

Minuchin (1980): afirma que la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia no depende de la ausencia de problemas dentro de esta sino, por el contrario, de la respuesta que muestra frente a los problemas; de la manera como se adapta a las circunstancias cambiantes de modo que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento de cada miembro. (30)

Las familias funcionales son aquellas familias en las que sus miembros se autorrealizan, se desarrollan, viven, aman manifiestan sus logros y fracasos, aprenden a buscar y a aceptar la felicidad. En este tipo de familias sus integrantes se muestran seguros de sus identidades, es decir aceptan su relación y pertenencia a un determinado grupo familiar, tienen una alta autoestima y son capaces de comunicar sus sentimientos, tanto positivos como negativos dentro de un parámetro ecológico (sin hacerse daño y dañar a los demás) y de respeto.

Las familias funcionales piensan y actúan considerando el “nosotros” pero respetando el “tú” y “yo”. Las modalidades de comunicación en las familias funcionales son honestas, respetuosas, oportunas, claras, francas y sinceras, ayudar a resolver las situaciones problemáticas sin generar disfuncionalidad. Por lo tanto

la creación de una familia feliz, equilibrada y funcional, depende de la comunicación intrafamiliar.

Alcaina (s.f.): caracteriza a la familia disfuncional como la que ante situaciones que generan estrés responde aumentando la rigidez de sus pautas transaccionales y de sus límites, carece de motivación y ofrece resistencia o elude toda posibilidad de cambio. La familia disfuncional se diferencia de la funcional, por la utilización de patrones de interacción recurrentes que dificulten el desarrollo psicosocial de sus miembros, adaptación y la resolución de conflictos.

La familia puede volverse nociva, cuando sin saberlo o involuntariamente no cumple con su función, creando así relaciones tensas en sus integrantes. La dinámica de la familia se debe sostener ante toda situación existente y más aún cuando uno de sus integrantes cursa una enfermedad crónica, como la Insuficiencia Renal Crónica.

TEORÍA SOBRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

MODELO CIRCUMPLEJO DEL DR. DAVID OLSON (1985)

Para Olson, la definición del funcionamiento familiar es la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia (cohesión) y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares (adaptabilidad). (31)

Esta teoría contempla las situaciones que atraviesan la familia durante la vida y los cambios que deben realizar en su estructura para lograr una adaptación y una cohesión, que ayuden a mejorar la calidad de vida de un familiar. Además establece que un funcionamiento familiar balanceado es aquel que posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están asignados.

Éste es uno de los modelos más importantes para el estudio del funcionamiento familiar y establece una tipología para clasificar y manejar los distintos perfiles a través de tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad y comunicación. Su aplicación se considera útil para realizar un diagnóstico relacional, usando la perspectiva sistémica y destacando áreas saludables (balanceadas) y problemáticas (desbalanceadas) en los sistemas que estudia.

A) Objetivos del Modelo Circumplejo.

- Identificar y describir las dimensiones centrales de cohesión, adaptabilidad y comunicación de la familia.
- Mostrar cómo las relaciones familiares pueden distribuirse, en un balance dinámico, entre constancia y cambio (dimensión de adaptabilidad) y entre amalgamada y desligada (dimensión de cohesión).
- Tratar de establecer una manera de integrar al individuo con un sistema familiar.
- Proveer una clasificación de tipos de cohesión y adaptabilidad familiar que pueda ser aplicada en la intervención clínica y programas educativos.

B) Funciones de la familia según el Modelo Circumplejo de Olson.

Este modelo distingue cinco funciones básicas que son realizadas por todas las familias y que se describen a continuación:

- a) Apoyo mutuo Incluye apoyo físico, financiero, social y emocional. Este apoyo se da dentro de un marco de interdependencia de roles y está basado en relaciones 22 emocionales. Las familias ingieren sus alimentos juntos, se consuelan y se confortan, realizan actividades en grupo y tienen sentimiento de pertenencia.

- b) Autonomía e independencia. Para cada persona, el sistema es lo que facilita el crecimiento personal de cada miembro. Cada persona en la familia tiene roles definidos que establecen un sentido de identidad. Cada miembro tiene una personalidad que se extiende más allá de las fronteras de la familia. Cuando un miembro inicia un tratamiento trata de establecer un rol separado con el personal de salud y sus compañeros. En efecto, las familias hacen cosas juntas y también separadas.
- c) Reglas. Las reglas y normas que gobiernan una unidad familiar y a cada uno de sus miembros pueden ser explícitas o implícitas. Los límites de los subsistemas deben de ser firmes, pero, sin embargo, lo suficientemente flexibles como para permitir una modificación cuando las circunstancias cambian. Las normas incluyen los patrones de interacción, la conducta considerada como apropiada, la privacidad, la autoridad dentro del sistema F.
- d) Adaptabilidad a los cambios de ambiente. La familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de tal modo que pueda seguir funcionando. Toda familia debe adecuarse a cualquier situación interna o externa que genere cambio, con el fin de mantener la funcionalidad y continuidad del sistema familiar.

e) La familia se comunica entre sí. Esta comunicación dentro de una familia puede conseguirse usando mensajes verbales, no verbales e implícitos. La comunicación es fundamental para que las demás funciones de la familia puedan llevarse a plenitud y adecuadamente. Cuando los canales de comunicación se ven afectados, la funcionalidad familiar se ve entorpecida.

C) Conceptos Teóricos del Modelo. Olson

a. Cohesión familiar.

El Modelo Circumplejo define a la cohesión familiar como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí. Los conceptos específicos para medir y diagnosticar la cohesión familiar son: vínculos emocionales, límites familiares, tiempo, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación.

Se puede distinguir cuatro niveles de cohesión que permiten diferenciar tipos de familias:

- Desligadas (cohesión muy baja)
- Separadas (cohesión baja a moderada)
- Unidas (cohesión moderada a alta)
- Aglutinadas (cohesión muy alta)

b. Adaptabilidad familiar.

La Adaptabilidad Familiar tiene que ver con la medida en que el sistema familiar es flexible y capaz de cambiar. Se define como la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo. Un óptimo sistema adaptativo requiere de un balance entre cambio y estabilidad. Los conceptos específicos para diagnosticar y medir la adaptabilidad familiar son: liderazgo, control, disciplina, roles y reglas de relación.

Se pueden distinguir cuatro niveles de adaptabilidad que permiten diferenciar distintos tipos de familias.

- Rígida (adaptabilidad muy baja)
- Estructurada (adaptabilidad baja a moderada)
- Flexible (adaptabilidad moderada alta)
- Caótica (adaptabilidad muy alta)

c. Comunicación:

Esta dimensión se incorpora posteriormente (1983) y se abandonan las dimensiones de asertividad, control de feed-back (1980). Se entiende la comunicación como una dimensión

facilitadora que implica habilidades de comunicación positiva utilizadas por la familia o la pareja: empatía y escucha activa por parte del receptor, habilidades del emisor, libertad de expresión, claridad de expresión, continuidad, respeto y consideración, que mejoran sus niveles de cohesión y flexibilidad.

MODELO CIRCUMPLEJO DEL DR. DAVID OLSON RELACIONADO CON EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

El objetivo de este modelo es conocer cómo se altera el funcionamiento familiar cuando la familia sufre alteraciones que puedan ocasionar una crisis, sin poder lograr cambios positivos en respuesta al estrés situacional

Este modelo enfatiza que ante una crisis (enfermedad) se produce situaciones estresantes que pone a la familia en riesgo de una disfuncionalidad familiar si no se afronta de manera adecuada el hecho de contar con un sujeto enfermo en su seno. Esta alteración puede provocar en el paciente:

- Malestar físico y emocional.
- Respuestas depresivas, de negación o de agresividad.
- Sentimiento de impotencia y desesperanza.

- Alteraciones en la autoimagen.
- Pérdida de la independencia.
- Separación del entorno familiar.
- Problemas de comunicación en la familia
- Cambios en el rol de los demás miembros de la familia

Por tal motivo la profesión de enfermería, tiene como ejes de intervención a la persona y la familia, como unidades básicas, para brindar servicios de cuidado, considerando que el funcionamiento familiar afecta la salud de todos sus miembros.

Este modelo desde el punto de vista de la salud, atribuye un papel fundamental de estrategias de intervención hacia la familia, para contribuir de manera individual y colectiva el nivel óptimo del paciente. Vista desde un enfoque holístico, la importancia radica en comprender la dinámica familiar de familias que tienen un miembro con IRC en tratamiento dialítico , porque esta enfermedad puede ser considerado como un problema médico, pero también se trata fundamentalmente de una problemática familiar ya que el paciente es un miembro que provocará transformaciones y cambios en este ámbito, pero esencialmente es una persona que necesita la atención necesaria para

obtener una buena calidad de vida que le permita un desarrollo como integrante de una familia y de una sociedad.

Conocer este modelo ayudará al personal de enfermería a desarrollar acciones para contribuir a la adaptación de la familia, a lo largo de su recorrido con un familiar dependiente de ellos, y al fortalecimiento de sus relaciones, para que puedan cumplir con brindarle seguridad, protección y realización, evitando de esta manera que el paciente quede sin apoyo y amor familiar, aumentando la adherencia hacia el tratamiento, la prevención de incidencias, mejorando la autonomía, la calidad de vida y la esperanza de vivir.

2.2.4 CALIDAD DE VIDA

El término "Calidad de Vida" fue admitido en el Index Medicus en 1977, este ha sufrido numerosas modificaciones en los últimos años y ha adquirido un protagonismo creciente en todos los ámbitos de la vida humana. Es un concepto dinámico y por ello, distintos términos se han utilizado para hacer referencia a una misma idea. Así, calidad de vida, bienestar, satisfacción y felicidad suelen ser utilizados indistintamente. El concepto y su desarrollo no se han presentado ni brusca ni fácilmente y su definición ha sido lenta y dificultosa. Si bien el tema de la calidad de vida o de la "buena vida" está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge en la década de los 90, que se mantiene en los primeros años del siglo XXI. Anualmente se publican en revistas médicas más de 2.000 artículos, poniendo de manifiesto el gran interés como la amplia gama de acepciones del término. (32)

Para Schumaker & Naughton (1996) es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. Aunque no existe una definición generalmente aceptada y utilizada de la Calidad

de Vida Relacionada con la Salud CVRS, Herdman y Baró citan la definición propuesta por Shumaker y Naughton, que refleja adecuadamente el enfoque tomado por muchos investigadores en este campo:

"La Calidad de Vida Relacionada con la Salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud CVRS son: las funcionales, los síntomas y la salud global (32)

Dimensiones De La Calidad De Vida:

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son:

- a) Dimensión funcional:** Es la percepción del estado físico o la salud, el cual mide la presencia y el grado de interferencia de daños físicos en la realización de actividades diarias, de

autocuidado, movilidad, actividades físicas propias y cotidianas, midiendo las funciones física, rol de actividades, emocional, cognitiva y social.

b) dimensión de síntomas: Mide la presencia de los síntomas de la enfermedad, efectos secundarios del tratamiento y el impacto económico, entre ellos están: fatiga, náuseas y vómitos, dolor, disnea, alteraciones del sueño, pérdida del apetito, estreñimiento, diarrea y el impacto financiero.

c) Dimensión de salud global: Son las evaluaciones realizadas por las personas acerca de su bienestar y estado de satisfacción en general, dividiéndose en salud y calidad de vida.

Características de La Calidad De Vida:

a) Concepto subjetivo: Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.

b) Concepto universal: Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.

d) Concepto holístico: La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la

calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo

- e) Concepto dinámico: Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.
- f) Interdependencia: Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

Medir la Calidad de Vida en el ser humano es muy importante, más cuando está relacionada con personas que padecen de Insuficiencia Renal Crónica y que reciben tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente DPI (Automatizada y Manual) y DPCA, también existen otros tratamientos como la Hemodialisis y el Trasplante Renal, de los cuales se hace una pequeña reseña y que se describen a continuación. En este estudio solo se tomaron en cuenta los pacientes que están en los dos primeros tratamientos antes mencionados. (36)

TEORÍA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA

MODELO DE ADAPTACIÓN DE LA ENFERMERA CALLISTA ROY (1970)

El modelo es una meta-teoría ya que utilizó otras teorías para realizarlo. Las bases teóricas que utilizó fueron: La teoría general de sistemas de A. Rapoport, que consideraba a la persona como un sistema adaptativo, y la teoría de adaptación de Harry Helson, en esta teoría, él dice que las respuestas de adaptación tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse. (33)

A) Elementos de la teoría.

Su teoría contiene 5 elementos esenciales: (paciente, meta, salud, entorno, dirección de las actividades) a su vez estos elementos dependen de tres clases de estímulo:

- **Focales:** son los que afectan en forma inmediata y directa a la persona en un momento determinado.
- **Contextuales:** son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal.
- **Residuales:** corresponde a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden

tener influencias en la situación presente, pero sus efectos son indeterminados.

B) Métodos de adaptación.

También considera que las personas tienen 4 modos o métodos de adaptación:

- a. Las necesidades fisiológicas básicas:** Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
- b. La autoimagen:** El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.
- c. El dominio de un rol o papel:** Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo. Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre enfermo que padece de una enfermedad crónica y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.
- d. Interdependencia:** La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

C) Conceptos teóricos del modelo de la adaptación

a. Salud:

Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo. No solo se trata de quitarle la enfermedad al paciente sino entregarle las herramientas necesarias para integrarse a la sociedad de mejor manera en el caso de pacientes con enfermedades terminales o catastróficas, educándolo y brindarle ayuda tanto en lo psicológico, social, y en lo relacionado con su calidad de vida.

La salud no consiste en liberarse de la muerte o las enfermedades, sino que en la capacidad de combatirlos del mejor modo posible.

b. Cuidado de enfermería:

Es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

- Utiliza los cuatro modos de adaptación para incrementar el nivel de adaptación de una persona frente a la enfermedad.
- Realiza actividades que promueven respuestas de adaptación efectivas en las situaciones de enfermedad.

- Es una disciplina centrada en la práctica dirigida a las personas y a sus respuestas ante los estímulos y la adaptación al entorno.
- Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación.

Para planificar los cuidados propone un proceso de solución de problemas de seis pasos:

- Valorar la conducta del enfermo/usuario.
- Valorar los factores influyentes.
- Identificar los problemas.
- Fijar los objetivos.
- Seleccionar las intervenciones.
- Evaluar los resultados.

c. Persona:

Roy define a la persona como un ser holístico y adaptable. Es un ser biopsicosocial (ser participativo en las esferas biológicas, psicológicas y sociales), en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia. Es el

receptor de los cuidados enfermeros, desempeñando un papel activo en dichos cuidados.

d. Entorno:

Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos. Consta de ambientes interno y externo que proporcionan entrada en forma de estímulos. Siempre está cambiando y en constante interacción con la persona. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para poder adaptarse y recuperar la salud.

D) Relaciones de Aplicación de la Teoría:

❖ **Enfermero – paciente:**

Roy subraya que en su intervención, la enfermera debe estar siempre consiente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo. La meta es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatros modos de adaptación ya sea en la salud o en la enfermedad, por ello la intervención de enfermera implica el aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos.

❖ **Paciente – enfermero:**

Paciente que recibe los cuidados enfermeros. Para Roy, el paciente es un sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida:

❖ **Familia – enfermero:**

Roy, en su modelo sostiene que la familia también es un receptor de cuidados, que también tiene una conducta de adaptación. El desarrollo que la familia hace es por activación de un proceso de aprendizaje.

TEORÍA DE LA ADAPTABILIDAD RELACIONADO CON LOS PACIENTES DIPAC

Se ha observado que los pacientes en DIPAC son afectados tanto en su ambiente interno como externo y según el MACR el ambiente es clasificado como estímulos, estos al entrar en el medio del paciente activan los procesos de afrontamiento y como resultado dan una respuesta de comportamiento.

El comportamiento negativo manifiesta una amenaza a la integridad del paciente con DPCA que es la preocupación inicial de enfermería, cuya prioridad es evaluar los estímulos negativos para incidir en ellos e identificar los positivos para potencializarlos. La intervención de enfermería se debe basar en los estímulos que influyen en el comportamiento (enfermedades, disfunción familiar, abandono, etc.) o la capacidad de afrontamiento hacia estos estímulos (estrés, depresión, ansiedad, seguridad, optimismo), ante esto se presenta dos formas.

➤ Modo de adaptación fisiológica en DIPAC

La finalidad de este modelo es la forma en como el paciente responde físicamente ante un estímulo del medio ambiente, el

comportamiento en este modo se va a manifestar a través de la actividad fisiológica del cuerpo humano.

Por lo tanto es común que los pacientes con DIPAC posean problemas de adaptación, debido a que una de las principales funciones del riñón es la excreción de los productos finales del metabolismo, la eliminación y desintoxicación de medicamentos. Esto indica que la pérdida de la función del riñón reduce la capacidad de adaptación de los pacientes, aun cuando se trate de sustituir la función renal a través de los diferentes tratamientos dialíticos.

De este modo, también se ven problemas de adaptación con respecto a la necesidad de nutrición. Roy, identifica a la nutrición como una de las cinco necesidades fisiológicas. Tal es el caso que el paciente suele presentar disminución en la producción de eritropoyetina, una de las razones por las cuales sufren de anemia, Asimismo los problemas de desnutrición calórico-proteíca manifiestan agotamiento y debilidad, por tanto se ve afectada la necesidad de actividad y el reposo. En relación a la etapa de desarrollo, el sistema inmune también se afecta con el envejecimiento. La persona de mayor edad contrae un mayor

número de infecciones, éste puede ser el resultado de la inhabilidad del cuerpo a tener una respuesta inmune eficaz.

Todos estos factores negativos impide la adaptación del paciente hacia su patología por lo tanto la enfermera debe brindar intervenciones oportunas que ayuden a eliminar los obstáculos que impiden la adaptación, asumiendo estrategias de afrontamiento para poder satisfacer sus demandas de salud mejorando su salud física.

➤ **Modo de adaptación del Auto-concepto en DIPAC**

Roy menciona que los problemas de adaptación como los cambios corporales que se presentan durante la evolución de la “enfermedad”, pueden interferir con la capacidad psicológicas de las personas para curarse o de hacer lo necesario para mantener su salud. Aunque es normal que las personas utilicen mecanismos de afrontamiento, también es evidente que en algunos pacientes estos mecanismos no sean eficientes y como resultado se presenten problemas como: ansiedad, baja autoestima, disfunción sexual, aflicción y culpabilidad;

Estos problemas se convierten en estímulos negativos, porque no permitirán la adaptación hacia el tratamiento sustitutivo o hacia

el nuevo cambio de vida, lo que puede conllevar a complicaciones mayores. Pero también hay estímulos positivos externos como el apoyo familiar que le brinda capacidades de afrontamiento.

De este modo se visualiza que cuando se identifica un comportamiento inefectivo, es evidente que estos procesos de afrontamiento no fueron capaces de adaptarse efectivamente al estímulo que estaba afectando, por ello con la ayuda de la familia, a través del cuidado, de una buena comunicación, sencillas instrucciones y actividades orientadas al confort y recreación del paciente, se pretende disminuir los efectos psicológicos adversos (depresión, stress y traumas) del paciente al sentirse útil y contribuir con su bienestar. La adaptación para la enfermera es buscar mantener la integridad y la dignidad; contribuir a promover y mejorar la salud física y mental, la calidad de vida. Proceso que ayudara a satisfacer las necesidades integrales de la persona y de la familia mediante los cuidados y el buen funcionamiento familiar.

DIAGRAMA CONCEPTUAL DE LAS 2 TEORIAS:

La interacción de estas teorías nos ayudara a comprender y a tomar decisiones asertivas para mejorar el proceso de atención de enfermería.

La teoría del modelo Circumplejo de Olson, ayudara a medir la valoración familiar, por medio del análisis del comportamiento adaptativo, la comunicación y el apoyo ante situaciones de estrés, facilitando el diagnostico familiar mediante la identificación de las principales dimensiones de la dinámica familiar y así dar intervención de enfermería asertivas, obteniendo una evaluación favorable.

Por tal motivo la teoría apunta a la capacidad que tiene la familia para afrontar y adaptarse a situaciones de crisis como es el caso de tener a uno de sus miembros con IRC, mediante la correcta resistencia familiar, que son mecanismo de defensa para hacer frente a situaciones adversas, para salir del impacto estresante que generan los tratamientos dialíticos, eligiendo así estrategias convenientes para conseguir el desarrollo de sus miembros.

Si estos mecanismos de afrontamiento no son positivos provocara la disfuncionalidad familiar generando pérdidas del equilibrio

emocional, adaptabilidad ineficiente, reforzamiento de conductas negativas y la disminución paulina de la calidad de vida de la familia

De igual modo Calixta Roy también enfatiza la importancia de la adaptabilidad en el paciente planteando que los estímulos negativos no permiten la adaptación hacia el nuevo cambio de vida del paciente que tiene que llevar una terapia dialítica.

Por ende si valoramos que la familia presenta un buen funcionamiento familiar, que es capaz de adaptarse a las situaciones adversas que se presenten ya sean predecibles o no predecibles , consecuentemente también el paciente tendrá la capacidad de aceptar los cambios y hacer frente a su nuevo régimen de vida, teniendo a la familia como un estímulo positivo, para poder modificar las condiciones ambientales desfavorables, tolerar la cambios de vida, mantener su autoimagen, el equilibrio emocional y las relaciones sociales para manteniendo una vida con calidad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON IRC CON TRATAMIENTO EN DIPAC

El profesional enfermera debe de estar capacitado para brindar una atención integral al enfermo y a sus familiares estimulando al cambio en las personas, de una actitud negativa frente al cuidado de su salud a una actitud más positiva en crisis físicas, emocionales, sociales, culturales y espirituales, tomando un papel muy importante.

a) Cuidados en el paciente con IRC en DIPAC

- Aplicación del (PAE) proceso de atención de enfermería.
- Proporcionar atención integral al paciente y familia, respondiendo a sus necesidades individuales.
- Propiciar los máximos niveles de recuperación de la autonomía del individuo enfermo, alentándole a participar activamente en el proceso, a pesar de los límites impuestos por su enfermedad.
- Promover la participación plena de los pacientes en el proceso de toma de decisiones sobre su salud.
- Fomentar el desarrollo de la persona, impulsando la capacidad de adaptación y crecimiento del individuo, desde el momento del diagnóstico y hasta la situación terminal.

- Establecer una relación terapéutica y de apoyo hacia el paciente y su familia, en el ejercicio del cuidado nos convertimos en sus aliados, sus colaboradores a lo largo del proceso, como un compromiso de acompañamiento que se hace presente en todas las actividades enfermeras, sea cual sea su situación clínica.
- Contribuir a una atención especializada, mediante el seguimiento clínico, la prevención, detección y control de síntomas, el uso de la tecnología propia y la administración segura y correcta de tratamientos complejos.
- Mantener e implementar los conocimientos clínicos y las habilidades técnicas de los cuidados y de comunicación mediante el estudio y la formación continuada.

b) Cuidados en la familia del paciente

- Valorar la reacción emocional e impacto de la familia frente a la enfermedad del paciente.
- Comprobar la capacidad de la familia para realizar tareas adecuadas de apoyo en la terapia del paciente
- Implicar a la familia en los cuidados y la planificación, dando a conocer los planes de intervención mediante consejerías.

- Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia acerca del paciente, respondiendo o ayudando a obtener respuestas a ellas
- Reconocer los síntomas físicos de estrés en la familia del paciente
- Identificar la naturaleza del apoyo espiritual para la familia y proporcionar estos recursos en favor del paciente
- De acuerdo a las necesidades y organización de la unidad del programa de DIPAC realizar visita domiciliaria mensual para evaluar: progresión de los cuidados en el paciente, el afrontamiento de la familia, reforzando aspectos que ellos consideran deficientes y estimular sus logros.
- Remitir a terapia o psicólogo si se necesitara, según evaluación familiar

Como podemos ver el papel de la enfermera en el paciente que se realizan diálisis peritoneal y en la familia es muy trascendental, ya que es uno de los principales apoyos que tiene el paciente, logrando mejorar su calidad de vida y potencializando el funcionamiento familiar.

2.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

➤ **Funcionamiento Familiar:**

Dinámica relacional sistemática que se da entre los miembros de una familia percibida por la persona a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad.

➤ **Calidad de Vida:**

Es la percepción del paciente de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

➤ **Insuficiencia Renal Crónica:**

Enfermedad en la que se presenta una pérdida progresiva e irreversible de la función renal, y para mantener el equilibrio homeostático en los pacientes, se requieren medidas como la diálisis peritoneal, la hemodiálisis o el trasplante renal.

➤ **Diálisis Peritoneal Continúa Ambulatoria:**

Es una modalidad de diálisis que consiste en eliminar de la sangre todos los desechos y el exceso de agua, utilizando como filtro la membrana peritoneal.

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo de diseño descriptivo correlacional y de corte transversal.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio estuvo constituida por 62 pacientes que padecen de insuficiencia renal crónica y por ello reciben como tratamiento sustitutivo la Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua, pertenecientes al Programa de DIPAC (Diálisis Peritoneal Ambulatoria) del Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna durante el mes de noviembre del 2014

La muestra fue determinada utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia. Es decir del 100% de los pacientes con diagnóstico de IRC que pertenecen al programa de DIPAC, se han considerado 56 pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios De Inclusión

- Pacientes que pertenecen al programa de diálisis peritoneal ambulatoria del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud.
- Pacientes que reciban como tratamiento sustitutivo: diálisis peritoneal continua que tengan más de 3 meses de estar en los programas de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria
- Pacientes que otorguen su consentimiento verbal para su inclusión en el estudio.

Criterios De Exclusión

- Pacientes que pertenecen al programa de DIPAC pero que tengan menos de 3 meses de estar en el programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria y Diálisis Peritoneal Intermitente Automatizada.
- Pacientes con insuficiencia renal que estén con otro tipo de tratamientos como hemodiálisis.
- Pacientes que no otorguen su consentimiento verbal para la realización de la investigación
- Pacientes cuya situación patológica pueda interferir con el desarrollo del estudio

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La Técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento de medición para la recolección de datos que se utilizó es el cuestionario (Ver anexo N° 01) destinado a la obtención de respuestas sobre el problema en estudio a partir del propio sujeto en cuestión. Aplicado a los pacientes con IRC que pertenecen al programa de DIPAC del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud. El instrumento que se utilizó consta de tres partes:

Esta primera parte del cuestionario brinda información acerca de las características generales de los pacientes con IRC que reciben diálisis peritoneal. Estuvo compuesto por ítems tales como: edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ingresos económicos, religiosos, familiares, psicoemocional y médicos.

Esta segunda sección del cuestionario se recogió información sobre el Funcionamiento Familiar de los pacientes con IRC que reciben Diálisis peritoneal, mediante una encuesta estructurada usando el Test de FF- SIL, elaborado por De la Cuesta, Perez Louro en 1994, el cual consta de 14 ítems y con una escala de likert de 5 alternativas.

Likert de Cinco alternativas que se detalla a continuación:

- 1: Casi nunca
- 2: Pocas veces
- 3: A veces
- 4: Muchas veces
- 5: Casi siempre

Las dimensiones, el número de preguntas y los niveles que mide son

• Cohesión	:	1, 8	
• Armonía	:	2, 13	
• Roles	:	3, 9	
• Afectividad	:	4, 14	➔
• Comunicación	:	5, 11	
• Adaptabilidad	:	6, 10	
• Permeabilidad	:	7, 12	

Niveles
Alto : 8 a 10 puntos
Medio: 5 a 7 puntos
Bajo : 2 a 4 puntos

Para corregir y obtener los resultados se sacó el rango de puntuación mediante la regla de Sturges en tres niveles de acuerdo a las dimensiones. Se ubicó la puntuación de las respuestas de cada ítems del 1 al 14, en el rango establecido:

RANGO	NIVEL	INTERPRETACIÓN
De 53 a 70 puntos	Alta	Familia funcional
De 33 a 52 puntos	Media	Familia medianamente funcional
De 14 a 32 puntos	Baja	Familia disfuncional

Para evaluar la calidad de vida se utilizó el instrumento EORTC QLQ-C30, elaborado por la Organización Europea para la Investigación y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica, que consta de 30 ítems, con una escala Likert de cuatro alternativas, que se detalla a continuación:

- 1: Nada
- 2: Un poco
- 3: Bastante
- 4: Mucho

Salvo en las preguntas N° 29 y 30 que utiliza una escala Likert desde 1 hasta el 7, que va de pésima a excelente. El número de preguntas y las situaciones variables que mide son:

- Física : 1,2,3,4,5
- Rol de actividades : 6,7
- Disnea : 8, 10

- Dolor : 9, 19
- Alteraciones del sueño : 11
- Pérdida de apetito : 13
- Nauseas/vómitos : 14,15
- Estreñimiento : 16
- Diarrea : 17
- Fatiga : 18, 12
- Cognitiva : 20,25
- Emocional : 21,22,23,24
- Social : 26,27
- Económica : 28

Para corregir y obtener la puntuación se sumó los ítems del 1 al 30. Luego se ubicó la puntuación en el rango establecido:

RANGO	INTERPRETACIÓN
De 95 a 126 puntos	Calidad de vida buena
De 62 a 94 puntos	Calidad de vida regular
De 30 a 61 puntos	Calidad de vida mala

Validez y confiabilidad del instrumento:

El cuestionario de funcionamiento familiar es un instrumento genérico que se utiliza en todos los campos de la salud y que fue validado por el mismo autor: De la Cuesta, Perez Louro en 1994, y de acuerdo a nuestra realidad, además de haber sido utilizado en los diferentes trabajos de investigación como de la Lic. Yaneth Valverde. La encuesta de calidad de vida también es un instrumento genérico elaborado por la organización europea para la medición en patologías crónicas, validado y adaptado por la Lic. Karina Mamani.

Para demostrar la confiabilidad del instrumento se realizó la Prueba piloto a 11 pacientes del Centro del Riñón con una población similar a la escogida para el estudio.

Para hacer el análisis de confiabilidad del instrumento, se hizo la prueba de alfa de Crombach; cuyo resultado es 0,918; indicando que es altamente confiable (Ver anexo N° 04).

3.4 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se realizó coordinaciones con el coordinador de DIPAC, el doctor Victor Hugo Tasayco Gogyn, quien

autorizó el permiso correspondiente para la aplicación de la encuesta en el Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud, además se pidió el consentimiento de la encargada del programa de DIPAC la Lic. Lucia Castillo Tito.

Se aplicaron los cuestionarios personalmente con previo consentimiento y se brindó instrucciones para su llenado, pidiendo sinceridad y garantizando la confidencialidad de los datos. Las entrevistas se realizaron de 3 a 4 días a la semana (mañanas), y en su control médico mensual, ya que todos los pacientes acuden sin falta a dicho control. Además se les recalcó que podían realizar preguntas para aclarar alguna duda que se les presentara durante el llenado del instrumento, lo que garantiza unos resultados confiables. La aplicación del instrumento tuvo una duración de 30 minutos por paciente.

3.5 PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez obtenida la información se ordenó y codificó los datos, luego se elaboró una base de datos en programa Excel de Microsoft Windows 2010; el procesamiento de los mismos se realizó utilizando el software estadístico informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v 18,0.

En el análisis univariado se utilizó estadística descriptiva (frecuencia absoluta, frecuencia relativa simple y acumulada). Para el análisis bivariado entre nivel de Funcionamiento Familiar y su relación con la Calidad de Vida, se utilizó la prueba estadística del Chi cuadrado, se consideró un nivel de confianza de 95% y un valor $p < 0,05$ para probar la Hipótesis de investigación.

Para la presentación de información se generaron cuadros de contingencia de una y doble entrada en base a los objetivos planteados con sus respectivos gráficos.

CAPITULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan los cuadros y gráficos estadísticos que corresponden a la información obtenida como resultados de la investigación respondiendo así a los objetivos e hipótesis planteados.

TABLA N°01:

**NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON
IRC DEL PROGRAMA DIPAC DEL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2014**

NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	N°	%
Alto	9	16,1%
Medio	26	46,4%
Bajo	21	37,5%
TOTAL	56	100,0%

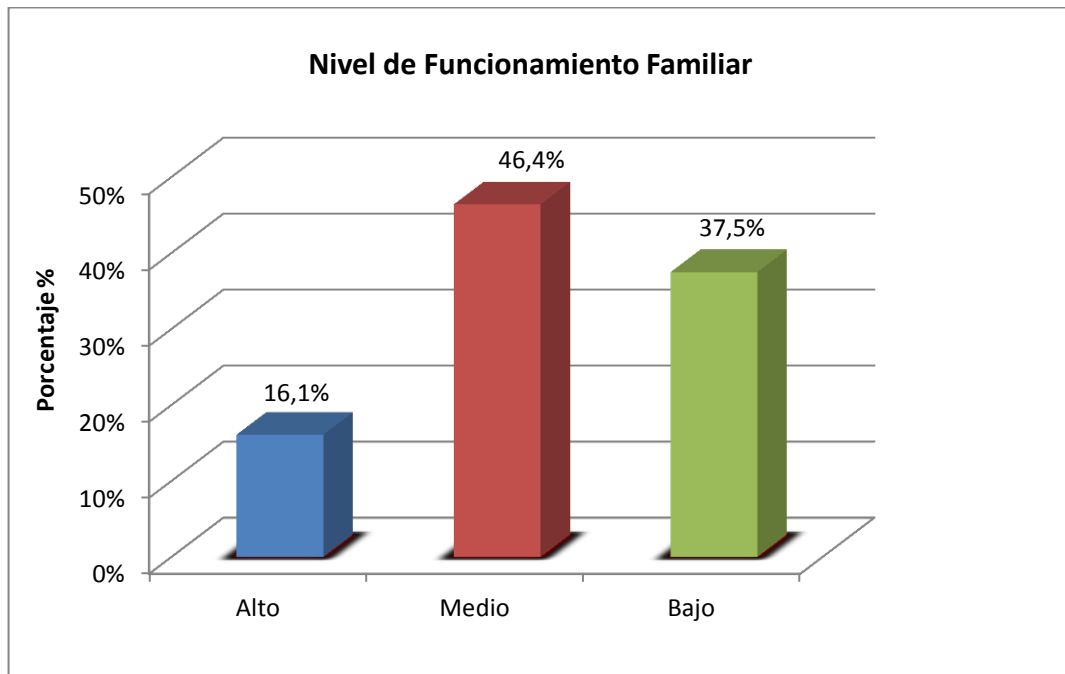
Nota: Paciente del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DIPAC)
Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Noviembre-2014.
Elaborado por: Ortega Veitia y Días Retureta

DESCRIPCIÓN:

En la presente tabla N°01 se observa que el 46,4% de pacientes con IRC predomina un nivel medio de funcionamiento familiar o una familia medianamente funcional; seguida de un 37,5% de bajo funcionamiento familiar o una familia disfuncional y el 16,1% representan a un alto funcionamiento familiar o las familias funcionales.

GRAFICO N°01

NIVEL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON IRC DEL PROGRAMA DIPAC DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2014



Nota: Paciente del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DIPAC)
Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Noviembre-2014.
Elaborado por: Ortega Veitía y Días Retureta.

TABLA N°02
DIMENSIONES DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LOS
PACIENTES CON IRC DEL PROGRAMA DIPAC DEL
HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN
ESSALUD TACNA, 2014

Dimensiones del Funcionamiento Familiar	NIVEL						Total	
	Alto		Medio		Bajo		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Cohesión	6	10,7%	38	67,9%	12	21,4%	56	100,0
Armonía	7	12,5%	33	58,9%	16	28,6%	56	100,0
Comunicación	10	17,9%	28	50,0%	18	32,1%	56	100,0
Permeabilidad	4	7,1%	34	60,7%	18	32,1%	56	100,0
Afectividad	11	19,6%	30	53,6%	15	26,8%	56	100,0
Roles	9	16,1%	30	53,6%	17	30,4%	56	100,0
Adaptabilidad	9	16,1%	33	58,9%	14	25,0%	56	100,0

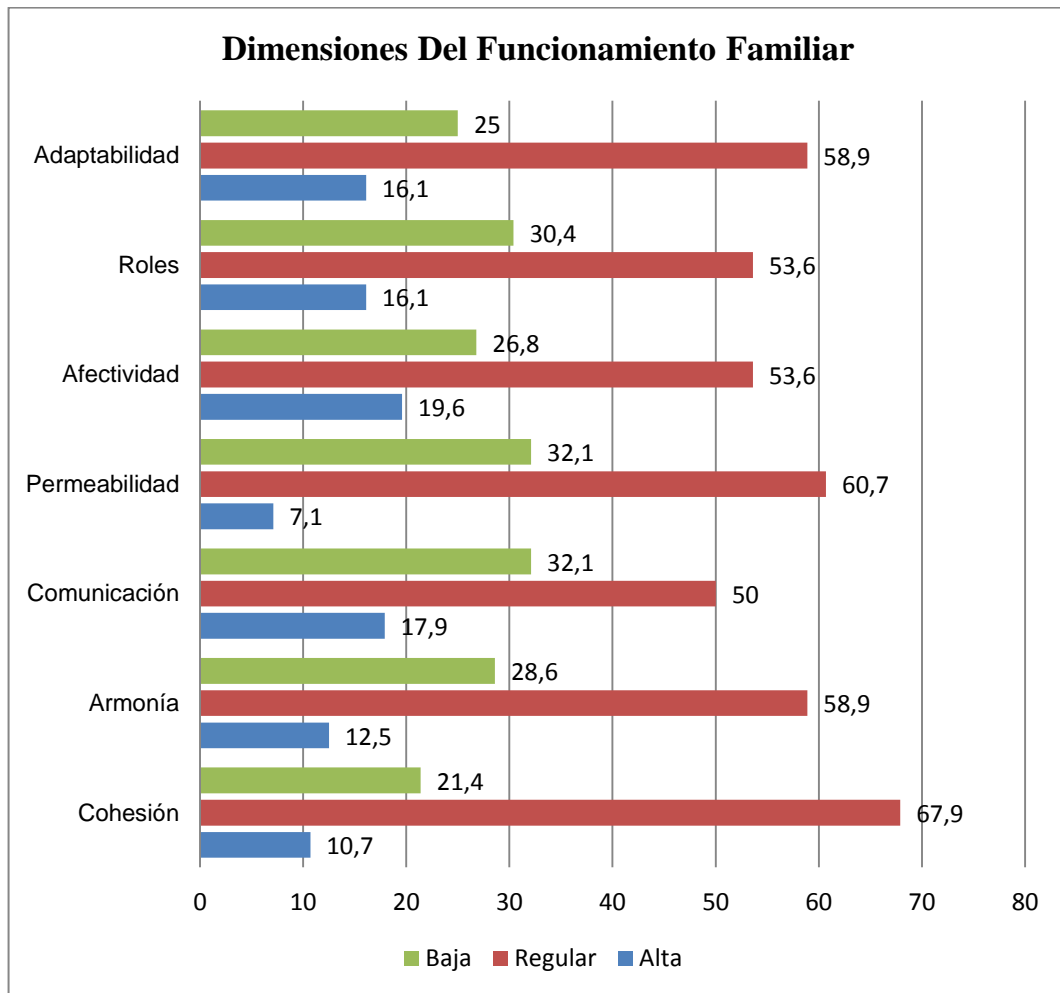
Nota: Paciente del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DIPAC)
Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Noviembre-2014.
Elaborado por: Ortega Veitía y Días Retureta

DESCRIPCIÓN:

En el tabla N°02 sobre las dimensiones del funcionamiento familiar de los pacientes con IRC que reciben diálisis peritoneal Ambulatoria continúa, se observa que predomina la categoría regular la cual corresponde a la cohesión en un 67,9% la permeabilidad en un 60,7% a la armonía y adaptabilidad con un 58,9%, afectividad y roles ambas con un 53,6% y en comunicación con 50,0%.

GRAFICO N°02

DIMENSIONES DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON IRC DEL PROGRAMA DIPAC DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2014



Nota: Paciente del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DIPAC)
Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Noviembre-2014.
Elaborado por: Ortega Veitía y Días Retureta

TABLA N°03

**NIVEL DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON IRC DEL
PROGRAMA DIPAC DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES
CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2014**

CALIDAD DE VIDA	N°	PORCENTAJE
Buena	9	23,2%
Regular	34	60,7%
Mala	13	16,1%
TOTAL	56	100,0%

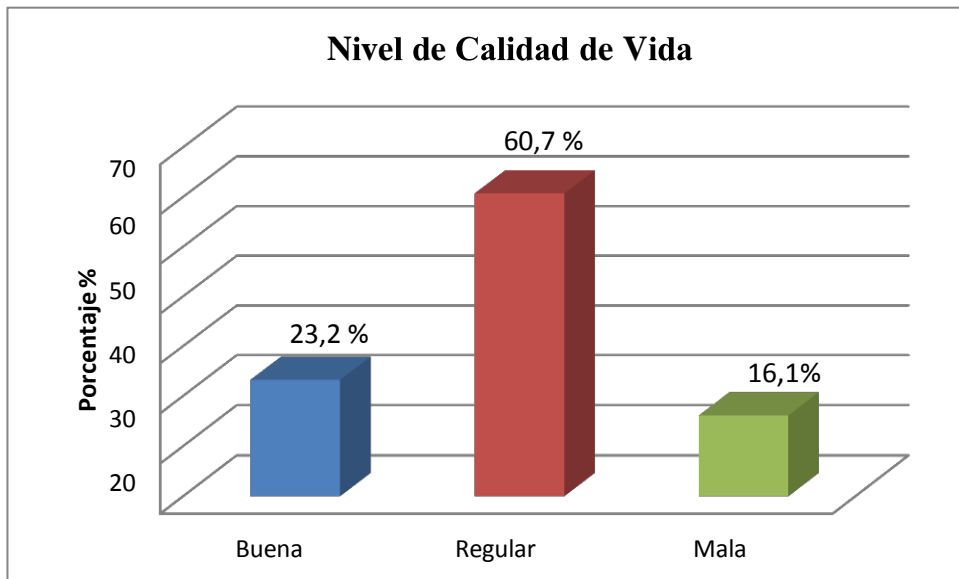
Nota: Paciente del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DIPAC)
Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Noviembre-2014.
Elaborado por: Ortega Veitia y Días Retureta

DESCRIPCIÓN:

En la presente tabla N°03 sobre el nivel de la calidad de vida de los pacientes con IRC que reciben diálisis peritoneal continua ambulatoria, se observa que el 60,7% presentan regular calidad de vida, el 23,2% buena calidad de vida y el 16,1% mala calidad de vida.

GRAFICO N°03

NIVEL DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON IRC DEL PROGRAMA DIPAC DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2014



Nota: Paciente del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DIPAC)

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Noviembre-2014.

Elaborado por: Ortega Veitía y Días Retureta

TABLA N°04

**DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON
IRC DEL PROGRAMA DIPAC DEL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2014**

Áreas de las Dimensiones de la Calidad de Vida	CATEGORÍA						Total	
	Alta		Regular		Baja		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Dimensión Funcional								
Física	16	28,6%	25	44,6%	15	26,8%	56	100,0
Rol de Actividades	12	21,4%	20	35,7%	24	42,9%	56	100,0
Cognitiva	9	16,1%	24	42,9%	23	41,1%	56	100,0
Emocional	12	21,4%	24	42,9%	20	35,7%	56	100,0
Social	12	21,4%	33	58,9%	11	19,6%	56	100,0
Dimensión De Síntomas								
Fatiga	13	23,2%	21	37,5%	22	39,3%	56	100,0
Náuseas/vómitos	10	17,9%	5	8,9%	41	73,2%	56	100,0
Dolor	11	19,6%	27	48,2%	18	32,1%	56	100,0
Disnea	3	5,4%	17	30,4%	36	64,3%	56	100,0
Alteraciones del sueño	3	5,4%	46	82,2%	7	12,5%	56	100,0
Pérdida de apetito	9	16,1%	12	21,4%	35	62,5%	56	100,0
Estreñimiento	5	8,9%	20	35,7%	31	55,4%	56	100,0
Diarrea	3	5,4%	23	41,1%	30	53,6%	56	100,0
Impacto Financiero	29	51,8%	16	28,6%	11	19,6%	56	100,0
Dimensión De Salud Global								
Salud	12	21,4%	36	64,3%	8	14,3%	56	100,0
Calidad de vida	17	30,4%	36	64,3%	3	5,4%	56	100,0

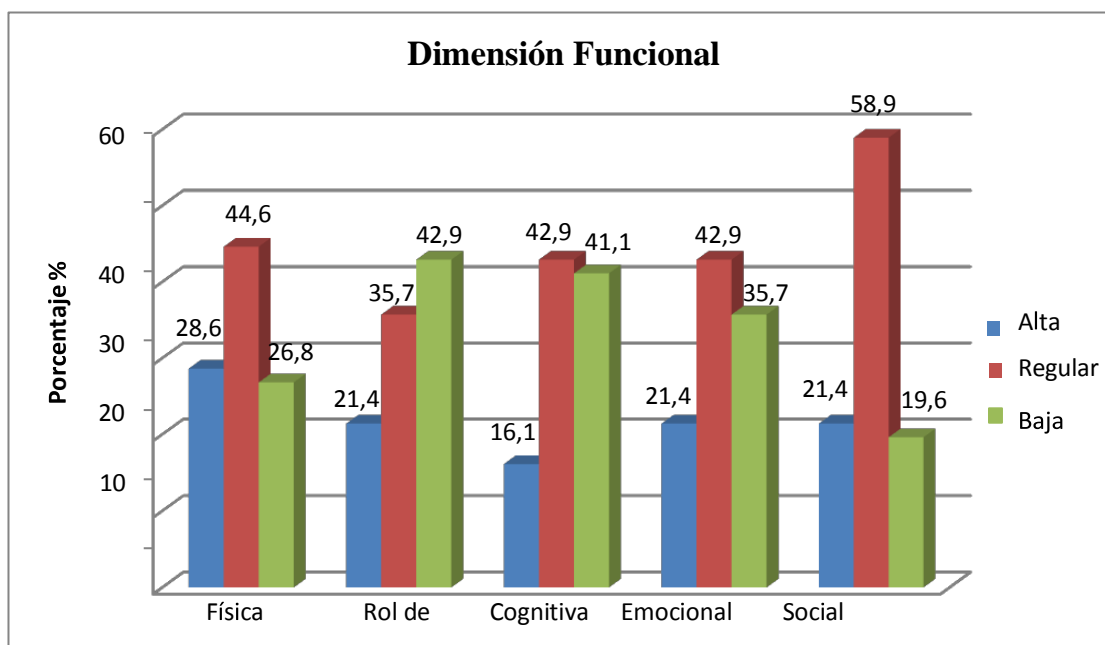
Nota: Paciente del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DIPAC)
Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Noviembre-2014.
Elaborado por: Ortega Veitía y Días Retureta

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N°04 sobre las áreas de las dimensiones de la calidad de vida, se observa que en la dimensión funcional, la categoría que predomina es la regular la cual corresponde a social 58,9%, en lo físico con un 44,6% y cognitiva en un 42,9% al igual que en lo emocional, y en la categoría baja corresponde al rol de actividades 42,9%. En la dimensión síntomas, en la categoría alta corresponde al impacto financiero 51,8% en la categoría regular corresponde a alteraciones del sueño 82,2% y dolor 48,2%, en la categoría baja corresponde a náuseas y vómitos 73,2%, disnea 64,3% pérdida del apetito 62,5%, estreñimiento en un 55,4% diarrea 53,6% y a fatiga 39,3% .En la dimensión salud global, en la categoría regular corresponde a la salud y a la calidad de vida en un 64,3% para ambas.

GRÁFICO N°04 (01)

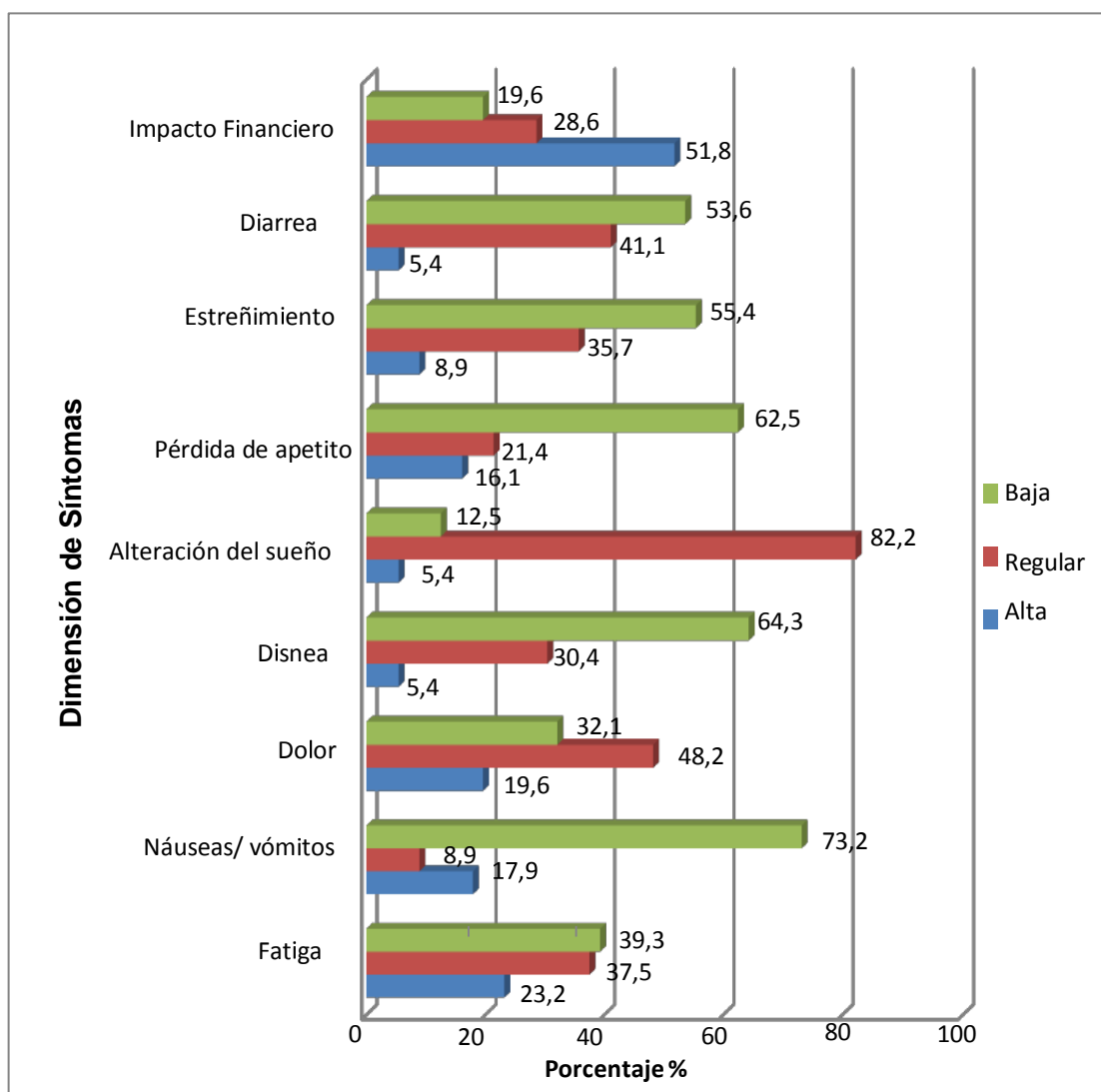
ÁREAS DE LA DIMENSIÓN FUNCIONAL DE LA CALIDAD DE VIDA EN
LOS PACIENTES CON IRC DEL PROGRAMA DIPAC DEL
HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN
ESSALUD TACNA, 2014



Nota: Paciente del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DIPAC)
Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Noviembre-2014.
Elaborado por: Ortega Veitía y Días Retureta

GRÁFICO N°04 (02)

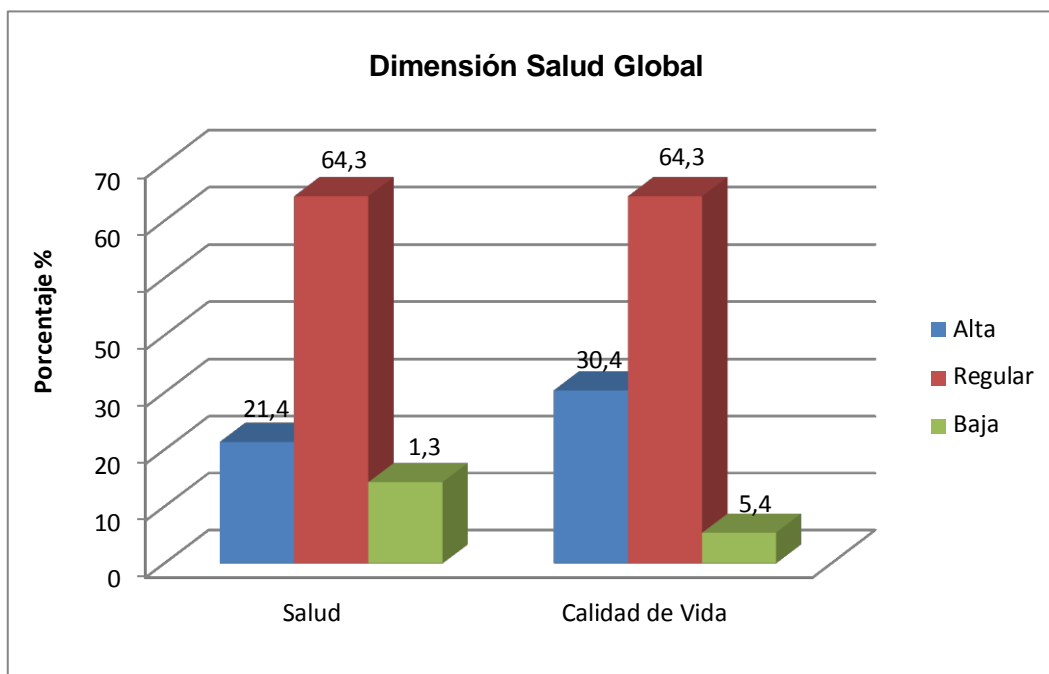
ÁREAS DE LA DIMENSIÓN SÍNTOMAS DE LA CALIDAD DE VIDA EN
LOS PACIENTES CON IRC DEL PROGRAMA DIPAC DEL
HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN
ESSALUD TACNA, 2014



Nota: Paciente del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DIPAC)
Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Noviembre-2014.
Elaborado por: Ortega Veitía y Días Retureta

GRÁFICO N°04 (03)

ÁREAS DE LA DIMENSIÓN SALUD GLOBAL DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON IRC DEL PROGRAMA DIPAC DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2014



Nota: Paciente del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DIPAC)
Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Noviembre-2014.
Elaborado por: Ortega Veitía y Días Retureta

TABLA N°05
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON IRC DEL PROGRAMA DIPAC DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2014

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	CALIDAD DE VIDA						TOTAL	
	BUENA		REGULAR		MALA		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
ALTO	5	8,9	3	5,4	1	1,8	9	16,1
MEDIO	4	7,1	16	28,6	6	10,7	26	46,4
BAJO	0	0,0	15	26,8	6	10,7	21	37,5
TOTAL	9	16,0	34	60,8	13	23,2	56	100,0

Nota: Paciente del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DIPAC)
Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Noviembre-2014.
Elaborado por: Ortega Veitía y Días Retureta

Prueba Chi Cuadrado $X^2 = 14,452$ G.L. = 4 $p = 0,006 < 0,05$

DESCRIPCIÓN:

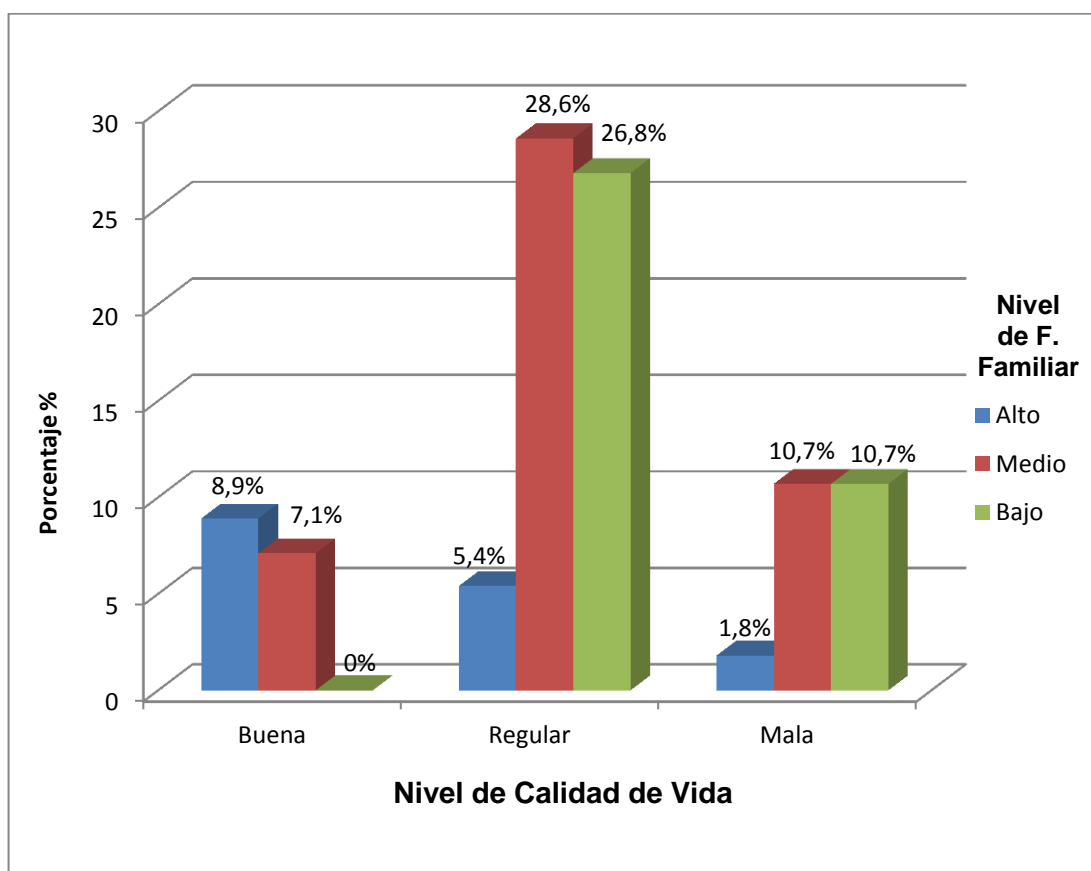
En la presente tabla N°05 se aprecia el funcionamiento familiar en relación a la calidad de vida, se observa que el 46,4% de pacientes con IRC tienen un funcionamiento familiar medio de las cuales el 28,6% tiene una regular calidad de vida, el 10,7% una mala calidad de vida y en un 7,1% una buena calidad de vida.

Seguidamente el 37,5% de pacientes se encuentran en un bajo funcionamiento familiar, de estos el 26,8% tiene una regular calidad de vida, y el 10,7% una mala calidad de vida. Los pacientes que tienen una alta funcionalidad familiar representan el 16,1% de estos pacientes un 8,9% tienen una buena calidad de vida, y el 5,4% tiene una regular calidad de vida, en un 1,8% tiene una mala calidad de vida.

Al análisis estadístico se observa que la prueba chi-cuadrada es significativa ($0,006 < 0,05$); por lo tanto se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula a una confiabilidad del 95%, esto indica que existe relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua en el Hospital III Es-Salud Tacna 2014.

GRÁFICO N°05

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON IRC DEL PROGRAMA DIPAC DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2014



Nota: Paciente del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DIPAC)
Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Noviembre-2014.
Elaborado por: Ortega Veitia y Días Retureta

TABLA N°06

**DIMENSIONES DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN RELACIÓN A
LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON IRC DEL
PROGRAMA DIPAC DEL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2014**

DIMENSIONES DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR		CALIDAD DE VIDA						Total		Prueba de Chi- Cuadrado
		Buena		Regular		Mala		F	%	
		N	%	N	%	N	%			
Cohesión	Alta	2	3,6	3	5,4	1	1,8	6	10,7	P= 0,290>0,05
	Media	7	12,5	21	37,5	10	17,9	38	67,9	
	Baja	0	0	10	17,9	2	3,6	12	1,4	
	TOTAL	9	16,1	34	60,7	13	23,2	56	100,0	
Armonía	Alta	4	7,1	1	1,8	2	3,6	7	12,5	P=0,018<0,05
	Media	4	7,1	21	37,5	8	14,3	33	58,9	
	Baja	1	1,8	12	21,4	3	5,4	16	28,6	
	TOTAL	9	16,1	34	60,7	13	23,2	56	100,0	
Comunicación	Alta	5	8,9	4	7,1	1	1,8	10	17,9	P=0,012<0,05
	Media	4	7,1	16	28,6	8	14,3	28	50,0	
	Baja	0	0,0	14	25,0	4	7,1	18	32,1	
	TOTAL	9	16,1	34	60,7	13	23,2	56	100,0	
Permeabilidad	Alta	1	1,8	2	3,6	1	1,8	4	7,1	P= 0,274>0,05
	Media	8	14,3	19	33,9	7	12,5	34	60,7	
	Baja	0	0,0	13	23,2	5	8,9	18	32,1	
	TOTAL	9	16,1	34	60,7	13	23,2	56	100,0	
Afectividad	Alta	4	7,1	5	8,9	2	3,6	11	19,6	P= 0,181>0,05
	Media	5	8,9	18	32,1	7	12,5	30	53,6	
	Baja	0	0,0	11	19,6	4	7,1	15	26,8	
	TOTAL	9	16,1	34	60,7	13	23,2	56	100,0	
Roles	Alta	3	5,4	5	8,9	1	1,8	9	16,1	P= 0,447>0,05
	Media	5	8,9	18	32,1	7	12,5	30	53,6	
	Baja	1	1,8	11	19,6	5	8,9	17	30,4	
	TOTAL	9	16,1	34	60,7	13	23,2	56	100,0	
Adaptabilidad	Alta	3	5,4	5	8,9	1	1,8	9	16,1	P= 0,103>0,05
	Media	6	10,7	17	30,4	10	17,9	33	58,9	
	Baja	0	0,0	12	21,4	2	3,6	14	25,0	
	TOTAL	9	16,1	34	60,7	13	23,2	56	100,0	

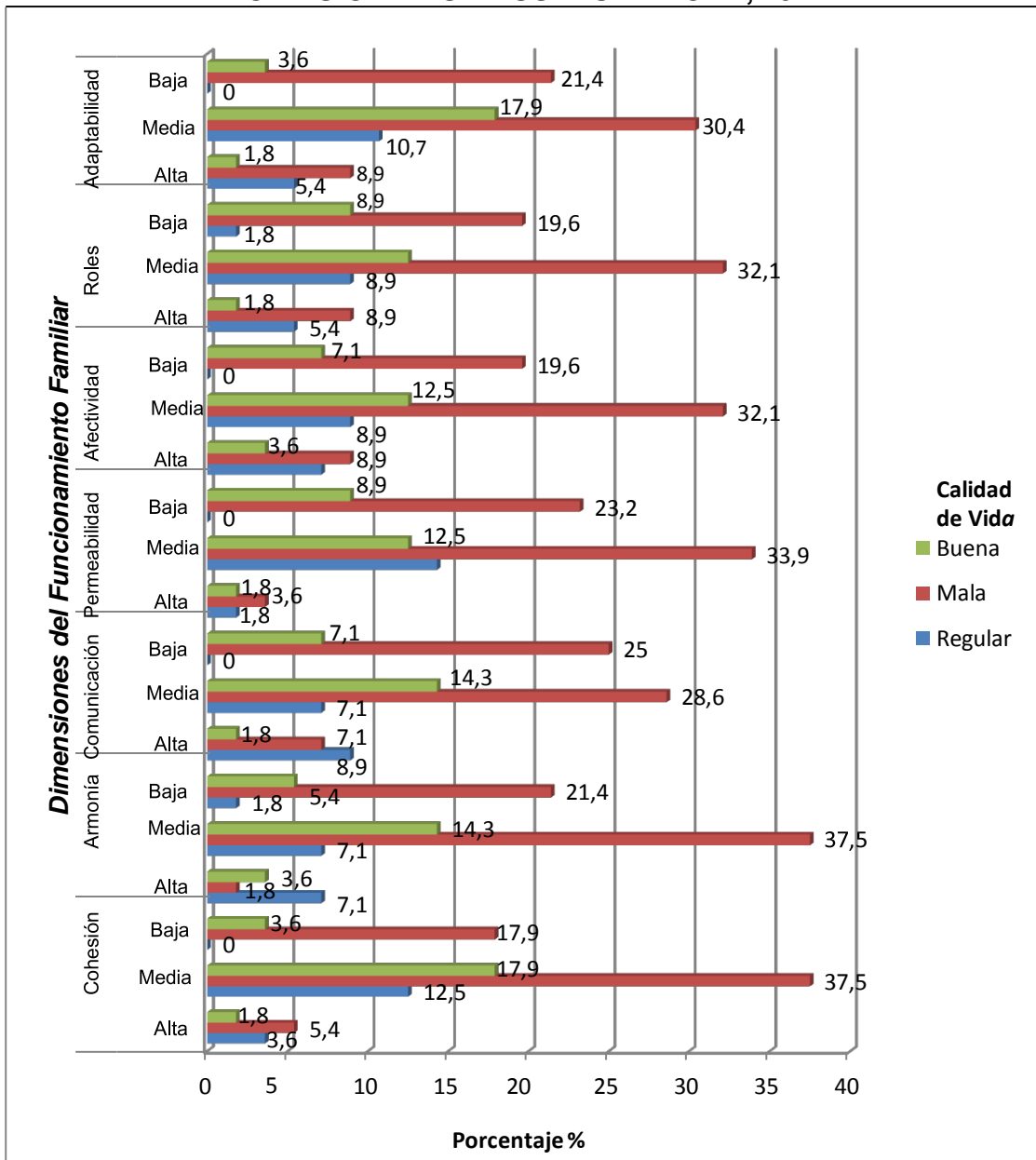
Nota: Paciente del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DIPAC)
Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Noviembre-2014.
Elaborado por: Ortega Veitía y Días Retureta

DESCRIPCIÓN

En la tabla N°06 sobre las dimensiones del funcionamiento familiar en relación a la calidad de vida, se observa que la dimensión de cohesión regular en un 67,9% tienen una regular relación con la dimensión de calidad de vida con 37,5%; en la dimensión permeabilidad regular en un 60,7% tienen una regular relación de calidad de vida con 33,9%; en la dimensión armonía regular en un 58,9% tiene una regular calidad de vida con 37,5% , en la dimensión adaptabilidad regular en un 58,9%; presentan una regular calidad de vida con 30,4%; mientras que en la dimensión de afectividad y roles regular en un 53,6% llevan con 32,1% una regular calidad de vida, en la dimensión comunicación regular 50,0% tienen una regular calidad de vida con 28,6%.

GRAFICO N°06

DIMENSIONES DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON IRC DEL PROGRAMA DIPAC DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 204



Nota: Paciente del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DIPAC)
 Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Noviembre-2014.
 Elaborado por: Ortega Veitia y Días Retureta

4.2 DISCUSIÓN

En todo el país, alrededor de diez mil asegurados reciben tratamiento para combatir los estragos que la insuficiencia renal crónica les ocasiona. Por ello esta enfermedad es un problema de salud pública a nivel mundial que, como señalan los especialistas, podría evitarse con practicar normas sencillas de prevención.

En todo el proceso de enfermarse, influye de manera importante la familia, pues como principal ente socializador del individuo, transmite hábitos, actitudes, costumbres, creencias y conductas vinculadas a la percepción del fenómeno salud-enfermedad. Paralelamente, este grupo social cumple con una serie de funciones que garantizan la supervivencia, el cuidado y la estabilidad psicológica de sus integrantes

Nuestro estudio encontró que el nivel de funcionamiento familiar de los pacientes con IRC que reciben diálisis peritoneal (ver tabla N°01) el 46,4% tienen un nivel medio de funcionalidad familiar, seguida de un 37,5% de pacientes que tienen una baja funcionalidad familiar, en un 16,1% son pacientes con alta funcionalidad familiar.

Este hallazgo concuerda con lo encontrado por Pérez Hernández M. en su trabajo titulado “funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad renal crónica integrados a un programa de diálisis peritoneal de Veracruz México” donde se demostró que en el funcionamiento familiar; el 46% corresponde a familias moderadamente funcionales; el 41,4% pertenece a familias funcionales y el 12,6% corresponde a familias disfuncionales, en este caso no se encontraron familias severamente disfuncionales.

Para Medina O., Rugerio M., Flores M. Y Martínez D. (2009), México. En su trabajo titulado “Respuestas de la Familia a la Enfermedad Crónica” en la Ciudad de Puebla, se reportó un 76,0% disfuncionalidad familiar; 24,0% funcionalidad familiar.

Este resultado también difiere con Jordán López m. y Mora Cevallos, en su trabajo de investigación titulado “Funcionalidad familiar y estado de salud en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de las ciudades de Quito y Riobamba en los meses de junio a julio de 2013. Indico como resultado que las familias funcionales fueron 67,6%, moderadamente funcionales fueron 28,3% y disfuncionales 4,1%.

En toda familia se presenta una dinámica compleja que rige sus patrones de convivencia y funcionamiento. Si esta dinámica resulta adecuada y flexible, o sea, funcional, contribuirá a la armonía familiar y proporcionará a sus miembros la posibilidad de desarrollar sólidos sentimientos de identidad, seguridad y bienestar.

Teniendo en cuenta que una familia moderadamente funcional, es aquella en la cual se provee medianamente a sus integrantes las herramientas para la resolución de problemas, apoyo emocional, existe una buena comunicación entre sus integrantes, hay cumplimiento de roles y una sana interacción dentro del núcleo familiar.

Por lo tanto se puede concluir, que ante una enfermedad crónica y la evolución de esta, repercute en la familia y más aún si no se cuenta con los mecanismos de afrontamiento necesarios, reflejando que las familias son moderadamente funcionales. Frente a esta problemática, la familia se mantiene unida, brindando el apoyo integral al paciente con enfermedad crónica.

En el tabla N°02 sobre las dimensiones del funcionamiento familiar de los pacientes con IRC que reciben diálisis peritoneal continua, predomina la categoría regular la cual corresponde a la cohesión en un 67,9% la permeabilidad en un 60,7% a la armonía y adaptabilidad

Con un 58,9%, afectividad y roles ambas con un 53,6% y en comunicación con 50,0%.

Lo anterior concuerda con Azcarate García E. Ocampo-Barrio P, realizaron una investigación titulado “Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: intermitente y ambulatoria en Chiapas” indicó que el 36% presenta funcionamiento familiar y que las áreas que dan mayor funcionamiento son las áreas de comunicación y afecto seguida de la adaptabilidad.

Este hallazgo nos permite deducir del trabajo de Azcate, que el área comunicación y afecto sobresale, porque la familia maneja una identificación entre sus miembros y utilizan los recursos disponibles para afrontar las crisis familiares.

la afectividad es la capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros; los roles, cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar, La cohesión es la unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas

cotidianas; la armonía es la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio positivo; la comunicación, los miembros de la familia son capaces de transmitir experiencias de forma clara y directa; la permeabilidad es la capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones; la adaptabilidad es la habilidad de la familia para cambiar la estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

Para el paciente con IRC que reciben diálisis peritoneal, el apoyo de su familia es básico, y no solo porque le ayuda a mejorar la calidad de vida que tendrá durante el curso de su enfermedad, sino porque un estado emocional adecuado puede mejorar la respuesta terapéutica.

En la presente tabla N°03 sobre el nivel de la calidad de vida de los pacientes con IRC que reciben diálisis peritoneal continua ambulatoria, el 60,7% presentan regular calidad de vida, el 23,2% buena calidad de vida y el 16,1% mala calidad de vida.

El estudio de Investigación de Flores Flores R. Y Diaz La Torres C. en el año 2012, titulada “Evaluación de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua hospital II es-salud Tarapoto. junio - noviembre 2012”, concuerda con los resultados obtenidos, demostrando que el 25,2% calificaron en general una calidad de vida buena, el 44,7% reportó estado de salud regular; el 30,1% refirió estado negativo de calidad de vida.

Por el contrario los resultados encontrados por Hinojosa Cáceres E. en el año 2007 en el estudio de investigación titulado “Evaluación De La Calidad De Vida En Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica Essalud Arequipa 2007”. Obtuvo como resultado lo siguiente La valoración global del estado de salud según grupo de estudio, que el 52.06 % en promedio de las personas encuestadas tiene una apreciación de buena calidad de vida. Independientemente del modelo de intervención. La percepción de la salud general informada por estos pacientes con respecto a las perspectivas de su salud en el futuro y la resistencia a enfermar, es de regular a baja. El rol físico alcanzó una de las medias más bajas de la población en estudio, se pudo observar que más de un 70% de los pacientes declaró que su salud física interfiere en el desempeño de su trabajo.

Para Rillo J., Algarra A., Díaz, F. en su estudio “Calidad de vida de los pacientes en diálisis peritoneal” - Bogotá en Colombia, el 60% de los sujetos reportaron suficiente capacidad de autocuidado y el 40% deficiente capacidad de autocuidado, además se determinaron las actividades de cuidado de sí mismo, que los sujetos de estudio realizan con mayor frecuencia.

Para Alvarez Gúzman W. González Vásquez J. en su estudio de investigación “Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con diálisis peritoneal intermitente automatizada y diálisis peritoneal continua ambulatoria en el hospital nacional regional san Juan De Dios de la ciudad de San Miguel. Período de enero a junio de 2010.” Demostró que la Calidad de Vida de los pacientes en Diálisis Peritoneal Intermitente Automatizada se encontró que el valor mayor se presentó en la Dimensión de Salud Mental (65,60) y la menor en Función Física (17,22) y para la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria el promedio mayor fue en la Dimensión de Función Social (85,83) y la menor en Rol Físico (52,50) con estos resultados se determinó que la Calidad de Vida de los pacientes en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria es mejor que la de los pacientes en Diálisis Peritoneal Intermitente Automatizada.

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es el impacto de la enfermedad o del tratamiento que percibe el individuo en su capacidad para vivir una vida satisfactoria. Valoración que hace el paciente en referencia a su apreciación del bienestar físico, emocional y social, luego del diagnóstico y tratamiento. Esta evaluación tiene importancia por la estrecha correlación entre calidad de vida y los índices de morbilidad y mortalidad, por lo expuesto el presente trabajo será un aporte en la toma de decisiones en nuestra gestión.

La calidad de vida toma mayor auge e importancia en el paciente con IRC que reciben diálisis peritoneal, existiendo factores que influyen en la percepción subjetiva del paciente. Aceptando la teoría, que la calidad de vida se convierte en una categoría imprescindible para el abordaje integral en el estudio de los pacientes con IRC que reciben diálisis peritoneal, permitiendo establecer el proceso de apoyo que requiere cada persona que padece la enfermedad.

En la tabla N°04 sobre las áreas de las dimensiones de la calidad de vida, en la dimensión funcional, en la categoría que predomina es la regular la cual corresponde a social 58,9%, en lo físico con un 44,6%, y cognitiva en un 42,9% al igual que en lo emocional, y en la categoría baja corresponde al rol de actividades

42,9%. En la dimensión síntomas, en la categoría alta corresponde al impacto financiero 51,8%, en la categoría regular corresponde a alteraciones del sueño 82,2%, y dolor 48,2%, en la categoría baja corresponde a náuseas y vómitos 73,2%, disnea 64,3%, pérdida del apetito 62,5%, estreñimiento en un 55,4%, diarrea 53,6% y a fatiga 39,3%. En la dimensión salud global, en la categoría regular corresponde a la salud y a la calidad de vida en un 64,3% para ambas.

La calidad de vida comprende indicadores como el estatus funcional, el cual mide la presencia y el grado de interferencia de daños físicos en la realización de actividades diarias, de autocuidado, movilidad, actividades físicas propias y cotidianas. Síntomas, tanto físicos como efectos secundarios de tratamientos; el estatus psicológico, definido por los dominios actuales en regulación emocional, solución de problemas y toma de decisiones; la funcionalidad social, en relación con redes de apoyo informales (apoyo emocional, físico, económico, recibidos por parte de la familia en general y/o amigos), de igual manera hace referencia a las creencias religiosas de las personas y al funcionamiento global, en el cual se resumen las evaluaciones realizadas por la persona acerca de su bienestar y estado de satisfacción general. (Según OMS, 1999)

Por lo tanto se puede concluir, que el tratamiento, el grado de enfermedad, la dinámica familiar y social influye directamente en los aspectos funcionales, sintomatológicos y salud del paciente con IRC que reciben diálisis peritoneal, por ello es que el profesional de enfermería debe aplicar un enfoque integral, ayudando en la toma integrada de decisiones y la pronta detección de problemas, muchas veces ocultos, que deterioran la calidad de vida.

En la presente tabla N°05 sobre el funcionamiento familiar en relación a la calidad de vida, se observa que el 46,4% de pacientes con IRC tienen un funcionamiento familiar medio de las cuales el 28,6% tiene una regular calidad de vida, el 10,7% una mala calidad de vida y en un 7,1% una buena calidad de vida. Seguidamente el 37,5% de pacientes se encuentran en un bajo funcionamiento familiar, de estos el 26,8% tiene una regular calidad de vida, y el 10,7% una mala calidad de vida. Los pacientes que tienen una alta funcionalidad familiar representan el 16,1% de estos pacientes un 8,9% tienen una buena calidad de vida, y el 5,4% tiene una regular calidad de vida, en un 1,8% tiene una mala calidad de vida. Al análisis estadístico con la prueba chi-cuadrada, se evidenciando que existe una relación latamente significativa entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida del paciente con IRC del programa de DIPAC ($p=0,006$)

Además, es concordante con la investigación de Mamani Cahuaya K. en su investigación “determinar el funcionamiento familiar relacionado con la calidad de vida en pacientes oncológicos del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna, 2013”; como resultado se obtuvo, a través del estadístico Chi cuadrado, que existe una relación altamente significativa entre las variables, concluyendo que a mayor funcionamiento familiar será mayor la calidad de vida del paciente oncológico.

La insuficiencia renal crónica como enfermedad crónica impone estrictas e inmediatas demandas en la totalidad del sistema familiar, en consecuencia, la respuesta a este desafío tiene un efecto profundo en el desarrollo y la calidad de vida de la persona enferma.

Por lo tanto se puede concluir, que existe relación altamente significativa entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida, y se afirma que el funcionamiento familiar es la piedra angular para una óptima calidad de vida. La familia es de vital importancia porque es el apoyo directo que tiene la persona, tratando las necesidades más importantes que aqueja al paciente con IRC que reciben diálisis peritoneal, por lo tanto, los familiares son ideales para ayudar a los pacientes con IRC que reciben diálisis peritoneal. Se acepta que el sistema social puede ayudar a individuos a resistir los efectos

psicológicos adversos de la severa tensión causada por la enfermedad y la necesidad de apoyo en promover una mejor recuperación física y mental.

Aunque muchas veces se hiperboliza el valor de la familia como fuente de amor, cuidados, apoyo, satisfacción y bienestar, en ocasiones se obvia el hecho de que los conflictos y alteraciones en las relaciones intrafamiliares pueden motivar estrés, disgusto y enfermedad en sus miembros. Muy vinculado a lo anterior se identifica el cumplimiento de las funciones básicas como elemento importante en la acción de la familia sobre la determinación de la salud humana lo cual facilita no solo la satisfacción de las necesidades esenciales de sus integrantes, el logro del bienestar y la salud, sino además se relaciona con el nivel de funcionalidad familiar alcanzado, así como también con los procesos intrafamiliares que están en su base.

Actualmente, el funcionamiento familiar es reconocido como la categoría que integra a todos los procesos psicológicos que ocurren en el seno de la familia y permite un adecuado desarrollo como grupo y de los individuos que la conforman.

En el caso de los pacientes con insuficiencia renal crónica (en lo adelante IRC), los estudios de familia son escasos, de manera que se

cuenta con muy pocas referencias bibliográficas sobre su repercusión en el estado de salud de dichos enfermos y viceversa; situación que viene dada por la falta de visión científica y el empeño de realizar un trabajo serio, que trascienda su utilidad práctica y aporte las herramientas teóricas para la atención e intervención de los afectados.

El nivel de adecuación del afrontamiento a la enfermedad por parte de la familia, incide en la forma en que el individuo asume su enfermedad y los estilos de afrontamiento que aprende en la familia, dicho afrontamiento se caracterizó por la inexistencia de cambios en la organización familiar ante la presencia de un miembro enfermo de la familia, lo que sugiere cierta rigidez de roles, está presente además la desunión, las peleas, la culpabilidad y el hacer responsable a algún miembro de la familia (generalmente a las mujeres) de la labor de cuidador primario, sin asumirse el compromiso por otros miembros del núcleo familiar.

Resulta muy positivo el hecho de que la mayoría de las familias evaluadas resultaron ser funcionales, determinándose que estas se caracterizaban por tener una tendencia a ser armoniosas, cohesionadas, facilitar la expresión de los afectos y la comunicación de sus miembros, los roles se cumplían adecuadamente y el nivel de flexibilidad y adaptabilidad resultó alto.

En el caso de las familias moderadamente funcionales, aunque la cohesión, la armonía y la afectividad se vieron afectadas, las categorías más dañadas se concentraron en: permeabilidad familiar que se comportó en niveles de moderada a baja; comunicación familiar, con tendencia a la inadecuación; adaptabilidad familiar alterada, con tendencia a la rigidez moderada y también resultó frecuente la sobrecarga de roles.

En la disfuncionalidad, a pesar de existir alteraciones en todas las categorías, lo más notable fue la poca correspondencia entre los intereses y necesidades individuales y familiares lo que genera desarmonía, poca capacidad de la familia para cambiar su estructura de poder, roles y reglas cuando es necesario, inadecuación de los roles familiares con sobrecarga en algunos miembros (casi siempre la mujer), poca permeabilidad familiar, lo cual dificulta su intercambio con el ambiente que le rodea.

Los atributos que caracterizan el funcionamiento familiar en la mayoría de los pacientes con IRC evaluados son: armonía, cohesión, alto grado de afectividad, comunicación adecuada, roles funcionales y bien definidos, así como nivel de flexibilidad y adaptabilidad adecuados.

Predominaron las familias nucleares, con ciclos vitales superpuestos y que atraviesan crisis transitorias o paranormativas, con un afrontamiento familiar a la enfermedad adecuado, que indica que estas familias poseen factores tanto protectores como de riesgo que puede influir en el nivel de salud y ajuste al medio alcanzado.

Las familias de estos pacientes resultaron ser funcionales en su mayoría, caracterizándose por ser armoniosas, cohesionadas, con alto grado de afectividad, comunicación adecuada, roles bien definidos y funcionales, alto nivel de flexibilidad y adaptabilidad. En el caso de las familias disfuncionales, fueron mínimas, dentro de estas existía desarmonía, poca flexibilidad en la estructura de poder, sobrecarga de roles y poca permeabilidad.

Estos resultados de este estudio pueden tener importantes implicaciones en cuanto permitieron identificar algunas estrategias de afrontamiento que se relacionan de manera directa e inversa con las dimensiones de funcionamiento familiar y calidad de vida relacionada con la salud que percibe el paciente, lo cual brinda elementos para la atención del paciente con enfermedad crónica y puede promover su bienestar, aspecto fundamental para favorecer la calidad de vida del paciente. En este sentido, el concepto de afrontamiento y su relación

con las dimensiones de calidad de vida del paciente con enfermedad crónica cobra especial relevancia tal como lo habían propuesto Badia & Lizán (2003), quienes afirman que la percepción de calidad de vida tiene que ver con la forma en que el paciente asume su condición.

Para el personal de enfermería, estudiar el funcionamiento familiar relacionado con la calidad de vida de los pacientes en diálisis es de gran interés para poder conocerlos desde una perspectiva más integral. Esto nos ayuda a individualizar el cuidado según sus características y situaciones de vida. También nos permite informar de las diferentes alternativas que tienen en relación a su salud.

Con respecto a los resultados obtenidos de la tabla N°6 sobre las dimensiones del funcionamiento familiar en relación a la calidad de vida, se observa que la dimensión que presenta alta significancia es de cohesión regular en un 67,9% que muestra una regular relación con la dimensión de calidad de vida con 37,5%, en la dimensión permeabilidad regular en un 60,7% tienen una regular relación de calidad de vida con 33,9%, en la dimensión armonía regular en un 58,9% tiene una regular calidad de vida con 37,5% , en la dimensión adaptabilidad regular en un 58,9%, presentan una regular calidad de

vida con 30,4%, mientras que en la dimensión de afectividad y roles regular en un 53,6% llevan con 32,1% una regular calidad de vida, en la dimensión comunicación regular 50,0% tienen una regular calidad de vida con 28,6%.

Al análisis estadístico se observa que la prueba chi-cuadrada es alta significancia en las dimensiones (armonía y comunicación), por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula a una confiabilidad del 95%, esto es, que si existe relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida y en los pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua en el Hospital III Es-Salud Tacna 2014, pero las dimensiones (cohesión, permeabilidad, afectividad, roles y adaptación), no presentan significancia lo cual indica o contrario.

En general en la la prueba chi-cuadrada se concluyen que es altamente significativa ($0,006 < 0,05$), por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula a una confiabilidad del 95%, esto es que existe relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua en el Hospital III Es-Salud Tacna 2014.

CONCLUSIONES

- ❖ El nivel funcionamiento familiar es medianamente funcional (46,4%) en los paciente con Insuficiencia Renal Crónica del Programa DIPAC
- ❖ Las dimensiones altas del funcionamiento familiar es la afectividad (19,6%), la comunicación (17,9%), la adaptabilidad (16,1%) y los (16,1%) del paciente con IRC del programa de DIPAC.
- ❖ El nivel de calidad de vida es regular (60,7%) en el paciente con Insuficiencia Renal Crónica del Programa DIPAC.
- ❖ Las áreas altas de las dimensiones de la calidad de vida del paciente con IRC del programa de DIPAC. es el impacto financiero (51,8%) de la dimensión de salud global, Calidad de Vida (30,4%) de la dimensión de síntomas y física (28,6%). de la dimensión funcional
- ❖ Existe relación altamente significativa entre las variables del nivel del funcionamiento familiar (46,4%) y la calidad de vida (60,7%), de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Programa DIPAC según el análisis y validación de la prueba del Chi Cuadrado. ($P=0,006$; $P>0,05$).

RECOMENDACIONES

- ❖ El presente estudio debe servir para estudios posteriores que evalúen la calidad de vida percibida por el usuarios en relación con la familias; en otras instituciones como el MINSA, recordando la importancia de mirar al paciente como un ser holístico para obtener un óptimo funcionamiento y garantizar una buena calidad de vida.
- ❖ El profesional de enfermería, deberá tener mayor énfasis en el apoyo familiar, promoviendo actividades que los involucren en los cuidados en el hogar, para facilitar el éxito del tratamiento, así como los cuidados esenciales relacionados con la terapia dialítica, prevención de infecciones, dieta rigurosa, ejercicio, descanso y sueño, etc.
- ❖ Los pacientes con IRC en DIPAC puedan seguir terapias ocupacionales que les permitan sentirse útiles y activos, lo cual ayudaría mucho a su bienestar y mejoraría los niveles de calidad de vida no sólo a nivel físico sino también a nivel psicológico.
- ❖ Realizar talleres con participación de las familias, en donde participe el paciente como: danzas artísticas, tai-chi, y de liderazgo incluyéndolo como lo que es, un ente importante de la sociedad.

- ❖ El hospital de ES-SALUD de Tacna debería Implementar consultas psicológicas periódicas como parte del programa de diálisis peritoneal ambulatoria continua.

- ❖ De acuerdo a las necesidades y organización de la unidad del programa de DIPAC realizar visita domiciliaria mensual para evaluar: progresión de los cuidados en el paciente, el afrontamiento de la familia, reforzando los aspectos que ellos consideran deficientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Robles T. La familia del enfermo crónico. 2a edición, México: Nuevomar, 1994:89-102.
2. Espejel AE. Manual de la Escala de Funcionamiento Familiar. México: Universidad Nacional Autónoma de Tlaxcala, 1997; 49- 59
3. Insuficiencia renal crónica Á.L. Martín de Francisco F M C 321. FMC: Nefrología e Hipertensión • Vol. 3 • Núm. 9 • Noviembre 2012.
<http://revista.asomigua.org/2015/02/14/enfermedad-renal-cronica-vistazo-regional/>
4. Estefan J, Zúñiga V. La inflamación y la enfermedad cardiovascular en la enfermedad renal crónica. Nefrología Mexicana 2005
5. Organización Panamericana para la Salud de El Salvador. OPS.
Disponible en:
http://new.paho.org/els/index.php?option=com_content=view&id=121
6. Ureña A, Fernández O, Arango A y Rebollo P. Calidad de vida en trasplante renal. En: Libro de comunicaciones del XXI Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Barcelona: HOSPAL;1996.
7. Ruiz M.J, Román M, Martín G, Alférez M.J, Prieto D. Calidad de vida relacionada con la salud en las diferentes terapias sustitutivas de

- la insuficiencia renal crónica. Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2003;
8. Álvarez, F., Fernández, M., Vázquez, A., Mon, C., Sánchez, R. & Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. Nefrología.
 9. Azcarate García E. Ocampo-Barrio P. y col. año 2008, "Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: intermitente y ambulatoria" Chiapas – México.
 10. Hinojosa Cáceres E. año 2007: "Evaluación De La Calidad De Vida En Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica Essalud Arequipa".
 11. Rillo J., Algarra A., Díaz, F. año 2008 en su estudio "Calidad de vida de los pacientes en diálisis peritoneal - Bogotá en Colombia"
 12. Medina López O., Rugerio Quintero M., Flores Merlo M. Y Martínez Gonzáles D. Respuestas de la Familia a la Enfermedad Crónica. Puebla- México, 2009.
 13. Zarate Gonzales N. año 2012 – 2013: "Funcionamiento Familiar de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento Sustitutivo En el Hospital General de Zona número 8 Córdoba Veracruz"
 14. Alvarez Gúzman W. González Vásquez J. año 2010 "Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con diálisis peritoneal intermitente automatizada y diálisis peritoneal continua ambulatoria en el hospital nacional regional san Juan De Dios de la"

ciudad de San Miguel. Período de enero a junio de 2010.”

15. Jordán López M. y Mora Cevallos Z. año 2013: “Funcionalidad familiar y estado de salud en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con Hemodiálisis, de la clínica de los riñones menydial de las ciudades de quito y Riobamba en los meses de junio a julio de 2013”.
16. Andreoli, T., Carpenter, C., Bennett, J. & Plum, F.; (1999). Compendio de medicina interna. (4ta. Edición) México: McGrawHill.
17. Vázquez I, Valderrábano F, Fort J. Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres en tratamiento en diálisis. Nefrología 2004.
18. Zanoguera García M, y col. Calidad de Vida en pacientes en diálisis, comunicación presentada al XXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, pag. 243-248.1998.
19. CLEMENTE C. Definición de Familia según la OMS, (actualizada el 16 de octubre del 2009; acceso 28 de junio del 2013). Disponible en:<http://cbtis149ctsv3lc2.blogspot.com/2009/10/definicion-defamilia-segun-la-oms.html>.
20. LOAYSSA L. Dinámica Familiar: Una familia en formación con muchas dificultades. Medifam. Vol. 11 No. 7. Madrid. Julio, 2001.
21. MINUCHIN S. Técnicas de Terapia Familiar. Editorial Paidós. México,

1980.

22. Caballero-Morales S, Trujillo-García JU, Welsh-Orozco U, Hernández-Cruz ST, Martínez-Torres J. Archivos de Medicina Familiar: Calidad de vida en pacientes con hemodiálisis, DPCA y automatizada Revista del Instituto Mexicano de Seguridad Social. Septiembre-Diciembre, 2006; Volumen 8:
23. Reyes Aymara Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Santiago de Cuba, 2003. Disponible en http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rev_salud/aymara.pdf consultado 29/05/2009
24. Bobes García J, Bousoño García M, Iglesias García C, González García-Portilla MP. Calidad de vida: Concepto. En: Bobes García J, González G Portilla MP, Bousoño García, editores. Calidad de vida en las esquizofrenias. Barcelona: Prous; 1995; p. 1-11.
25. Álvarez- U de F, Vicente E, Badía X: La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes en programa de hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria de Segovia. Nefrología, 1995
26. De Bravo, María Teresa y Failache de Vera, Silvia - El Concepto de Calidad de Vida: Revista Geográfica Venezolana. Volumen 34 N° 2, 1993

27. Canales, F.H. "Metodología de la Investigación". 2° edición México; Editorial Limusa; 2000.
28. VALDOVINOS W. Calidad de Vida. Desarrollo Científico de enfermería.
29. CLEMENTE C. Definición de Familia según la OMS, (actualizada el 16 de octubre del 2009; acceso 28 de junio del 2013). Disponible en: <http://cbtis149ctsv3lc2.blogspot.com/2009/10/definicion-de-familia-segun-la-oms.html>
30. LOAYSSA L. Dinámica Familiar: Una familia en formación con muchas dificultades. Medifam. Vol. 11 No. 7. Madrid. Julio, 2001. pp 399-404.
31. GRAU ABALO J., GARCÍA VINIEGRA C. y HERNÁNDEZ E. Calidad de Vida y Psicología de la Salud. Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones. México: Universidad de Guadalajara; 2006.
32. VALDOVINOS W. Calidad de Vida. Desarrollo Científico de enfermería. Vol. 17, 2009.
33. ANN MARRINER T., RAILE ALLIGOOD M. Merle Mishel: La Incertidumbre frente a la enfermedad. Modelos y Teorías de enfermería. Quinta edición. Elsevier Mosby, España; 2003. p. 561-584.

ANEXOS

ANEXO N°01

PRUEBA DE INDEPENDENCIA CHI-CUADRADO

PRUEBA DE HIPÓTESIS:

- **Hipótesis:**

H₀: No existe relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua en el Hospital III Es-Salud Tacna 2014

H_A: Existe relación el funcionamiento familiar y la calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua en el Hospital III Es-Salud Tacna 2014

Sea $\alpha = 0,05$.

- **Prueba Estadística:**

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

- **Distribución de la prueba estadística:** Cuando *H₀* es verdadera, χ^2 sigue una distribución aproximadamente χ^2 con $(r-1)(c-1)=4$ grados libertad

- **Regla de decisión:** Se rechaza H_0 si el valor de X^2 es mayor o igual que **9,49**

- **Cálculo de la prueba estadística**

Tabla de contingencia entre el funcionamiento familiar y calidad de vida

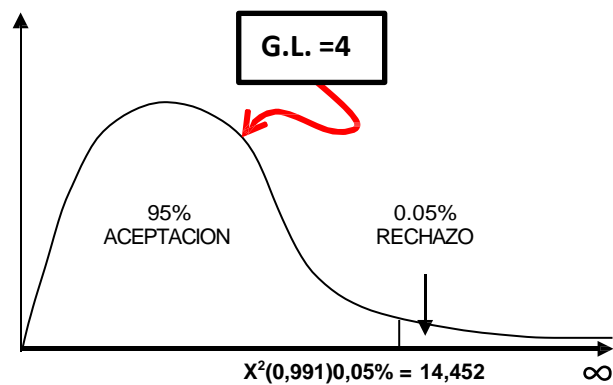
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	CALIDAD DE VIDA						TOTAL	
	BUENA		REGULAR		MALA		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
ALTO	5	8,9	3	5,4	1	1,8	9	16,1
MEDIO	4	7,1	16	28,6	6	10,7	26	46,4
BAJO	0	0,0	15	26,8	6	10,7	21	37,5
TOTAL	9	16,0	34	60,8	13	23,2	56	100,0

Prueba Chi Cuadrado $X^2 = 14,452$ G.L. = 4 $p = 0,006 < 0,05$

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,452 ^a	4	,006
Razón de verosimilitudes	14,710	4	,005
Asociación lineal por lineal	7,719	1	,005
N de casos válidos	56		

- **Decisión estadística:** Se Rechaza H_0 porque 14,452 es $>9,49$ y el valor p es $< 0,05$ y se acepta H_A



Conclusión: Se concluye que la prueba chi-cuadrada es significativa ($0,006 < 0,05$), por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula a una confiabilidad del 95%, esto es, que Existe relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua en el Hospital III Es-Salud Tacna 201

ANEXO N° 02:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ declaro voluntariamente que acepto participar en el estudio “FUNCIONAMIENTO FAMILIAR RELACIONADO CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TRATADOS CON DIÁLISIS PERITONEAL DEL HOSPITAL III ESSALUD TACNA, 2014” , cuyo objetivo es determinar el nivel del funcionamiento familiar y la calidad de vida en los pacientes del programa de DIPAC.

Estando consciente de que los objetivos mencionados, ayudaran a mejorar nuestra salud y que no representa ningún riesgo alguno a mi persona.

Autorizo la aprobación y mi disposición de tiempo para apoyar la presente investigación, sin ser afectado en mi trato o atención

Firma del paciente

ANEXO N°: 03

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO

Agradecemos su participación en la investigación funcionamiento familiar relacionado con la calidad de vida que se le solicita responda todas las preguntas, recordando que este cuestionarios es anónimo por lo cual se garantiza la total confidencialidad de la información, lo cual será utilizada con fines estadísticos.

I. DATOS GENERALES

1. Edad: 12 – 17 años () 18 – 29 años ()
 30 – 59 años () + 60 años ()
2. Sexo : Masculino () Femenino ()
3. Estado civil: Soltero () Casado () Conviviente ()
 Divorciado () Viudo ()
4. Grado de instrucción:
Sin instrucción () Primaria () Secundaria ()
Técnica () Superior ()

II. DATOS ECONÓMICOS

1. Sus ingresos económicos mensuales son:
650 – 1000 () 1001-1500 () 1501-2000 () + 2000()
2. Grado de satisfacción con sus ingresos económicos
Buena () Regular () Mala ()

III. DATOS RELIGIOSOS

1. Religión: Católico () Adventista () Mormón ()
 Testigo de jehová () Evangelista () Otros ()
2. Grado de satisfacción con su práctica religiosa
Buena () Regular () Mala ()

IV. DATOS FAMILIARES

1. Con quienes vive:
Familiares cercanos (esposo, hijos, cónyuges, suegros, yerno) _____
Familiares lejanos (vuelos, nietos, cuñaos, hermanos)

2. Tipo de familia:
 Familia nuclear () Familia extensa () Familia monoparental ()
3. ¿Por quién ha recibido más apoyo familiar?

V. DATOS PSICOEMOCIONALES

1. ¿Cuánto le ha afectado emocionalmente el saber que tiene insuficiencia renal crónica? Mucho () Poco () Nada ()
2. ¿Cuánto le ha afectado a su familia el saber que tiene?
 Mucho () Poco () Nada ()
3. ¿El hecho del Diagnostico ha alterado su entorno familiar?
 Mucho () Poco () Nada ()
4. ¿Su enfermedad ha repercutido más en el aspecto?
 Físico () Emocional () Familiar ()
 Social () Todas () Ninguna ()

VI. DATOS MÉDICOS

1. Tiempo de la enfermedad: _____
2. ¿Cuál es la percepción de la evaluación de su enfermedad?
 Buena () Regular () Mala ()
3. ¿Le informaron sobre la enfermedad que padece?
 Buena () Regular () Mala ()
4. ¿Le informaron en que consiste el tratamiento?
 Buena () Regular () Mala ()

TEST DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

A continuación se presenta una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su ambiente familiar. Indique por favor con qué frecuencia le ocurren a usted:

SITUACIONES	Casi nuna	Pocas veces	A vece s	Con frecu encia	Casi siem pre
1. Se toman decisiones para cosas importantes en la familia	1	2	3	4	5
2. En mi casa predomina la armonía	1	2	3	4	5
3. En mi casa cada uno cumple las responsabilidades	1	2	3	4	5
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida	1	2	3	4	5
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa	1	2	3	4	5
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos	1	2	3	4	5
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias	1	2	3	4	5
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan	1	2	3	4	5
9. Se distribuyen las tareas para que nadie este sobrecargado	1	2	3	4	5
10. Las costumbres familiares pueden modificarse , ante determinadas situaciones	1	2	3	4	5
11. Podemos conversar diversos temas sin temor	1	2	3	4	5
12. Ante una situación familiar difícil, buscamos ayuda en otros	1	2	3	4	5
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados en el núcleo familiar	1	2	3	4	5
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos	1	2	3	4	5

PUNTUACION

RANGO	NIVEL	INTERPRETACIÓN
De 53 a 70 puntos	Alta	Familia funcional
De 33 a 52 puntos	Media	Familia medianamente funcional
De 14 a 32 puntos	Baja	Familia disfuncional

CUESTIONARIO DE LA CALIDAD DE VIDA

Estamos interesados en conocer algunas cosas de usted y su salud. Por favor responda a todas las preguntas personalmente, la información que nos proporciones se estrictamente confidencial.

POR FAVOR ENCIERRE EN UN CIRCULO LA RESPUESTA ELEGIDA	Nada	Un Poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tiene dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante como llevar una maleta?	1	2	3	4
2. ¿Tiene dificultades para dar un paseo largo?	1	2	3	4
3. ¿Tiene dificultades para dar un corto fuer de casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que quedarse en cama o sentarse la mayor parte del día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, afeitarse o ir al baño?	1	2	3	4
6. ¿Tiene problemas para hacer su trabajo o las tareas de casa?	1	2	3	4
7. ¿Es totalmente incapaz de hacer su trabajo o las tareas de la casa?	1	2	3	4
Durante la Semana Pasada	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
8. ¿Ha tenido asfixia?	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Ha necesitado parar para descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13. ¿Le ha faltado apetito?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido nauseas?	1	2	3	4
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4
16. ¿Ha estado estreñido/a?	1	2	3	4
17. ¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
18. ¿Ha estado cansado/a?	1	2	3	4
19. ¿Le molesto el dolor para hacer sus actividades diarias?	1	2	3	4
20. ¿Ha tenido problemas para concentrarse en leer el periódico o ver la TV?	1	2	3	4
21. ¿Se sintió nervioso?	1	2	3	4
22. ¿Se sintió preocupado?	1	2	3	4
23. ¿Se sintió irritable?	1	2	3	4
24. ¿Se sintió deprimido?	1	2	3	4
25. ¿Ha tenido dificultad para recordar cosas?	1	2	3	4

26. ¿Ha influido su estado físico o el tratamiento en su vida familiar?	1	2	3	4
27. ¿Ha influido su estado físico o el tratamiento en su vida social?	1	2	3	4
28. ¿Ha tenido problemas económicos por su estado físico o el tratamiento?	1	2	3	4
Por favor encierre con un círculo del 1 al 7 lo que mejor se aplique a Ud.	Pésima		Excelente	
29. ¿Cómo valoraría su condición física general durante la semana pasada?	1	2	3	4
30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida general durante la semana pasada?	1	2	3	4

PUNTUACIÓN:

RANGO	INTERPRETACIÓN
De 95 a 126 puntos	Calidad de vida buena
De 62 a 94 puntos	Calidad de vida regular
De 30 a 61 puntos	Calidad de vida mala

ANEXO N° 04

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Prueba Piloto: Los instrumentos utilizados en la presente investigación fueron aplicados en una muestra de 11 pacientes del Centro del Riñón, se consideró que la población tenga características similares a la población objeto de estudio. Posteriormente se realizaron las modificaciones que se estimaron convenientes en los ítems correspondientes del instrumento.

Confiabilidad: Se determinó a través del Alfa de Cronbach aplicado a la prueba piloto, cuyos resultados fueron lo siguiente:

ALPHA DE CRONBACH	
Alpha De Cronbach	N° de elementos
0.918	11

Que $\alpha=94\%$ de confiabilidad. Considerando la escala de valores que determina el rango de 0,9 a 1,0; un rango de alta confiabilidad y el valor de 0,94 obtenido en el cálculo de la confiabilidad para el instrumento aplicado en la presente investigación poseen un buen grado de confiabilidad. El resultado obtenido indica alta confiabilidad en este instrumento.

ANEXO N° 05:

RESUMEN DE ASOCIACIÓN DE LAS DIMENSIONES DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CON LA CALIDAD DE VIDA

Tabla N° 06: Resumen de relación de variables

Nivel de significancia utilizado es de $P= 0,05$

Funcionamiento Familiar	Calidad de Vida		
Variable	Chi Cuadrado	Sig. Asintótica	Aceptación /Rechazo
Cohesión	4,972	0,290	Rechazo
Armonía	11,936	0,018	Aceptación
Comunicación	12,846	0,012	Aceptación
Permeabilidad	5,135	0,274	Rechazo
Afectividad	6,251	0,181	Rechazo
Roles	3,709	0,447	Rechazo
Adaptabilidad	7,714	0,103	Rechazo

ANEXO N° 06:

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES
CON IRC DEL PROGRAMA DIPAC DEL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2014**

ÍTEMS	CATEGORÍA	N	%
EDAD	12-17 años	1	1,8%
	18-29 años	4	7,1%
	30-59 años	27	48,2%
	60 años a más	24	42,9%
	TOTAL	56	100%
SEXO	Femenino	29	51,8%
	Masculino	27	48,2%
	TOTAL	56	100%
ESTADO CIVIL	Soltero	14	25,0%
	Casado	28	50,0%
	Conviviente	6	10,7%
	Viudo	4	7,1%
	Divorciado	4	7,1%
	TOTAL	56	100%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	13	23,2%
	Secundaria	22	39,3%
	Técnica	5	8,9%
	Superior	14	25,0%
	Sin instrucción	2	3,6%
	TOTAL	56	100%
OCUPACION	Empleado	14	25,0%
	Desocupado	5	8,9%
	Jubilado	8	14,3%
	Ama de Casa	11	19,6%
	Otros	18	32,1%
	TOTAL	56	100%
RELIGIÓN	Católico	38	67,9%
	Evangelista	1	1,8%
	Adventista	8	14,3%
	Testigo de Jehová	7	12,5%
	Otros	2	3,6%
	TOTAL	56	100%

Nota: Paciente del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DIPAC)

Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Noviembre-2014.

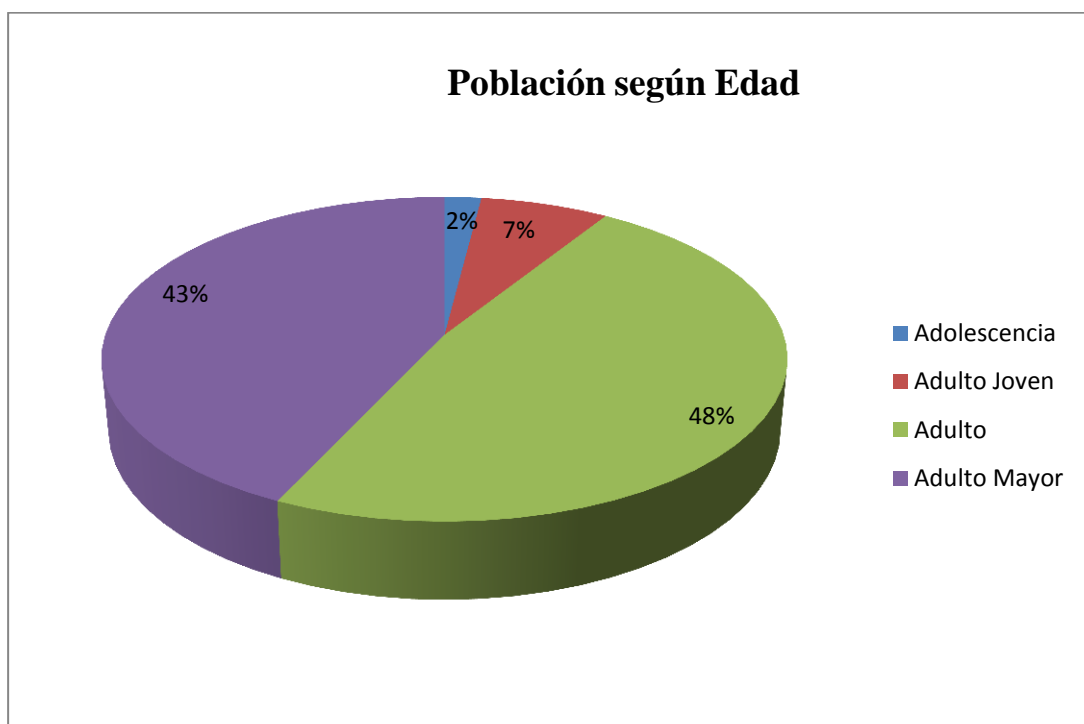
Elaborado por: Ortega Veitía y Días Retureta

DESCRIPCIÓN:

En la presente tabla sobre las características sociodemográficas, se observa que el 48,2% de pacientes con IRC que reciben diálisis peritoneal, corresponde a las edades comprendidas entre los de 30 a 59 años de edad, el 51,8% corresponde al sexo femenino a diferencia del sexo masculino con el 48,2%; el 50,0% son casados, el 39,3% tienen un nivel de instrucción secundaria y el 67,9% de los pacientes tienen una religión católica.

GRÁFICO N°06 (01)

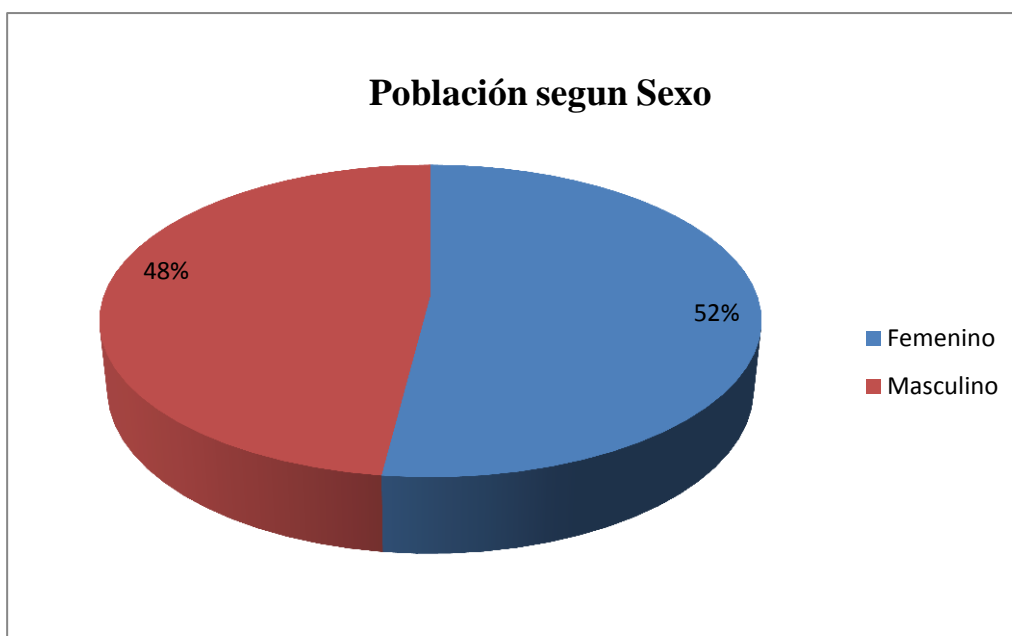
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: EDAD DE LOS PACIENTES CON IRC DEL PROGRAMA DIPAC DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2014



Nota: Paciente del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DIPAC)
Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Noviembre-2014.
Elaborado por: Ortega Veitía y Días Retureta

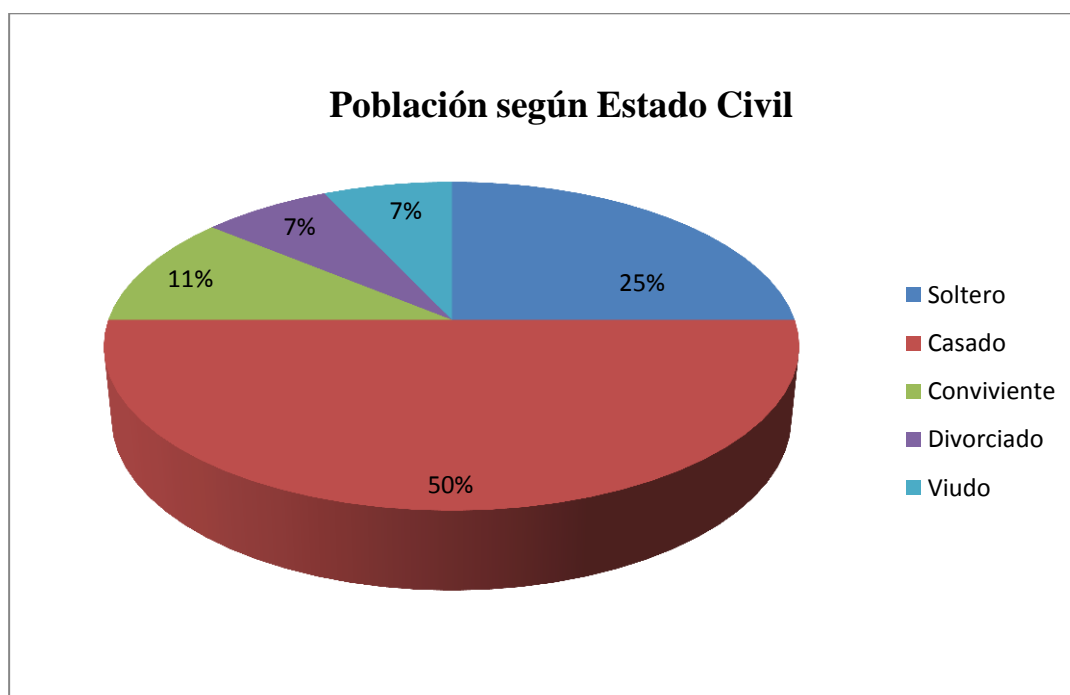
GRÁFICO N°06 (02)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: SEXO DE LOS PACIENTES CON IRC DEL PROGRAMA DIPAC DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2014



Nota: Paciente del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DIPAC)
Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Noviembre-2014.
Elaborado por: Ortega Veitia y Días Retureta

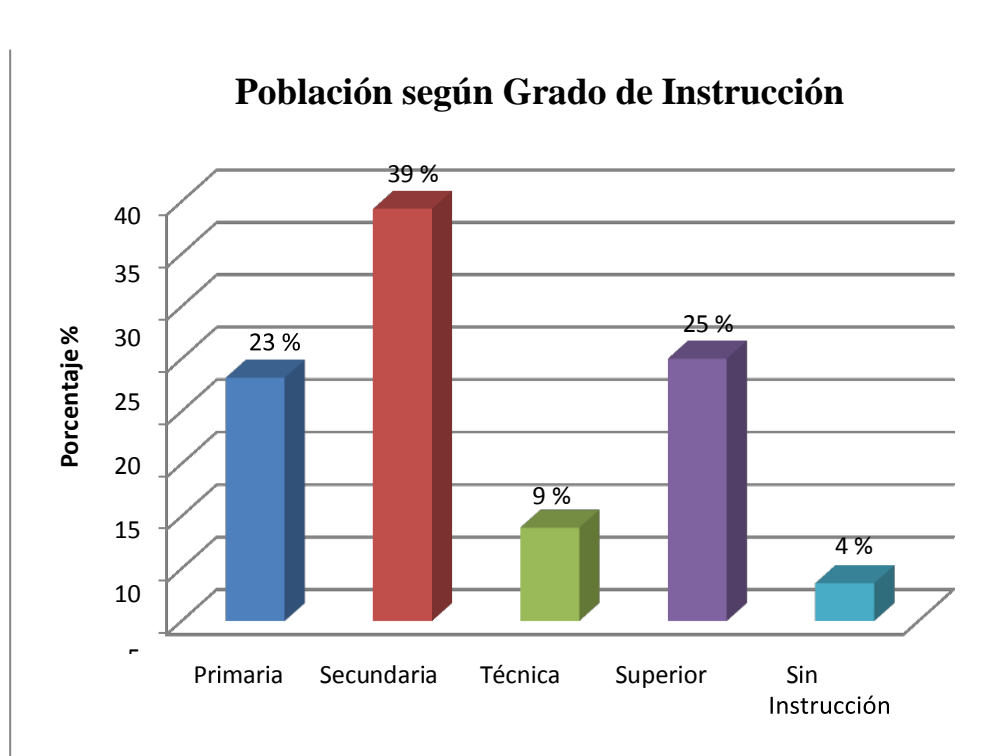
GRÁFICO N°06 (03)
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: ESTADO CIVIL DE LOS
PACIENTES CON IRC DEL PROGRAMA DIPAC DEL HOSPITAL III
DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2014



Nota: Paciente del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DIPAC)
Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Noviembre-2014.
Elaborado por: Ortega Veitía y Días Returet

GRÁFICO N°06 (04)

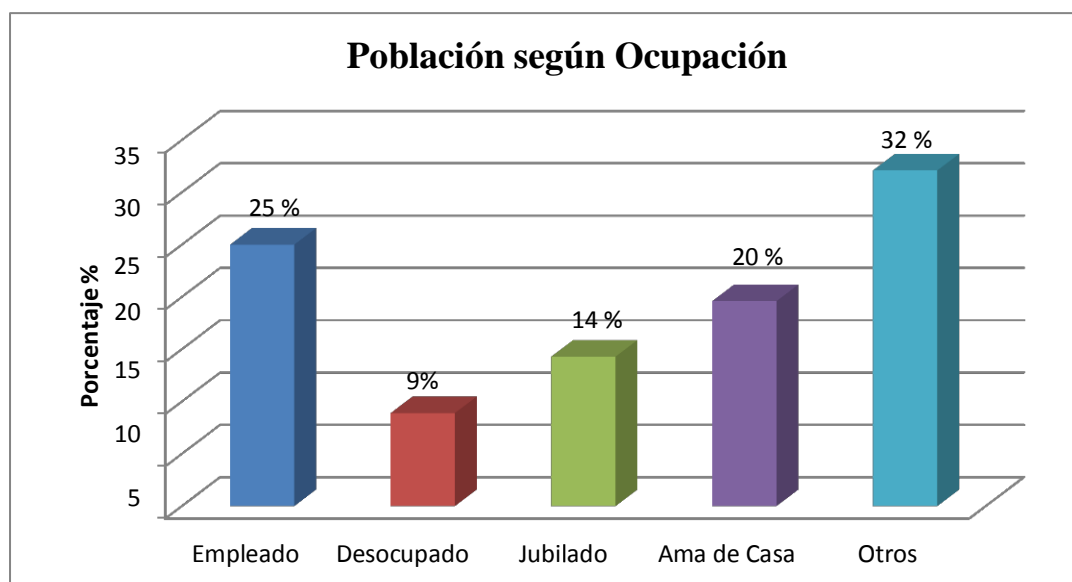
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON IRC DEL PROGRAMA DIPAC DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2014



Nota: Paciente del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DIPAC)
Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Noviembre-2014.
Elaborado por: Ortega Veitia y Días Retureta

GRÁFICO N°06 (05)

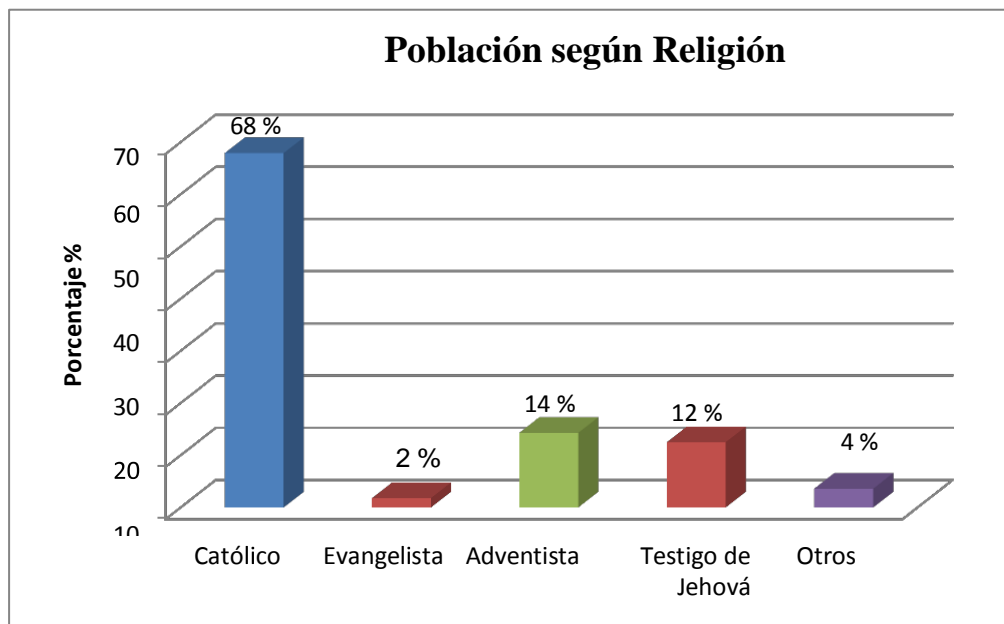
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: OCUPACION DE LOS PACIENTES CON IRC DEL PROGRAMA DIPAC DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2014



Nota: Paciente del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DIPAC)
Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Noviembre-2014.
Elaborado por: Ortega Veitía y Días Retureta

GRÁFICO N°06 (06)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: RELIGIÓN DE LOS PACIENTES CON IRC DEL PROGRAMA DIPAC DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2014



Nota: Paciente del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DIPAC)
Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Noviembre-2014.
Elaborado por: Ortega Veitía y Días Retureta

TABLA N°07
DISTRIBUCION SEGÚN TIPO DE FAMILIA DE LOS PACIENTES CON
IRC DEL PROGRAMA DIPAC DEL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2014

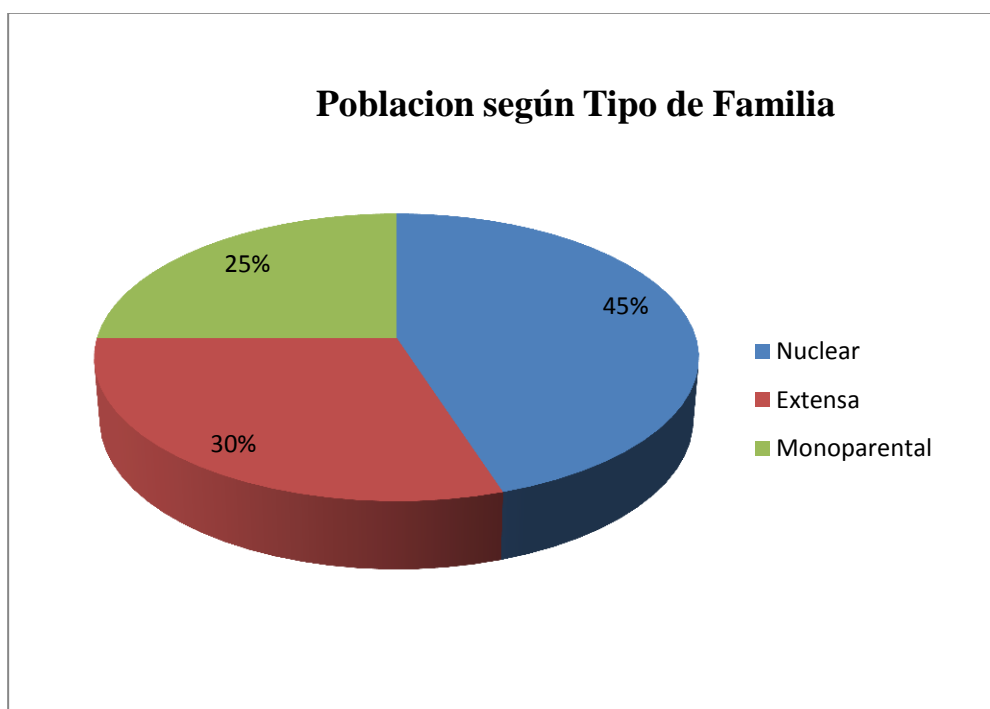
TIPO DE FAMILIA	N°	%
Nuclear	25	44,6%
Extensa	17	30,4%
Monoparental	14	25,0%
Total	56	100%

Nota: Paciente del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DIPAC)
Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Noviembre-2014.
Elaborado por: Ortega Veitía y Días Retureta

DESCRIPCION

En la presente tabla se observa que el 44,6% de pacientes con IRC que reciben diálisis peritoneal, pertenecen a una familia de tipo nuclear, el 30,4% tiene una familia de tipo extensa, y en un 25% de familias de los pacientes con IRC que reciben diálisis peritoneal son monoparentales.

GRAFICO N°07
DISTRIBUCION SEGÚN TIPO DE FAMILIA DE LOS PACIENTES CON
IRC DEL PROGRAMA DIPAC DEL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2014



Nota: Paciente del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DIPAC)
Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Noviembre-2014.
Elaborado por: Ortega Veitia y Días Retureta

TABLA N°08
DISTRIBUCION SEGÚN TIEMPO CON LA ENFERMEDAD DE LOS
PACIENTES CON IRC DEL PROGRAMA DIPAC DEL
HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN
ESSALUD TACNA, 2014

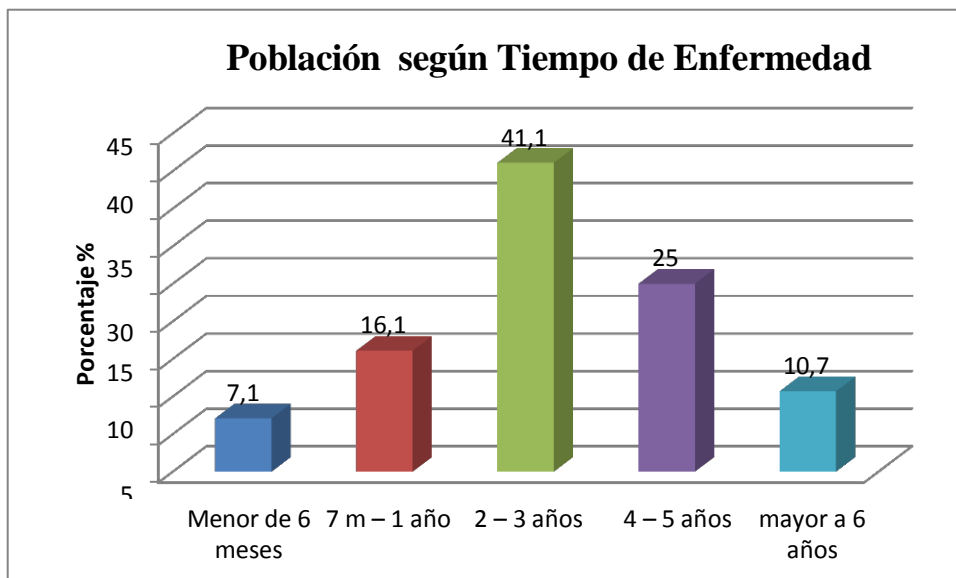
TIEMPO DE ENFERMEDAD	N°	%
menor de 6 meses	4	7,1%
7 m – 1 año	9	16,1%
2 – 3 años	23	41,1%
4 – 5 años	14	25,0%
mayor a 6 años	6	10,7%
Total	56	100%

Nota: Paciente del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DIPAC)
Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Noviembre-2014.
Elaborado por: Ortega Veitía y Días Retureta

DESCRIPCION

En la presente tabla se observa que el 41,1% de pacientes con IRC que reciben diálisis peritoneal, ya llevan de 2 a 3 años con la enfermedad, un 25% de ellos padecen de esta enfermedad de 4 a 5 años, el 16,1% viven con esta enfermedad crónica durante 7 meses a 1 año.

GRAFICO N°08
DISTRIBUCION SEGÚN TIEMPO CON LA ENFERMEDAD DE LOS
PACIENTES CON IRC DEL PROGRAMA DIPAC DEL
HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN
ESSALUD TACNA, 2014



Nota: Paciente del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DIPAC)
Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Noviembre-2014.
Elaborado por: Ortega Veitia y Días Retureta

TABLA N°09
DISTRIBUCION SEGÚN TIEMPO CON LA DIÁLISIS DE LOS
PACIENTES CON IRC DEL PROGRAMA DIPAC DEL
HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN
ESSALUD TACNA, 2014

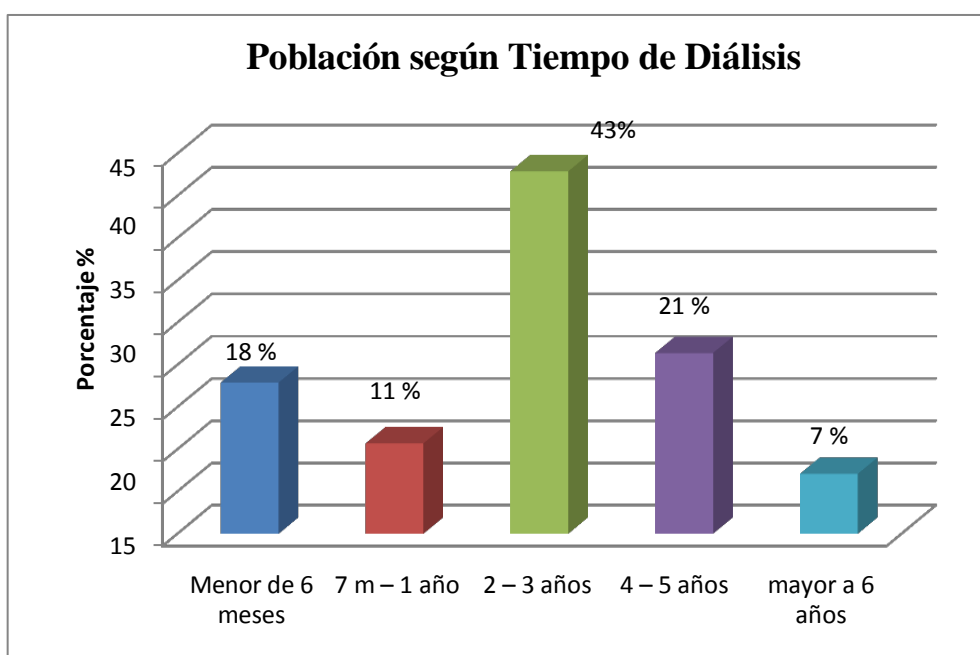
TIEMPO DE DIÁLISIS	N°	%
menor de 6 meses	10	17,9%
7 m – 1 año	6	10,7%
2 – 3 años	24	42,9%
4 – 5 años	12	21,4%
mayor a 6 años	4	7,1%
Total	56	100%

Nota: Paciente del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DIPAC)
Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Noviembre-2014.
Elaborado por: Ortega Veitía y Días Retureta

DESCRIPCION

En la presente tabla sobre tiempo de diálisis, se observa que el 42,9% de pacientes con IRC que reciben diálisis peritoneal ambulatoria continua, ya llevan de 2 a 3 años recibiendo este tratamiento, un 21,4% de tiene de 4 a 5 años recibiendo este tipo de tratamiento, el 17,9% llevan recibiendo la diálisis peritoneal durante menos 6 meses.

GRAFICO N°09
DISTRIBUCION SEGÚN TIEMPO CON LA DIÁLISIS DE
LOS PACIENTES CON IRC DEL PROGRAMA DIPAC
DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN
ESSALUD TACNA, 2014



Nota: Paciente del programa de Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DIPAC)
Fuente: Cuestionario aplicado en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Noviembre-2014.
Elaborado por: Ortega Veitia y Días Retureta