



Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Trabajo de Integración Final de Psicología

“Apoyo social percibido y calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal”

Frosch, Nadia - L.U.: 1038718

Carrera: Licenciatura en Psicología

Tutor: Duffy Débora – Firma Tutor:

Fecha de entrega:

29/11/2017

Dedicatoria

A Walter, mi pareja, mi gran apoyo en esta carrera.

A mi hermana, Eliana, que muchas veces fue apoyo moral en épocas de exámenes.

A mis amigos, y a todos aquellos que supieron entender el arduo camino hacia este sueño.

A los pacientes, por su buena predisposición para colaborar con esta investigación.

Al centro médico, por permitirme realizar la investigación.

A mi tutora, por su dedicación y asesoramiento, en este último e importante tramo.

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue analizar la relación del Apoyo Social Percibido y Calidad de Vida de personas con Enfermedad Renal Crónica sometidas a Trasplante Renal, en sus respectivos controles periódicos postransplante, realizados en un centro médico privado, localizado en CABA.

Se efectuó la aplicación de tres instrumentos: ICV (Inventario de Calidad de Vida) de Mikulic (2004), Cuestionario MOS (Medical Outcomes Study-Social Support Survey) de Apoyo Social (1991) validado para población argentina en el año 2007 (Rodríguez Espínola & Rodríguez Espínola) y un cuestionario sociodemográfico diseñado exclusivamente para esta investigación. Los resultados demostraron que no existía una correlación positiva entre Apoyo social percibido y Calidad de Vida de personas con Enfermedad Renal Crónica sometidas a Trasplante renal.

Palabras clave: Enfermedad Renal Crónica – Trasplante renal- Apoyo Social Percibido- Calidad de Vida.

Abstract

The aim of the present investigation was to analyze the relationship of Perceived Social Support and Quality of Life of people with Chronic Renal Disease undergoing Renal Transplant, in their respective posttransplant periodic controls, carried out in a private medical center, located in CABA.

The application of three instruments was made: ICV (Inventory of Quality of Life) of Mikulic (2004), MOS Questionnaire (Medical Outcomes Study-Social Support Survey) of Social Support (1991) validated for the Argentine population in 2007 (Rodríguez Espínola & Rodríguez Espínola) and a sociodemographic questionnaire designed exclusively for this research. The results showed that there was no positive correlation between perceived social support and quality of life of people with chronic kidney disease undergoing renal transplantation.

Key words: Chronic Kidney Disease - Kidney Transplant - Perceived Social Support - Quality of Life.

Índice

1. Introducción.....	7
2. Objetivos.....	9
2.1 Objetivo General.....	9
2.2 Objetivos específicos.....	9
2.3 Hipótesis.....	9
3. Marco Teórico.....	10
4. Estado del Arte.....	14
5. Metodología.....	22
5.1 Diseño.....	22
5.2 Participantes.....	22
5.3 Procedimiento.....	22
5.4 Análisis de datos.....	23
5.5 Instrumentos.....	23
6. Resultados.....	25
6.1 Objetivo General.....	25
6.2 Objetivos específicos.....	26
7. Discusión.....	37
8. Conclusión.....	42
Anexos.....	44
Anexo I.....	44
Gráficos de la muestra.....	44
Anexo II.....	46
Inventario de calidad de vida.....	46
Anexo III.....	47
Cuestionario MOS de apoyo social.....	47

Anexo IV	48
Cuestionario socio-demográfico	48
Anexo V	49
Consentimiento informado.....	49
Referencias	50

1. Introducción

Las enfermedades crónicas, ocupan los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en el mundo. Existe una transición epidemiológica que refiere el cambio hacia menores incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades infecciosas y agudas, junto con el incremento en las incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades crónico-degenerativas (Medellín Olaya & Carrillo González, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (2010), indica que la exposición a factores de riesgo, como el sedentarismo, el estrés y especialmente el envejecimiento son algunas de las causas más significativas para la aparición de estas enfermedades.

Siguiendo este lineamiento, La Organización Panamericana de la Salud (2013, pág.2) asevera que:

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son la causa principal de enfermedad y muerte prematura y evitable en la Región de las Américas. Su pesada carga social y económica, especialmente el marcado aumento de los gastos de tratamiento, menoscaba el bienestar individual y familiar y amenaza con obstaculizar el desarrollo social y económico. La exposición a factores que aumentan o reducen el riesgo de ENT y la carga de morbilidad y mortalidad por ENT también varía según el sexo, la raza y el grupo étnico, la ubicación urbana o rural, la ocupación y otras características socioeconómicas.

La Enfermedad Renal Crónica, conlleva que se implementen tratamientos sustitutivos renales, ya que consiste en la pérdida progresiva e irreversible de las funciones de los riñones, y , en sus etapas más avanzadas, no consiguen conservar la normalidad del medio interno del paciente por lo cual se hace necesario ingresar a un tratamiento dialítico (Rusa, Peripato, Pavarini, Inouye, Zazzeta & Orlandi, 2014) y poder contar con un apoyo social que haga posible el tratamiento, ya que la utilización del mismo acarrea un período amplio de tiempo semanal, influyendo e impactando en cotidianidad.

Al momento de trasplante, la persona logra poseer mayor disponibilidad de tiempo desde lo laboral hasta lo social, incrementando esto la valoración positiva de la calidad de vida. Según Urzúa y Caqueo-Urizar (2012), se entiende a la variable Calidad de Vida como el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida. Es decir, es la evaluación que una persona hace de su nivel de bienestar y satisfacción. De esta manera la persona realiza un abordaje

multidimensional, ya que se conjugan diversas valoraciones que hace el propio sujeto sobre las distintas aristas de su vida y de qué manera percibe bienestar o malestar referente a ellas.

Por ello, se considera al trasplante renal como respuesta a la necesidad de mejorar la calidad de vida de las personas que padecen de enfermedad renal (Medellín Olaya & Carrillo González, 2014).

De este modo, ante la nueva etapa de encontrarse como trasplantado renal, es necesario una red de apoyo, la cual lo lleve a la adaptación y le brinde estrategias para afrontar las nuevas situaciones, procedimientos y terapéuticas medicas (Medellín Olaya & Carrillo González, 2014).

La variable Apoyo social ha sido definida como los aspectos psicosociales y a la ayuda tangible que provee la red social y que recibe la persona (Peterson & Weinert, 1987).

Cárdenas, Melenge, Pinilla, Carrillo & Chaparro (2010, pág.210) refieren que:

Para lograr la adaptación a una nueva situación de salud es necesario poseer un fuerte apoyo social, el cual no solo debe estar presente al inicio de la enfermedad sino en el transcurso de la evolución de ésta, todo esto con el fin de obtener un afrontamiento efectivo ante la enfermedad y hacer del proceso adaptativo una experiencia enriquecedora.

Por ello, la relevancia de realizar la presente investigación es comprender la importancia de las redes de apoyo social y su influencia en la calidad de vida en personas trasplantadas renales, ya que el índice morbilidad se incrementa, sobre todo en personas jóvenes. Asimismo, el índice de mortalidad disminuye, por lo cual, la esperanza de vida de las personas en estas condiciones aumenta y hace necesario la existencia de una red de apoyo social que permita una mayor y mejor adaptabilidad a las situaciones, para que de esta manera no se vea afectada la percepción de la calidad de vida (Cuhna et al, 2011; Medellín Olaya & Carrillo González, 2014).

En virtud de lo expuesto anteriormente, el objetivo de este trabajo se centra en la relación del Apoyo Social Percibido y Calidad de Vida de personas con Enfermedad Renal Crónica Sometidas a Trasplante Renal.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

El objetivo general es determinar si existe relación entre el apoyo social percibido y calidad de vida de las personas con enfermedad renal crónica en situación trasplante renal.

2.2 Objetivos específicos

- Analizar las redes de apoyo que presentan los pacientes.
- Analizar si existen diferencias del apoyo social percibido y la percepción de calidad de vida por edad.
- Analizar si existen diferencias del apoyo social percibido y la percepción de calidad de vida por tiempo en hemodiálisis y tiempo de espera de trasplante
- Analizar si existen diferencias del apoyo social percibido y la percepción de calidad de vida por género.

2.3 Hipótesis

Existe una relación positiva entre el apoyo social percibido y la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a trasplante renal.

3. Marco Teórico

Da Silva, Braido, Ottaviani, Dutra Gesualdo, Zazzetta & De Sousa Orlandi (2016), definen al apoyo social, como la calidad del apoyo disponible a partir de las relaciones establecidas en las redes sociales y su presencia se ha asociado con mejores condiciones de salud física y mental en individuos sanos o pacientes con enfermedades.

Las investigaciones realizadas por Cassel & Cobb (1976), revelan que el apoyo social desempeña un papel central en el mantenimiento de la salud de las personas, al promover conductas adaptativas en situaciones estresantes.

Apoyo social, es un variable multidimensional, con el fin de incluir todas sus dimensiones, Tardy (1985) sugiere que se debe distinguir a varias:

Dirección (recibido o provisto), Disposición (disponible o ejecutado), Forma de Medición (descrito o evaluado), Contenido (emocional, instrumental, informativo, evaluativo), y red social donde se encuentra (familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, comunidad, y otros) (págs. 27-36).

Por otra parte, Barrera (1986), promueve la definición y operacionalización de tres dimensiones:

Grado de integración social: análisis de redes sociales.

Apoyo social percibido: confianza en disponibilidad del apoyo social.

Apoyo social provisto: acciones que se realizan para proveer asistencia a alguien.

Según Seidl & Troccoli (2006), prevalecen dos categorías de apoyo social, instrumental que hace referencia a la disponibilidad de ayuda de otras personas en situaciones prácticas; y emocional, a las conductas que hacen sentirse a la persona cuidada y estimada.

La red de apoyo social es una red de relaciones sociales que cada individuo mantiene, incluyendo las personas más cercanas, como la familia y amigos cercanos (Brito & Pavarini, 2012).

La variable Calidad de vida es considerada como la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (The WHOQOL Group, 1995). Es decir, según Urzúa y Caqueo-Urizar (2012), se entiende a la variable Calidad de Vida como el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida.

Además ha sido utilizado desde la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solamente ausencia de dolencia y enfermedad (Spitzer, 1998).

Si bien la conceptualización previamente mencionada, es la más divulgada, debe de tenerse en cuenta, Los determinantes de la Salud (Lalonde, 1974) en el cual se expone, luego de un estudio epidemiológico de las causas de muerte y enfermedad de los canadienses, cuatro grandes determinantes de la salud. Los cuales son:

- MEDIO AMBIENTE: relacionado a los factores ambientales físicos, biológicos, de contaminación atmosférica, de contaminación química, tanto del suelo, agua y aire, y los factores socio-culturales y psicosociales relacionados con la vida en común.
- ESTILOS DE VIDA: Relacionados con los hábitos personales y de grupo de la alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, utilización de los servicios de salud, etc.
- BIOLOGIA HUMANA, relacionado a aspectos genéticos y con la edad de las personas.
- LA ATENCIÓN SANITARIA: que tiene que ver con la calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a los individuos y poblaciones.

El estado de salud o enfermedad de un ser humano es el resultado de un proceso dinámico, lo que significa que está permanentemente pasando de un nivel a otro de salud o de enfermedad, por lo cual se habla de un proceso de salud-enfermedad (Villar Aguirre, 2011).

También se ha incorporado el concepto de Calidad de Vida relacionada con la salud, en la cual se adiciona la percepción del paciente, revelándose el impacto que tiene la enfermedad sobre su bienestar (Patrick & Erickson, 1993). Es decir, el nivel de bienestar asociado con la vida de una persona y la medida en que esa vida es afectada por la enfermedad (Walker & Rosser, 1987). Coincidiendo de esta manera con Rodríguez Marín (1993), que expresa como la persona afectada por la enfermedad, los tratamientos y sus respectivos efectos, se ve influenciada en los niveles de bienestar y calidad de vida.

Con respecto a la Enfermedad Crónica, Ledón Llanes (2011) postula que la cronicidad misma es responsable del impacto en la vida de las personas, ya que debe lidiar de forma permanente en su cotidianidad con ella, trascendiendo la individualidad, ya que el sujeto se expresa y se proyecta como ser social en todos los espacios.

Las personas con enfermedades crónicas son depositarios de juicios de valor, creándose una visión estereotipada y desacreditada de ellas, creándose una “etiqueta identificadora” tal como: “nefrótico”, “enfermo”, por ejemplo; siendo estas, no solas impuestas desde lo externo sino que también asumidas internamente, ya que se comparte la cultura en la cual se sostiene estas representaciones (Ledón Llanes, 2011).

Los pacientes se refieren a la familia como la fuente de apoyo, tanto material como emocional, por excelencia. El acompañamiento a lo largo de todo el proceso, provisión de cuidados, entre otros, se convierten en estímulos fundamentales para atenuar el impacto de la enfermedad, fomentar la adhesión al tratamiento y lograr la recuperación de la salud (Ledón Llanes, 2011).

Siguiendo este lineamiento, Schwartzmann, Olaizola, Guerra, Dergazarian, Francolino, Porley & Cerretti (1999, pág. 106), consideran que:

La Calidad de Vida es un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente. De acuerdo a este concepto, la calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad.

Es decir, en la persona que padece de una enfermedad crónica, la calidad de vida percibida se ve influenciada por el tipo de enfermedad y su desarrollo, como así también por la personalidad del paciente, las modificaciones que se produzcan y apoyo social con el que el paciente cuenta. Específicamente, la enfermedad renal crónica (ERC), conlleva un deterioro importante en la calidad de vida de los pacientes, siendo este lento y progresivo de la función renal, haciendo necesario implantar tratamientos sustitutivos renales, como hemodiálisis o trasplante renal (Borroto Díaz, Almeida Hernández, Lorenzo Clemente, Alfonso Sat & Guerrero Díaz, 2007).

Si bien al realizar el implante renal, se rompe con la dependencia a la hemodiálisis, no estaría exento de diversas complicaciones, además que debe adherirse a diversas terapéuticas inmunosupresoras para evitar el rechazo del injerto (Borroto Díaz, et al., 2007).

Los pacientes con ERC sometidos a trasplante renal se ven enfrentados a múltiples procedimientos y terapéuticas que requieren de seguimiento médico permanente para asegurar la funcionalidad del órgano trasplantado, por ello resulta necesario contar con una red de apoyo primaria y un sistema de apoyo social que asista a una mejor y mayor adaptabilidad a la nueva situación (Barrera, Pinto, Carrillo & Chaparro, 2010).

Según Medellín Olaya y Carrillo González (2014), es posible establecer que el apoyo social que brinda el personal de salud y las redes formales e informales, contribuyen al manejo y adaptación de la situación de postrasplante, aportando con ello al mejoramiento de la calidad de vida.

Cárdenas, Melenge, Pinilla, Carrillo & Chaparro (2010, pág. 210) refieren que:

“Apoyo social percibido y calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal.”

Frosch, Nadia.

Licenciatura en Psicología

Para lograr la adaptación a una nueva situación de salud es necesario poseer un fuerte apoyo social, el cual no solo debe estar presente al inicio de la enfermedad sino en el transcurso de la evolución de ésta, todo esto con el fin de obtener un afrontamiento efectivo ante la enfermedad y hacer del proceso adaptativo una experiencia enriquecedora.

Lin, Ku, Shu & Lee (2002) refieren que el apoyo social se relacionó positivamente con la calidad de vida en los receptores de trasplante renal y el apoyo emocional fue el predictor más significativo de la calidad de vida.

4. Estado del Arte

Se efectuó una revisión en bases bibliográficas, tales como Scielo y Redalyc, utilizando las palabras claves: enfermedad renal crónica, trasplante renal, calidad de vida y apoyo social percibido, y realizando el criterio de recorte de cinco años de antigüedad en sus publicaciones y pertinencia, logrando recopilar nueve investigaciones.

A continuación, se realizará una descripción de la investigación sobre Apoyo Social Percibido y Enfermedad Renal:

La investigación llevada a cabo por Da Silva, Braidó, Ottavianni, Gesualdo, Zazzetta & Orlandi (2016) tuvo como objetivo evaluar el apoyo social instrumental y emocional de los enfermos renales crónicos en hemodiálisis. El método utilizado fue un estudio descriptivo, de cohorte transversal, desarrollado en la Unidad de Terapia de Reemplazo Renal, en San Pablo, Brasil.

La muestra consistió en 103 participantes, que cumplieron los criterios de: tener 18 años o más, ser diagnosticados con enfermedad renal crónica terminal y estar bajo tratamiento de hemodiálisis. La recolección de datos se realizó mediante un Cuestionario de Caracterización Sociodemográfica y Clínica, que consta de preguntas relacionadas con la identificación (nombre, edad y sexo), datos demográficos (educación, ingresos familiares y religión) y datos clínicos (enfermedades de base e interés a someterse a un trasplante de riñón). También se utilizó la Escala de Apoyo Social para las personas que viven con el Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH), adaptada para los pacientes renales, la cual evalúa la percepción de las personas sobre el apoyo social recibido y tiene 22 ítems, de los cuales 10 están relacionados con el apoyo instrumental y 12 con el apoyo emocional. Las respuestas se basan en una escala tipo Likert con cinco opciones (1=nunca, 2=raramente, 3=algunas veces, 4=frecuentemente, 5=siempre) como para la satisfacción del apoyo (1= muy insatisfecho, 2=insatisfecho, 3= ni satisfecho/ni insatisfecho, 4= satisfecho, 5= muy satisfecho). El instrumento contiene, al final, una pregunta abierta con el objetivo de identificar otros tipos de apoyo social recibido por los individuos.

Se analizaron los resultados con el sistema SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), arrojando como resultados que:

- La edad promedio fue de 54.81 años, con un predominio del sexo masculino (67%), y la mayoría de los pacientes tenían de 1 a 8 años de estudio (54.4%). En cuanto a los ingresos mensuales, la mayoría (65.6%), recibía un salario mínimo, el catolicismo era la religión predominante (62.1%), y el 59.2% católicos practicantes.

- En cuanto al apoyo social y emocional, la puntuación media fue de 3.92, lo que indica una buena satisfacción con el apoyo evaluado. Se menciona como importante, que muchos de los participantes (50.6%) informaron que estaban satisfechos con la disponibilidad de escucha, atención, información, estima, compañía y apoyo emocional.
- Con respecto al apoyo instrumental, la mayoría de los entrevistados reportó estar satisfecho con la disponibilidad de apoyo en la gestión y resolución de los problemas operacionales del tratamiento o cuidados médicos, las actividades cotidianas y la ayuda material/financiera.
- Entre las fuentes más comunes de apoyo social instrumental y emocional, se encuentran los compañeros (cónyuge, pareja o novio), amigos, miembros de la familia y profesionales de la salud.

Se concluye que las redes sociales son un factor de protección de la salud en términos de tratamiento, calidad de vida y adherencia al tratamiento, nutrición y medicación. Los niveles más bajos de apoyo social se asociaron con un mayor riesgo de mortalidad y la reducción de la adherencia al tratamiento.

Las limitaciones que presenta el estudio son las siguientes: los pacientes evaluados pertenecían a una sola unidad de Terapia de Reemplazo Renal en un municipio de San Pablo, de esta manera, no se puede generalizar, ya que se muestran características específicas de una región en particular.

Además se sugiere la inclusión de la evaluación del apoyo social percibido en la planificación de la atención, ya que podría contribuir a la detección de aquellos individuos que tienen más dificultades de rehabilitación.

Seguidamente, se realizará una descripción de la investigación Calidad de Vida y Soporte Social Percibido en pacientes con Enfermedad Renal Crónica sometidos a trasplante renal (2014), efectuado en Colombia:

El estudio elaborado por Medellín-Olaya & Carrillo González (2014), tuvo como objetivo establecer la relación entre el soporte social y la calidad de vida percibida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal, recurriendo a un estudio descriptivo correlacional, de corte transversal y abordaje cuantitativo, con la participación de 210 personas con trasplante renal que asistieron a su control mensual en una institución privada prestadora de servicio de salud, con respecto a los instrumentos, se utilizaron la escala de calidad de vida en personas con enfermedad crónica, el inventario de soporte social en enfermedad crónica y el formato de caracterización sociodemográfica de pacientes con enfermedad crónica del grupo

del cuidado al paciente crónico de la Universidad Nacional de Colombia. El análisis de asociación se realizó mediante la determinación de los coeficientes de correlación de Pearson y de Spearman, utilizando el programa SPSS. Los resultados arrojados fueron los siguientes: la mayoría eran hombres, con edades entre 18 y 60 años, casados, nivel educativo bachillerato, ocupación trabajadores independientes. La percepción de calidad de vida en general fue alta, especialmente en la dimensión física. El soporte social percibido en la mayoría de los casos fue alto, reportándose los mayores puntajes en las dimensiones guía y en la interacción social, mientras que los menores, en la interacción personal. No se identificó correlación estadísticamente significativa entre calidad de vida y soporte social percibido en personas con enfermedad renal crónica sometidas a un trasplante renal. Concluyeron que la no correlación de las variables, esté relacionado con factores que requieren ser explorados mediante abordajes cualitativos que reconozcan elementos propios de la experiencia de cronicidad y que hacen parte de la calidad de vida percibida por parte de los pacientes. Así mismo, se deben explorar otro tipo de variables tales como las complicaciones, el tipo de tratamiento farmacológico y las variables socio demográficas, que pueden correlacionarse con la calidad de vida percibida.

A continuación, se realizarán descripciones de diversos estudios, los cuales investigaron la variable Calidad de Vida y Enfermedad Renal Crónica:

El estudio de Calidad de Vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis (Costa, Pinheiro, Medeiros, Costa & Cossi, 2016), tenía como objetivo evaluar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, así como caracterizar, identificar los factores que influyen y afectan en la misma. Se trata de un estudio de campo, descriptivo, transversal y cuantitativo realizado en un centro de hemodiálisis en el Alto de Sertão de Pariaba, municipio de Cajazeiras, Brasil. Los criterios de inclusión utilizados fueron: que sean pacientes con enfermedad renal crónica, mayores de 18 años, de ambos sexos y que estuvieran en tratamiento de hemodiálisis más de 6 meses. Como criterios de exclusión, se dejaron fuera de la muestra a los pacientes que no aceptaron de forma voluntaria, así como los portadores de trastornos mentales, también los pacientes que durante la recolección de datos no se presentaron a hemodiálisis.

Los materiales utilizados en la investigación mencionada en el párrafo anterior, consta de un Cuestionario sociodemográfico y el WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Questionnaire) para evaluar los puntajes promedio y la calidad de vida de los participantes, y el respectivo análisis en el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). La muestra estuvo conformada por 39 sujetos, 54% hombres y 46% mujeres, con una prevalencia

con respecto a la edad de más de 51 años. Los resultados arrojaron que el dominio físico es lo más afectado, con un promedio de 59.44 %, y el mejor conservado fue el dominio social, con un promedio de 72.87 %, reflejado en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal, que reveló un promedio de 64.96 %. A través del test de correlación de Pearson, hubo una relación significativa entre los diversos ámbitos en los que todos los dominios mostraron una alta correlación con la calidad de vida.

Los investigadores, Costa y cols (2016), concluyen que los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis poseen una calidad de vida regular, y el conocimiento de los profesionales sobre este tema es de suma importancia para alcanzar una optimización en el cuidado de los pacientes.

Barros-Higgins, Herazo-Beltrán & Aroca-Martínez (2015), han realizado la siguiente investigación, cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con enfermedad renal crónica y su relación con variables demográficas y datos clínicos. Es un estudio analítico de corte transversal realizado en 80 personas con diagnóstico de enfermedad renal crónica, asistentes a la Unidad Renal y al servicio de hospitalización durante los meses de estudio. Se aplicó el cuestionario Kidney Disease Quality of life (KDQOL-F), valorando ocho dimensiones genéricas de la calidad de vida relacionada con la salud y tres específicas relacionadas con la enfermedad renal. Un cuestionario socio demográfico que midió las variables tales como edad, sexo, estado civil, escolaridad, estrato socio económico y aseguramiento. Los resultados arrojados fueron que el 23 % de la población estudiada tenía entre 61 y 70 años y 51.3 % eran hombres. Se obtuvieron promedios bajos en las dimensiones carga de la enfermedad renal (40.3%), salud física (33.4%) y salud mental (43.5%) del componente genérico. Se encontró una correlación significativa de la edad, con las dimensiones de la enfermedad renal en la vida diaria y el componente genérico salud física. Un trabajo remunerado se correlacionó positivamente con los componentes genéricos de salud física y salud mental y la carga de la enfermedad renal se correlacionó negativamente con el tiempo de diagnóstico de enfermedad renal.

Barros y cols (2015), concluyeron que la enfermedad renal crónica tiene una carga sobre la calidad de vida de los pacientes en términos de salud física, salud mental y carga de la enfermedad. Así mismo, la calidad de vida relacionada con la salud fue mayor en los pacientes no dializados en las escalas genéricas y específicas de la enfermedad crónica. Como limitaciones presenta las inferencias causales, por el tipo de diseño transversal, por ello

recomiendan el seguimiento de los pacientes para así estimar el impacto real de la enfermedad sobre la calidad de vida.

Capote-Leyva, Argudín-Selier, Mora- González, Capote- Pereyra, Rupale & Moret Hernández (2015), realizaron los estudios de evaluación de la calidad de vida relacionada con salud en pacientes en hemodiálisis periódica, siendo este su objetivo principal. Utilizando como método de investigación un estudio descriptivo, transversal, en pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis periódica en el servicio de hemodiálisis y diálisis peritoneal en un hospital de La Habana, Cuba. Para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, se utilizó el instrumento *Kidney Disease Quality of life Short Form* versión 1.3, y se realizó el análisis de datos con el programa de SPSS, además, para el contraste de hipótesis nula de homogeneidad, se empleó el test de Anova, considerando los diferentes subgrupos y normalidad de las series.

En la investigación de evaluación de calidad de vida relacionada con salud en pacientes en hemodiálisis periódica (2015), en la población cubana, se llegaron a los resultados de que las dimensiones genéricas de menores puntuaciones fueron el rol físico, la percepción general de la salud y el rol emocional. Las dimensiones específicas con menores puntuaciones fueron la carga de la enfermedad renal, el estatus laboral y la función sexual, y las dimensiones con mayores puntuaciones fueron las específicas: relación con el personal de diálisis (85.62%), función cognitiva (84.33%) y calidad de la relación social (82.88%). Los autores concluyeron que los pacientes perciben la calidad de vida con respecto a la salud, de modo aceptable, el hecho de poder identificar aquellas esferas que son percibidas con más dificultades, posibilita poder trabajar de manera directa sobre ellas.

La revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España, realizada por Rebollo- Rubio, Morales- Asencio, Pons- Raventos & Mansilla- Francisco (2015), se propone ofrecer una visión contrastada de los instrumentos de evaluación de la calidad de vida respecto a la salud, más usados en la población española con ERCA, y analizando también la calidad de vida. Para lograr este objetivo, se llevó a cabo una revisión de literatura publicada sobre estudios realizados en España que hubieran empleado algún instrumento para medir las CVRS, genérico o específico, en pacientes con diferentes estadios de ERCA. La búsqueda se realizó en las bases bibliográficas CINAHL, CUIDEN, DOCUMED, EMBASE, ERIC (USDE), IME, LILACS, MEDLINE, Nursin@ovid, Pubmed, Scielo, Web of Science y TESEO, recopilando de ellas 53 artículos publicados entre el año 1995 y el mes de mayo de 2014. La terapia sustitutiva renal es la variable con mayor frecuencia asociada

al estudio de la CVRS, siendo la hemodiálisis la más estudiada. La mayoría de los estudios encontrados son transversales y el Short form-36 Health Surveyes el instrumento más usado.

La revisión concluye que la mayoría de los estudios demuestran que la calidad de vida respecto a la salud, se ve afectada de forma importante en pacientes que reciben terapia sustitutiva renal. Como limitaciones exponen la necesidad de más estudios que aborden aspectos como la calidad de vida respecto a la salud, en la etapa pre diálisis, así como estudios con muestras más grandes y diseños longitudinales, analíticos o experimentales.

El estudio realizado por Acuña, Hernández, Scharager-Goldenberg & Armijo- Rodríguez (2015), titulado “Relación entre calidad de vida y representación de enfermedad en personas con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis”, asumió el objetivo de evaluar la asociación entre la representación de enfermedad y percepción de calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis, para llegar este fin, se realizó un estudio correlacional predictivo, de corte transversal, con 100 personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Se utilizaron como instrumentos el IPQ-R (representación de enfermedad), que consta de 3 secciones:

- Presencia/ausencia de síntomas.
- 38 ítems referidos a las dimensiones de control persona, control de tratamiento, duración, curso, consecuencias, representaciones emocionales y comprensión de la enfermedad.
- 18 opciones de las posibles causas de la enfermedad. Para su utilización, el IPQ-R fue traducido y aplicado en dos pruebas pilotos

También se utilizó el KDQOL-SF (medición de calidad de vida en enfermedad renal), que consta de 36 ítems, que miden 8 dimensiones del estado de salud y 1 específica para personas en hemodiálisis y una encuesta de datos socios demográficos y clínicos construidos por los investigadores. Los criterios de inclusión bajo los cuales se construyó la muestra, fueron: personas mayores a 20 años, sexo indistinto alfabetos y analfabetos, diagnosticados con enfermedad renal crónica en diálisis más de un año y que no posean una dificultad comunicacional. Los datos fueron analizados con el programa SPSS, arrojando como resultados la observación de una puntuación más alta en la percepción de calidad de vida específica a comparación de la genérica. En la representación de la enfermedad se observa que aquellos que perciben menos signos y síntomas presentan menos consecuencias, asimismo, quienes identifican menos consecuencias presentan menos síntomas psicológicos y mayor comprensión de la enfermedad. En la relación calidad de vida y representación de

enfermedad se encontró una correlación inversa entre la percepción de signos y síntomas y la percepción de calidad de vida general. Los investigadores concluyen que las intervenciones deberían dirigirse sobre el proceso de comprensión de la enfermedad, lo que influye disminuyendo la representación emocional, de esta manera se consigue mayor responsabilidad respecto de su enfermedad.

El estudio realizado sobre Calidad de Vida/ espiritualidad, religión y creencias personales de adultos y ancianos renales crónicos en hemodiálisis, llevado a cabo por Rusa, Peripato, Pavarini, Inouye, Zazzetta & Orlandi (2014), tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida de pacientes renales crónicos en hemodiálisis, por medio de un cuestionario socio demográfico, los test WHOQOL- bref y WHOQOL – SRPB (World Health Organization Quality of Life Questionnaire), en un estudio descriptivo, de corte transversal, realizado en una unidad de terapia renal sustitutiva del interior del estado de San Pablo, Brasil. Los criterios de inclusión fueron que los participantes tuvieran edad igual o superior a 18 años, diagnóstico de enfermedad renal crónica, estar en hemodiálisis concurrentes al servicio de hemodiálisis, siendo un total de 110 personas la muestra, analizando los datos con el programa IBM SPSS. Obteniendo como resultados que la mayoría de los entrevistados fueron hombres (67.27%), con edad promedio de 55.65 años, católicos (55.45%), con enseñanza fundamental incompleta (33.64%) y sin ocupación formal (79.08%). Los dominios de WHOQOL- bref con mayor y menor puntuación promedio fueron, respectivamente: “psicológico” y “físico”. Los dominios de WHOQOL- SRPB de menor y mayor puntuación promedio fueron, respectivamente: “totalidad e integración” y “fe”, se llega a la conclusión que los entrevistados presentaron elevados puntajes de calidad de vida, específicamente en las dimensiones referentes a espiritualidad, religión y creencias personales. Se evidenciaron perjuicios en el dominio físico de la calidad de vida, posiblemente en consecuencia de las alteraciones resultantes de la enfermedad renal crónica y del tratamiento de hemodiálisis. Como limitación presenta la imposibilidad de generalizar los resultados y también la falta de estudios con respecto a las variables utilizadas.

Malheiro Oliveira & Arruda Soares (2012), en la investigación realizada en Bahía, Brasil, en una unidad de hemodiálisis, tuvo como objetivo conocer las percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica, en su calidad de vida. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo de abordaje cualitativo, realizado a través de una entrevista semi- estructurada. Los resultados fueron analizados de acuerdo al análisis de contenido en la modalidad temática, según Minayo. Fueron entrevistadas 19 personas y de su testimonio emergieron tres categorías generales: percepciones sobre el concepto de calidad de vida, el impacto de la insuficiencia renal crónica

en la calidad de vida y las implicaciones de la hemodiálisis en las dimensiones de la calidad de vida. La primera se divide en tres sub-categorías: equilibrio multidimensional, salud/ ausencia de enfermedad y presencia de la fe. La segunda se dividió en dos: restricción dietética e hídrica y limitación de la capacidad funcional. La tercera se subdivide en tres: función social alterada, restricción de las actividades de ocio y entretenimiento y desplazamiento territorial para realizar la diálisis. Los resultados revelaron que la hemodiálisis y la enfermedad afectaron la vida cotidiana de las personas, debido a que causan limitaciones físicas, sociales, que involucran su trabajo, sus hábitos alimenticios y la cultura. Se concluye que la atención prestada a los pacientes dependientes de un tratamiento de diálisis debe ir más allá del enfoque biomédico tradicional centrado en la enfermedad. Como limitación los investigadores reconocen que queda mucho por conocer y mas investigaciones deben de hacerse, con respecto a cómo las personas se ven afectadas por la cronicidad de la enfermedad y su tratamiento, siendo estos cambios grandes y complejos. Cada una de las vivencias son situaciones comunes y diferentes unas de otras, y a partir de ahí adquieren diferentes significados en su experiencia, nuevas investigaciones podrán aportar nuevas contribuciones para prestar una asistencia mas humanizada e integral.

5. Metodología

5.1 Diseño

El diseño utilizado en el presente trabajo, es de finalidad aplicada (Sampieri, Fernández& Baptista, 2010).

Con respecto al factor temporal es del tipo transversal/transeccional, ya que los datos fueron recolectados en un tiempo único. Y el grado de control utilizado fue de tipo no experimental (Sampieri, Fernández& Baptista, 2010).

Para realizar el análisis de la asociación entre las variables y analizarlas de forma independiente, es necesario que el objetivo del presente estudio sea del tipo descriptivo-correlacional, con un enfoque cuantitativo (Sampieri, Fernández& Baptista, 2010).

5.2 Participantes

Universo y población de análisis: Pacientes trasplantados renales, más de un año de la intervención, en controles de postransplante renal.

Unidad de análisis: Pacientes trasplantados renales.

Criterios de inclusión: Personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal, más de un año desde la intervención, de ambos sexos y mayores de 18 años.

Criterios de exclusión: Pacientes trasplantados que presenten discapacidades cognitivas, visuales, auditivas o motriz.

Muestreo: No probabilístico.

La muestra consta de 50 individuos, los cuales el 48 % fueron mujeres y el 52 % fueron hombres. El rango de edad comprendió desde los 29 a 71 años. De dichos participantes el 18% poseen entre 29 y 40 años, el 32% tienen entre 41 y 50 años, el 34% de 51 a 60 años, y el 16% restante, mayores a 61 años.

5.3 Procedimiento

Los datos fueron recolectados por medio de cuestionarios, proporcionados a los pacientes trasplantados renales, que cumplieran con los criterios de inclusión, por lo cual el tipo de fuentes de datos han sido primarias, completados de manera anónima, en el centro médico privado donde realizan sus exámenes y revisiones periódicas.

Se les solicitó a los participantes de manera verbal, si deseaban participar en la investigación, y luego se procedió a entregar el consentimiento informado. Una vez completo y firmado, se entregaron los cuestionarios, Inventario de Calidad de Vida, Cuestionario Moss de Apoyo Social

y un cuestionario sociodemográfico. Los mismos fueron completados por cada paciente conllevando alrededor de veinte minutos su realización, en su centro de seguimiento de controles de postrasplante.

5.4 Análisis de datos

Se utilizó el sistema SPSS, correlaciones de Pearsons, Prueba de Media (ANOVA, Prueba T de Student), para realizar el análisis de las variables.

5.5 Instrumentos

ICV (Inventario de Calidad de Vida) de Mikulic (2004) que consta de 18 ítems, cada uno de los cuales representa un área de vida de la persona. El inventario de calidad de vida puede ser administrado por el evaluador o autoadministrable, en forma individual o colectiva. Puede ser aplicado a población adulta, de 18 años en adelante. Con respuestas de tipo Likert que evalúan tres niveles de importancia (no importante, importante y muy importante), tres niveles de satisfacción (muy satisfecho, bastante satisfecho y poco satisfecho) y tres niveles de insatisfacción (muy insatisfecho, bastante insatisfecho, poco insatisfecho).

Según el ICV, la satisfacción vital que equivale a la calidad de vida de una persona se refiere a la evaluación subjetiva que realiza una persona del grado en el cual se ven cumplidos sus deseos, metas y necesidades. La distancia percibida entre lo que la persona tiene y quiere tener en las áreas vitales evaluadas determina su satisfacción o insatisfacción.

Con respecto a la confiabilidad, presentó un alfa de Cronbach de 0.85 por Consistencia Interna y además se utilizó el método Test-Retest presentando un coeficiente de 0.82, en un intervalo de temporal de cuatro semanas entre la primera y segunda administración, en Argentina

Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (1991), validado para la población argentina en el año 2007, que consta de 20 ítems, autoadministrable. El ítem número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes están referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: emocional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), instrumental (ítems 2, 5, 12 y 15), interacción social positiva (ítems 7, 11, 14 y 18) y apoyo afectivo (ítems 6, 10 y 20). Con una escala tipo Likert de 5 posiciones que varían entre: “Nunca”, “Pocas Veces”, “Algunas Veces”, “La mayoría de las Veces” y “Siempre”.

Presenta un índice de confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.919, presentando consistencia interna y la validez fue realizada a través de análisis factorial el cual reveló la existencia de 3 factores, que son capaces de explicar el 59.86% de la varianza global, procedente del proceso de validación en población Argentina.

“Apoyo social percibido y calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal.”

Frosch, Nadia.

Licenciatura en Psicología

Cuestionario sociodemográfico que incluirán las variables: edad, sexo, tiempo en situación de diálisis, tiempo de espera de trasplante renal, fecha de trasplante, estado civil, ocupación, grupo de convivencia y lugar de residencia.

6. Resultados

Se procedió a realizar, antes de las pruebas para cumplir con los objetivos de la investigación, estadísticas descriptivas de las variables en estudio.

La media del apoyo social percibido en la población analizada fue de 75,86 puntos (DE= 16,360), obteniendo una puntuación alta, ya que los valores oscilan entre un valor mínimo de 28 y un valor máximo de 95. Por otro lado la media de la escala de calidad de vida fue de 129,080 puntos (DE= 11,28), siendo una media alta, ya que presenta un rango de 107 como valor mínimo y 153 de valor máximo.

Tabla 1: Descriptivos Apoyo social percibido y Calidad de vida en total de la muestra

	Apoyo Social percibido	Índice de Calidad de Vida
	n= 50	n= 50
Mínimo	28,00	107,00
Máximo	95,00	153,00
Media	75,86	129,08
Desv. típ.	16,37	11,29
Varianza	267,84	127,46

6.1 Objetivo General

Retomando el objetivo general de la investigación que indicaba determinar si existe relación entre el apoyo social percibido y calidad de vida de las personas con enfermedad renal crónica en situación trasplante renal, se realizó para ello una prueba de correlación bivariada de r de Pearson para medir si existía una relación entre ambas variables en dicha población y determinar si la misma era estadísticamente significativa.

El resultado de la prueba arrojó una correlación r de Pearson de ,130 con un valor p de ,370. Al ser dicho valor p mayor a 0,05 no se puede considerar este resultado estadísticamente significativo para la relación entre dichas variables.

Tabla 2: Correlación r de Pearson entre Apoyo social percibido y Calidad de vida en total de la muestra

n= 50	
Índice de Calidad de Vida	
Apoyo Social Percibido	,130 ns

6.2 Objetivos específicos

De acuerdo al primer objetivo específico detallado, donde se propuso analizar las redes de apoyo que presentan los pacientes, para poder llevarlo a cabo se realizó una tabla de frecuencias por cantidad total de amigos íntimos y familiares cercanos que detallaron poseer los pacientes.

Se observó, de acuerdo a los resultados, que más del 50% de la muestra cuenta con al menos tres personas en su grupo de apoyo, y un 20% de la muestra cuenta con más de quince personas en su grupo íntimo de apoyo de familiares y amigos.

Estos datos permiten analizar los niveles de apoyo social percibido, ya que dichos valores se van a ver íntimamente afectados por la cantidad de personas en su grupo de apoyo social.

A su vez el 70% de la muestra declaró no vivir solo, lo que indica también que en su hogar cuenta con hijos o pareja y/o padres. Siendo el 36% de la población casados que conviven con sus parejas y sus hijos.

Tabla 3: Frecuencias por cantidad de Amigos íntimos y familiares cercanos

Q de Amigos y Familiares	Frecuencia	% Valido	% Acumulado
3	3	6%	6%
4	5	10%	16%
5	5	10%	26%
6	7	14%	40%
7	4	8%	48%
8	4	8%	56%
9	2	4%	60%
10	3	6%	66%
11	3	6%	72%
13	1	2%	74%
14	1	2%	76%
15	2	4%	80%
16	1	2%	82%
17	1	2%	84%
18	2	4%	88%
20	2	4%	92%
22	1	2%	94%
25	1	2%	96%
30	1	2%	98%
41	1	2%	100%
Total	50	100%	

Tabla 4: Frecuencias por grupo de convivencia

Grupo Convivencia	Frecuencia	% Valido	% Acumulado
Hijos	3	6%	6%
Padres	1	2%	8%
Padres e Hijos	1	2%	10%
Padres y Pareja	1	2%	12%
Pareja	11	22%	34%
Pareja e Hijos	18	36%	70%
Solo/a	15	30%	100%
Total	50	100%	

Siguiendo con el segundo objetivo específico, donde se detalló analizar si existen diferencias del apoyo social percibido y la percepción de calidad de vida por edad, se ordenó la muestra en cuatro sub-grupos de acuerdo al rango etario, los cuales fueron: Menores a 41 años, Entre 41 y 50 años, Entre 51 y 60 años y por último mayores de 60 años. Con dichos grupos se calcularon las medias de las variables en análisis, Apoyo Social Percibido y Calidad de vida.

De este análisis se pudo visualizar que al superar los 61 años de edad, disminuían los valores medios de apoyo social percibido y con respecto al índice de calidad de vida, a medida que aumentaba la edad, aumentaban los valores medios.

Tabla 5: Análisis de medias de APS por grupos etarios

Apoyo Social Percibido					
Grupo Etario	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Hasta 40 años	9	51	94	75,56	14,77
De 41 a 50	16	42	95	78,56	14,10
De 51 a 60	17	46	95	80,53	12,79
Mayor de 61 años	8	28	92	60,88	22,34

Tabla 6: Análisis de medias de Calidad de vida por grupos etarios

Índice de Calidad de Vida					
Grupo Etario	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Hasta 40 años	9	107	139	123,11	9,48
De 41 a 50	16	113	146	125,50	9,67
De 51 a 60	17	113	153	134,76	10,53
Mayor de 61 años	8	116	150	130,88	13,36

Para continuar con la validación de este objetivo se realizaron prueba de hipótesis- ANOVA entre la edad y las variables analizadas, donde se obtuvo una significación superior a 0.05, es decir que la muestra no presenta diferencias en la Calidad de Vida y Apoyo social Percibido, por edad.

Tabla 7: ANOVA entre Calidad de vida y Edad.

Calidad de Vida y Edad.		
Grupos	F	P
Hasta 40 años	1,6999129	0,1833501
De 41 a 50 años		
De 51 a 60 años		
Mayor de 61 años		

Tabla 8: ANOVA entre Apoyo Social Percibido y Edad

Apoyo social percibido y edad.		
Grupos	F	P
Hasta 40 años	1,41374985	0,25565628
De 41 a 50 años		
De 51 a 60 años		
Mayor de 61 años		

A su vez para completar este objetivo se realizaron correlaciones r de Pearson entre la edad y las variables analizadas, donde se obtuvo una correlación entre la edad y la calidad de vida de ,280. Mostrando una relación positiva y explicando que al aumentar la edad de los pacientes con trasplantes renales aumenta su índice de calidad de vida. Esta correlación obtuvo un valor p de significación bilateral de 0.049, es decir menor a 0.05, lo que indica que la relación tiene un 95% de probabilidad de ser verdadera, y únicamente un 5% de error.

Tabla 9: Correlación r de Pearson entre Calidad de vida en total de la muestra y edad

n= 50	
Índice de Calidad de Vida	
Edad	,280*

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Continuando con el tercer objetivo específico de la investigación, donde se establecía determinar si existen diferencias en el apoyo social percibido y la percepción de calidad de vida por tiempo en hemodiálisis y tiempo de espera de trasplante, se realizaron observaciones sobre las medias de las variables dividiendo el grupo en cuatro segmentos de acuerdo al tiempo en el tratamiento.

Los grupos fueron divididos en la misma cantidad de años tanto para el tiempo en Diálisis como para el tiempo de espera del trasplante: Menor a un año, De 1 hasta 4 años, Entre 4 y 10 años y más de 10 años.

Se comenzó con el tiempo en Hemodiálisis, y se observaron las diferencias en las medias notando que el Apoyo Social percibido no sufre de variaciones significativas de acuerdo al tiempo que el paciente permaneció en tratamiento, sin embargo, en el Índice de Calidad de Vida se pudo observar que, a mayor tiempo en tratamiento, el mismo disminuía.

A su vez, para validar esta observación se realizó una prueba de hipótesis de ANOVA la cual arrojó un valor p superior a 0.05 bilateral, no siendo significativa estadísticamente la diferencia encontrada. Es decir, que el Índice de Calidad de vida no presenta diferencias entre los distintos grupos, en relación al tiempo en hemodiálisis.

Con respecto a la variable Apoyo Social Percibido, se realizó también una prueba de hipótesis ANOVA, la misma arrojó como resultado un nivel de significación bilateral mayor del valor 0.05, estableciendo que el Apoyo Social Percibido no presenta diferencias entre los distintos grupos, en relación al tiempo en hemodiálisis.

Tabla 10: Análisis de medias de APS por tiempo en Hemodiálisis

Apoyo Social Percibido					
Tiempo en Hemodiálisis	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Menor a 1 año	7	71	92	80,43	9,11
De 1 año hasta 4 años	20	28	95	78,45	19,96
Entre 4 y 10 años	19	42	93	71,16	14,74
Más de 10 años	4	68	95	77,25	12,09

Tabla 11: Análisis de medias de Calidad de vida por tiempo en Hemodiálisis

Índice de Calidad de Vida					
Tiempo en Hemodiálisis	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Menor a 1 año	7	120	144	129,00	8,52
De 1 año hasta 4 años	20	113	153	131,80	12,01
Entre 4 y 10 años	19	107	145	127,79	11,30
Más de 10 años	4	113	138	121,75	11,21

Tabla 12: ANOVA entre Calidad de vida en total de la muestra y tiempo en Hemodiálisis

Calidad de vida y tiempo en hemodiálisis		
Grupos	F	P
Menor a 1 año	0,837787402	0,481182171
De 1 a 4 años		
Entre 4 y 10 años		
Más de 10 años		

Tabla 13: ANOVA entre Apoyo Social Percibido y tiempo en Hemodiálisis

Apoyo social percibido y tiempo en hemodiálisis		
Grupos	F	P
Menor a 1 año	1,8976504	0,1455122
De 1 a 4 años		
Entre 4 y 10 años		
Más de 10 años		

Por último, se realizaron las mismas pruebas para observar las medias de las variables, pero dividiendo el grupo en tiempo de espera para el trasplante.

En este caso nuevamente se observaron diferencias, pero es importante notar que en el caso del apoyo social el mismo aumenta y disminuye continuamente sin seguir un patrón estable.

Por otra parte, el índice de calidad de vida se comporta disminuyendo a medida que aumenta la cantidad de años de espera que el paciente ha esperado para ser trasplantado.

Nuevamente se realizaron pruebas de hipótesis ANOVA, las mismas proporcionaron como resultados, niveles de significación bilateral mayor a 0.05, estableciendo que el tiempo de espera del trasplante no presenta diferencias entre grupos, en el Índice de Calidad de Vida y el Apoyo Social Percibido.

Tabla 14: Análisis de medias de APS por tiempo de espera para trasplante

Apoyo Social Percibido					
Tiempo de espera para trasplante	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Menor a 1 año	13	38	95	76,62	16,34
De 1 año hasta 4 años	23	28	95	78,35	18,82
Entre 4 y 10 años	12	52	95	70,75	12,23
Más de 10 años	2	72	74	73,00	1,41

Tabla 15: Análisis de medias de Calidad de vida por tiempo de espera para trasplante

Índice de Calidad de Vida					
Tiempo de espera para trasplante	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Menor a 1 año	13	116	153	132,54	12,33
De 1 año hasta 4 años	23	113	147	128,83	10,43
Entre 4 y 10 años	12	107	141	127,67	12,04
Más de 10 años	2	116	120	118,00	2,83

Tabla 16: ANOVA entre Calidad de vida en total de la muestra y tiempo de espera para trasplante

Calidad de Vida en tiempo de espera de trasplante		
Grupos	F	p
Menor a 1 Año	0,662588177	0,579942732
De 1 hasta 4 Años		
Entre 4 y 10 Años		
Más de 10 Años		

Tabla 17: ANOVA entre Apoyo Social Percibido y tiempo de espera para trasplante

Apoyo Social Percibido en tiempo de espera del trasplante		
Grupos	F	p
Menor a 1 año	0,783176968	0,510373855
De 1 a 4 años		
Entre 4 y 10 años		
Más de 10 años		

Adicionalmente se realizó una prueba de correlación r de Pearson con el tiempo que lleva el paciente con Hemodiálisis y el índice de calidad de vida, arrojando como resultado una correlación negativa, explicándose que a medida que aumenta el tiempo en dicho tratamiento el paciente va disminuyendo su calidad de vida, siendo esta correlación estadísticamente significativa el nivel 0,05 bilateral.

Tabla 18: Correlación r de Pearson entre Calidad de vida en total de la muestra y tiempo en Hemodiálisis

n= 50

Índice de Calidad de Vida	
Tiempo en Hemodiálisis	-,357*

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Respecto al tiempo de espera para el trasplante y el Índice de Calidad de Vida, se realizó una correlación para detectar si existía una relación estadísticamente significativa y directa entre ambas variables, y se verificó la misma con una r de Pearson que arrojó un valor de $r = -0.295$ y un nivel de significación bilateral menor del 0.05, estableciendo así una correlación negativa débil pero estadísticamente significativa. Es decir, que el Índice de Calidad de vida se comporta disminuyendo a medida que aumenta la cantidad de años de espera que el paciente ha esperado para ser trasplantado.

Tabla 19: Correlación r de Pearson entre Calidad de vida en total de la muestra y tiempo de espera para trasplante

n= 50	
Índice de Calidad de Vida	
Tiempo de espera para trasplante	-,295*

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Por último, el cuarto objetivo específico planteado pretendía analizar si existen diferencias en el apoyo social percibido y la percepción de calidad de vida por género. Para validar el mismo se realizaron pruebas de comparación de medias t de student.

En las pruebas t se observaron que existen diferencias entre Mujeres y Hombres, pero en ambos casos las mismas no fueron significativas a nivel estadístico para establecer que las variables en estudio puntúan diferentes de acuerdo al género.

En el caso del apoyo social las mujeres puntuaron más elevado que los hombres (77,25 puntos Vs. 74,58) y en el caso de índice de calidad de vida se comportó igual (131.33 puntos vs 127 puntos). Si bien estas diferencias fueron levemente más elevadas en las mujeres, no son significativas como para efectuar una conclusión al respecto.

Tabla 20: Diferencias en Apoyo Social Percibido según género

	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Prueba t</i>
	<i>n= 24</i>	<i>n= 26</i>	
ASP	77,25	74,58	,573 ns

Tabla 21: Diferencias en Calidad de vida según genero

	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Prueba t</i>
	<i>n= 24</i>	<i>n= 26</i>	
Índice de calidad de vida	131,33	127,00	1,368 ns

7. Discusión

El objetivo general planteado en la investigación, indicaba determinar si existe relación entre el apoyo social percibido y calidad de vida de las personas con enfermedad renal crónica en situación trasplante renal, realizando para ello, una prueba de correlación bivariada de r de Pearson para medir si existía una relación entre ambas variables en dicha población y determinar si la misma era estadísticamente significativa.

El resultado de la prueba, arrojó que no hay una correlación entre las variables, ya que no fue significativa a nivel estadístico. Por lo cual se acepta la hipótesis nula de que no existe una relación positiva entre el apoyo social percibido y la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a trasplante renal. En coincidencia con el estudio realizado por Medellín-Olaya y Carrillo González (2014), en el cual no se pudo identificar una correlación estadísticamente significativa entre calidad de vida y soporte social percibido. A su vez, ambos contradicen al estudio realizado por Lin, Ku, Shu & Lee (2002), el cual refiere que el apoyo social se relacionó positivamente con la calidad de vida y el apoyo emocional fue el predictor más significativo de la calidad de vida.

De acuerdo al primer objetivo específico de la presente investigación, mediante el cual se propuso analizar las redes de apoyo que presentan los pacientes, se observó, de acuerdo a los resultados, que más del 50% de la muestra cuenta con al menos tres personas en su grupo de apoyo, y un 20% de la muestra cuenta con más de quince personas en su grupo íntimo de apoyo de familiares y amigos. A su vez el 70% de la muestra declaró no vivir solo, lo que indica también que en su hogar cuenta con hijos o pareja y/o padres. Siendo el 36% de la población casados que conviven con sus parejas y sus hijos.

Así, como en el estudio realizado por Medellín-Olaya & Carrillo González (2014), el presente coincide que dentro de los apoyos con los que se cuenta, se resalta a la familia y los familiares cercanos, siendo éstos los proveedores de la mayor parte de apoyo social, en el afrontamiento de su enfermedad.

En el segundo objetivo específico propuesto, se analizó si existen diferencias del apoyo social percibido y de calidad de vida percibida por edad.

Se realizaron prueba de hipótesis- ANOVA entre la edad y las variables analizadas, donde se obtuvo una significación superior a 0.05, es decir que la muestra no presenta diferencias en la Calidad de Vida y Apoyo social Percibido, por edad. Medellín- Olaya & Carrillo-González (2014), indican que en los pacientes añosos, se pueden dar complicaciones relacionadas a infecciones en el tracto urinario o rechazo, ya que presentan mayor susceptibilidad a agentes nocivos, lo

que puede llevar a una disminución de la percepción de la Calidad de Vida, contradiciendo los hallazgos de la presente investigación.

Se observó que, al superar los 61 años de edad, disminuían los valores medios de apoyo social percibido y con respecto al índice de calidad de vida, a medida que aumentaba la edad, aumentaban los valores medios.

A pesar de no ser un objetivo específico, se realizaron correlaciones r de Pearson entre la edad y el Índice de Calidad de Vida, donde se obtuvo una relación positiva, explicando que al aumentar la edad de los pacientes con trasplantes renales aumenta su índice de calidad de vida.

Sin embargo, en la investigación Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica (2015), la edad y la calidad de vida percibida presentaron una correlación negativa, explicándose por el incremento de la inactividad física en el envejecimiento y el impacto de la enfermedad renal crónica, que presenta un efecto negativo sobre la capacidad de participación en su entorno, afectando de esta manera la percepción de la calidad de vida.

En la investigación colombiana, Soporte social percibido y Calidad de Vida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal (2014), se hace referencia que la Calidad de Vida percibida por las personas sometidas a trasplantes renales, es considerada óptima, al igual que los resultados arrojados por la presente investigación.

Continuando con el tercer objetivo específico de la investigación, donde se establecía determinar si existen diferencias en el apoyo social percibido y la percepción de calidad de vida por tiempo en hemodiálisis y tiempo de espera de trasplante, se realizaron observaciones sobre las medias de las variables dividiendo el grupo en cuatro segmentos de acuerdo al tiempo en el tratamiento.

Se comenzó con el tiempo en Hemodiálisis, realizando pruebas de hipótesis de ANOVA las cuales arrojaron un valor p , superior a 0.05 bilateral, no siendo significativas estadísticamente. Es decir, que el Índice de Calidad de vida y el Apoyo Social Percibido no presentan diferencias entre los distintos grupos, en relación al tiempo en hemodiálisis.

Asimismo, se observaron las diferencias en las medias notando que el Apoyo Social percibido no sufre de variaciones significativas de acuerdo al tiempo que el paciente permaneció en tratamiento, sin embargo, en el índice de Calidad de Vida se pudo observar que a mayor tiempo en tratamiento el mismo disminuía.

Al advertir este comportamiento de la variable Calidad de Vida y el tiempo en hemodiálisis, se realizó una correlación r de Pearson, arrojando como resultado que a medida que se incrementa el tiempo en dicho tratamiento, decrece la calidad de vida del paciente, siendo esta correlación estadísticamente significativa. De esta manera coincide, con el estudio Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hemodiálisis periódica utilizando el KDQOL-SFTM (2015), el cual refiere que se detectaron puntuaciones muy bajas, específicamente, en las áreas de rol físico y percepción general de salud, la cual hace referencia a la intromisión de la enfermedad y el tiempo que debe dedicarle al tratamiento, en su vida privada como así también, en el ámbito laboral. Y también concuerda, con el trabajo realizado por Costa, Pinheiro, Medeiros, Costa & Cossi (2016), que refería que la Calidad de Vida en personas con tratamiento hemodialítico presentaba serias alteraciones, ya que acarrear modificaciones en los estilos de vida, ya sea con respecto a la alimentación, hidratación y actividades diarias, conllevando a una percepción negativa con respecto al constructo referido anteriormente, coincidiendo, asimismo, con el estudio realizado por Barros Higgins & Herazo Beltrán (2015), el cual como resultado arrojó, que los pacientes en situación de diálisis, poseen una percepción negativa del índice de calidad de vida, ya que sienten ser una carga para su familia por las complicaciones físicas y psicológicas que los aquejan y por ser sometidos a hemodiálisis continua, lo cual causa un cambio en su vida, ya que utilizan gran parte de su tiempo en las diversas sesiones que se realizan semanalmente.

En segundo lugar, se realizaron las mismas pruebas para observar las medias de las variables, pero dividiendo el grupo en tiempo de espera para el trasplante, estableciendo que el tiempo de espera del trasplante no presenta diferencias entre grupos, en el Índice de Calidad de Vida y el Apoyo Social Percibido.

Por otra parte, la media del Índice de Calidad de Vida tendía a disminuir a medida que aumentaba la cantidad de años de espera para ser trasplantado, corroborando la relación negativa, es decir, que a mayor tiempo de espera de trasplante, el índice de calidad de vida disminuye.

En la revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España (2015), arrojó como resultado que los pacientes con trasplante renal poseen una mejor Calidad de Vida que aquellos que se encuentran en otras terapias sustitutivas renales, concordando con los hallazgos de este estudio, con respecto a la disminución del Índice de Calidad de Vida, en relación al tiempo de espera de trasplante y al tiempo transcurrido en hemodiálisis. Coincidiendo, de esta manera, con Medellín-Olaya y

Carrillo-González (2014), las cuales describen que las personas que se someten a trasplante renal buscan mejorar su calidad de vida y por consiguiente recuperar su rol de la vida diaria, siendo un tratamiento que mejora ampliamente la calidad de vida

Concordando, también, con la investigación realizada por Capote Leyva, Argudín Selier, Mora González, Capote Pereira, Rupalé & Moret Hernández (2015), la cual arrojó como resultado que la calidad de vida en relación con la salud, muestra los peores resultados, debiéndose al deterioro físico y psicológico que experimentan estos pacientes y por los síntomas propios de la pérdida de la función renal, además se añaden los causados por el tratamiento dialítico.

En relación a la variable Apoyo Social Percibido, el estudio de Costa & et al (2016), se refiere a las relaciones sociales como satisfactorias, obteniendo así el apoyo necesario para el enfrentamiento de la enfermedad, coincide con los resultados hallados en la presente investigación. Al contrario, Capote Leyva, Argudín Selier, Mora González, Capote Pereira, Rupalé & Moret Hernández (2015), relevaron que el Apoyo Social, es uno de los ítems en los que se evaluó con el valor cero (0), en los pacientes con IRC en situación de diálisis, sin embargo, obtuvo una de las puntuaciones más altas en general. Medellín-Olaya & Carrillo-González (2014), hacen referencia que la percepción alta del soporte social percibido se debe a varios factores, entre ellos el acompañamiento, el interés y la preocupación del otro, también, la identificación de necesidades, la comprensión y la motivación hacia el autocuidado, prevaleciendo el apoyo emocional e informacional como los principales recursos brindados por parte de la red.

Por último, el cuarto objetivo específico planteado fue analizar si existen diferencias del apoyo social percibido y la percepción de calidad de vida por género. Para validar el mismo se realizaron pruebas de comparación de medias de t de student, las cuales permitieron observar que existen diferencias entre Mujeres y Hombres, pero en ambos casos las mismas no fueron significativas a nivel estadístico para establecer que las variables en estudio puntúan diferentes de acuerdo al género.

Con respecto a ambas variables, las mujeres puntuaron más elevado, levemente, que los hombres. Sin embargo, estas diferencias, no son significativas como para efectuar una conclusión al respecto.

En la Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España (2015), se refiere que la peor calidad de vida relacionada a salud, se da en mujeres en hemodiálisis, siendo un reflejo de las diferencias entre sexos que se presenta en la población en general y se relaciona con la mayor prevalencia de la ansiedad

rasgo y síntomas depresivos. Por el contrario, en la Evaluación de la calidad de vida relacionada con salud en pacientes en hemodiálisis periódica utilizando el KDQOL-SFTM (2015), se hace referencia al predominio del sexo masculino con respecto a pacientes en hemodiálisis, ya que los hombres son más propensos a mantener hábitos y estilos de vida poco saludables, medioambiente laboral más estresante y agresivo, menos adhesión al tratamiento y menos constantes con el seguimiento médico. Los resultados arrojados por la presente investigación, contradicen a las investigaciones mencionadas anteriormente, ya que no se encontraron diferencias significativas entre ambos géneros.

Como limitaciones de este estudio, se puede inferir que al ser una investigación descriptiva y el muestreo no probabilístico, no pueden trasladarse los resultados de la investigación a toda la población.

8. Conclusión

La hipótesis de esta investigación fue comprobar si existía una relación positiva entre el apoyo social percibido y la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a trasplante renal. Analizando los datos arrojados por la investigación, se debe aceptar la hipótesis nula, es decir que no existe una relación positiva entre el apoyo social percibido y la Calidad de Vida de los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a trasplante renal.

Además, se indicó la importancia del grupo familiar y amigos cercanos, ya que son la fuente primordial de Apoyo Social Percibido.

La Calidad de Vida y el Apoyo Social Percibido, no presentan diferencias entre los distintos rangos etarios, como así tampoco se presentan en los distintos rangos de tiempo en hemodiálisis y de espera de trasplante, con respecto a las mismas variables.

Asimismo, no se registraron diferencias entre géneros, en relación al Índice de Calidad de Vida y al Apoyo Social Percibido.

Accesoriamente, más allá de no estar planteado como objetivos específicos, se realizaron hallazgos importantes, como, por ejemplo: la Calidad de Vida se incrementaba al aumentar la edad del paciente trasplantado, asimismo se evidencia la disminución de la percepción de la Calidad de Vida, a mayor tiempo en hemodiálisis. También, se encontró que, a menor tiempo en lista de espera para la realización del trasplante renal, incrementaba el Índice de Calidad de Vida.

En resumen, la Calidad de Vida se incrementa por la realización del trasplante renal como parte del tratamiento de la enfermedad renal crónica y a su vez la adaptación, con el paso de los años, a la condición de trasplantado, permite que aumente la percepción de dicho constructo.

Asimismo, el Apoyo Social Percibido es considerado importante, pero no determinante con respecto a la Calidad de Vida, una vez realizado el trasplante.

Se recomienda, realizar mayores y mejores campañas con respecto a la concientización de la donación de órganos, para poder evitar el descenso de la Calidad de Vida, cuando ya se encuentra en la situación de hemodiálisis.

Además, aumentar la promoción en salud, con respecto cambiar hábitos y estilos de vida, ya que, de acuerdo a la OMS, son los probables causantes de las enfermedades no transmisibles y crónicas.

También, se podría realizar estudios, que convoquen a las redes formales (médicos, enfermeras, psicólogos, etc.) y las no formales (familiares, amigos, etc.) de contención, para

“Apoyo social percibido y calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal.”

Frosch, Nadia.

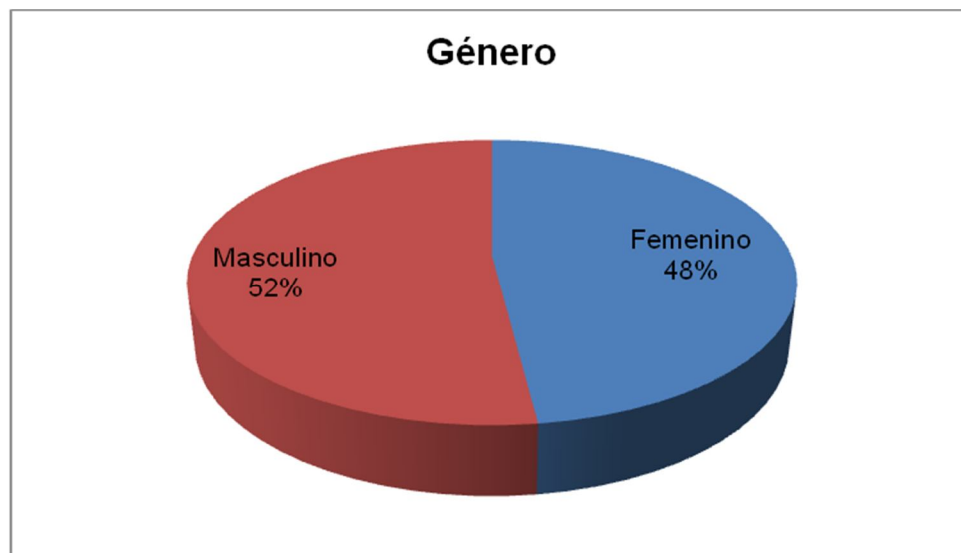
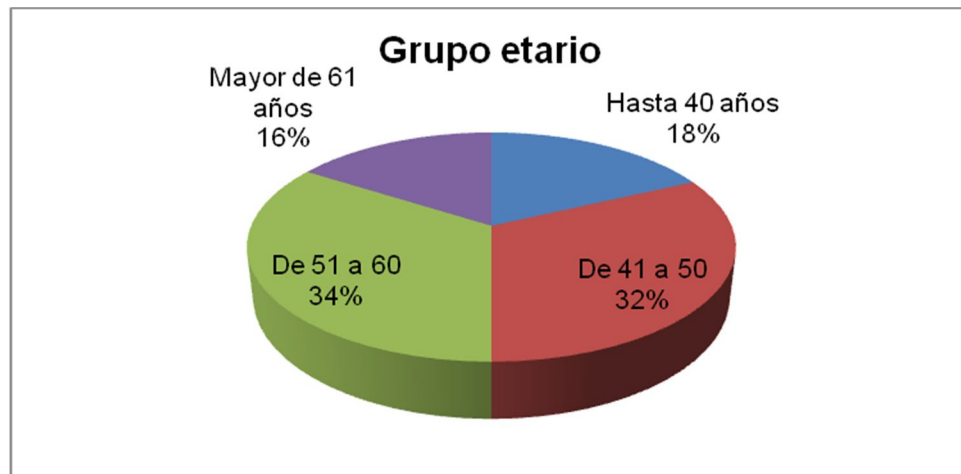
Licenciatura en Psicología

saber cómo manejar las diversas situaciones que hacen que la percepción de la Calidad de Vida de los pacientes, disminuya.

Anexos

Anexo I

Gráficos de la muestra





Anexo II

Inventario de calidad de vida

**INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA
 ICV
 Dra. Isabel M. Mikulic**

INSTRUCCIONES

Este cuestionario le pregunta sobre su grado de satisfacción con diversas partes de su vida tales como su trabajo o sus amigos. También le pregunta si estas cosas son importantes para que Ud. sea feliz. Todas las palabras tienen una definición en este inventario a fin de que Ud. pueda leer y pensar en lo que quiere decir cada palabra al responder las preguntas. No hay respuestas correctas o incorrectas, lo que importa es que Ud. conteste siempre teniendo solamente en cuenta sus sentimientos y opiniones. Conteste lo que mejor describa lo que Ud. siente o piensa.

A continuación encontrará un ejemplo de cómo responder seleccionando una respuesta en cada opción. Importante significa en qué medida esa parte de su vida le hace sentir más feliz. Satisfactorio significa en qué medida se cumplen sus necesidades, metas y deseos en esa área de su vida. Luego de completar este ejemplo proceda a rellenar el cuadro de la página siguiente, colocando los números correspondientes tal como en este ejemplo.

EJEMPLO:

AMBIENTE es el conjunto de factores contextuales referidos tanto a lo climático como a lo arquitectónico propio del entorno de la persona (Ej. Ruidos, contaminación ambiental, lluvias, viento, etc.).

35. ¿Cuán importante es su AMBIENTE para su felicidad? 36. ¿Cuán satisfecho está Ud. con su AMBIENTE?

| | |
 No Importante Importante Muy Importante

| | | | |
 Muy Bastante Poco Poco Bastante Muy

AREAS	IMPORTANCIA			SATISFACCION					
	No imp.	Imp.	Muy imp.	Muy	Bast.	Poco	Poco	Bast.	Muy
1. Salud									
2. Autoestima									
3. Valores									
4. Religión									
5. Finanzas									
6. Trabajo									
7. Recreación									
8. Estudio									
9. Creatividad									
10. Solidaridad									
11. Amor									
12. Amigos									
13. Hijos									
14. Parientes									
15. Casa									
16. Vecindario									
17. Comunidad									
18. Ambiente									
	IMPORTANTE			INSATISFECHO			SATISFECHO		

Anexo III

Cuestionario MOS de apoyo social

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

1- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.?

(Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre)

Escriba el n° de amigos íntimos y familiares cercanos

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con que frecuencia Ud. dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

CUESTIONES: ¿Cuenta con ALGUIEN?	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Con quien pueda contar cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
4. Que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Que le lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
6. Que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Que le informe y ayude a entender la situación	1	2	3	4	5
9. En quien confiar o con quién hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Que le abrace	1	2	3	4	5
11. Con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Que le ayude en sus tareas domésticas si esta enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Con quién divertirse	1	2	3	4	5
19. Que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. A quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Anexo IV

Cuestionario socio-demográfico

Fecha: ____/____/____

Edad: ____

Sexo: Masculino____ Femenino____

Tiempo en diálisis: _____

Fecha de trasplante: ____/____/____

Tiempo de espera para trasplante: _____

Ocupación: _____

Estado civil: (Marcar una sola opción)

Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a Unión Civil Concubinato

Grupo de convivencia: (marque la/las opciones que corresponda)

Vive Solo/a Con los padres Pareja Amigos/as Hijos

Lugar de residencia: (Marcar una sola opción)

CABA Zona Norte Zona Sur Zona Oeste

Otros _____

Anexo V

Consentimiento informado

Soy estudiante del último año de la Licenciatura en Psicología en la Fundación Universidad Argentina de la Empresa (UADE) y como parte de mi Trabajo Final de Integración (TIF) estoy llevando a cabo un estudio cuyo objetivo es investigar la relación entre El Apoyo Social Percibido y la Calidad de Vida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal; por esta razón, se solicita su consentimiento, para dar cuenta de que entendió las instrucciones y de que participa voluntariamente en este estudio, en el cual deberá responder cuestionarios autoadministrables. El tiempo estimado de realización de los mismos es de 15 minutos.

La información que se recoja como parte de este estudio será confidencial y será utilizada sólo para los fines de esta investigación. Asimismo, Ud. podrá dejar de participar en este estudio si lo desea. Para las preguntas o dudas sobre este estudio pueden dirigirse a nfrosch@uade.edu.ar.

Por ello, yo acepto participar en esta investigación, y estoy informado/a del proceso de la participación en el estudio que se está llevando a cabo por la estudiante Nadia Frosch (D.N.I.: 32.145.994)

Firma

Aclaración

D.N.I.:

Fecha

Referencias

- Arechabala Mantuliz, M.C., Cantoni Salamanca, M.I., Palma Castro, E., Moyano Danus, F. & Barrios Araya, S. (2005). Redes sociales y apoyo social percibido en pacientes con hemodiálisis crónica. *Investigación y Educación en Enfermería*. 23 (2), 34-41. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215403003>
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support: concepts, measures, and models. *American Journal Community Psychology*. 14(4). 117-127. DOI: 10.1007/BF00922627
- Barros Higgins, L., Herazo Beltrán, Y. & Aroca Martínez, G. (2015). Calidad de Vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica. *Revista de la Facultad de Medicina*. 63 (4), 641-647. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63.n4.49805>
- Borroto Díaz, G., Almeida Hernández, J., Lorenzo Clemente, A., Alfonso Sat, F. & Guerrero Díaz, C. (2007). Percepción de la calidad de vida por enfermos sometidos a tratamientos de hemodiálisis o trasplante renal: Estudio comparativo. *Revista Cubana de Medicina*, 46(3). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232007000300004&lng=es&tlng=es
- Brito, T.R.P. & Pavarini S.C.I. (2012). The relationship between social support and functional capacity in elderly persons with cognitive alterations. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 20 (4), 677-678.
- Campos, C.J.G. & Turato, E.R. (2010). Tratamiento hemodialítico sob a ótica de doente renal: estudo clínico qualitativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 63 (5), 799-805.
- Capote -Leyva, E., Argudín-Selier, R., Mora-González, S.R., Capote- Pereira, L., Rupalé, I.L., Moret Hernández,(2015).Evaluación de la calidad de vida relacionada con salud en pacientes en hemodiálisis periódica utilizando el KDQOL-SFTM. *MediSur*, 13(4), 508-516. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000400007&lng=es&tlng=es.
- Cárdenas, D., Melenge, B., Pinilla, J., Carrillo, G & Chaparro L. (2010). Soporte social con el uso de las TIC para cuidadores de personas con enfermedad crónica: un estado del arte. *Aquichan*. 10 (3), 204-213.

- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American journal of Epidemiology*. 104 (2). 107-123. DOI: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112281>
- Castro, R., Campero, L. & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31 (4). 425-435. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000400012>.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*. 38. 300-314. DOI: 10.1097/00006842-197609000-00003
- Costa, G.M.A., Pinheiro, M.B.G.N., Medeiros, S.M.D., Costa, R.R.D.O. & Cossi, M.S. (2016). Calidad de Vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Enfermería Global*. 15 (43), 59-73. Recuperado en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300003&lng=es.
- Cunha Franco, L., Teles Zatta, L., Vasconcelos, P., Alves Barbosa, M., Santana Dos Santos, J.R. & De Oliveira Rosa, L.F. (2011). Evaluación de la calidad de vida de pacientes de insuficiencia renal crónica en diálisis renal. *Enfermería Global*. 10 (23), 158-164. DOI: 10.4321/s169561412011000300011.
- Da Silva S.M., Braido, N.F., Ottaviani, A.C., Dutra Gesualdo, G., Zazzetta, M.S. & De Souza Orlandi, F. (2016). Apoyo social de los adultos y ancianos con insuficiencia renal crónica en diálisis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 24 (e2752), 1-7. DOI: 10.1590/1518-8345.0411.2752
- García- Viniegras, C.R.V. & Rodríguez López, G. (2007). Calidad de vida en enfermos crónicos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 6(4). 2-9. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000400002&lng=es&tlng=es.
- Lalonde M. (1974) A new perspective on the health of Canadians. A working document. *Ottawa: Government of Canada*.
- Ledón Llanes, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública*. 37 (4), 488-499.
- Lin, L., Ku, P., Shu, H. & Lee, C. (2002). Quality of life and related factors of kidney transplantation recipients. *VGH Nursing*. 19 (3), 326-337.
- Malheiro Oliveira, P. & Arruda Soares, D. (2012). Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre calidad de vida. *Enfermería Global*. 11 (28). 257-275.

Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400014&lng=es&tlng=es.

- Martinez, M & Garcia, M. (1995). La perspectiva psicosocial en la conceptualización del apoyo social. *Revista de Psicología social*. 10 (1), 61-74.
- Medellin Olaya, J & Carrillo Gonzalez, G.M. (2014). Soporte social percibido y calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal. *Avances en enfermería*, 32 (2), 206-216. DOI: 10.15446/av.enferm.v32n2346099.
- Mikulic, I.M., (2004). Aportes del Inventario de Calidad de Vida Percibida y del Inventario de Respuestas de Afrontamiento a la Evaluación Psicológica. *UBA, Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / XII Anuario de Investigaciones / Año 2004*, 193-202.
- Naughton, M.J., Shumaker, S.A., Anderson, R.T. & Czajkowski, S.M. (1996). Psychological Aspects of Health- Related Quality of life Measurement: Test and Scales. *Quality of life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. 15. 117-131.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010. http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019. *OPS*. 1-64.
- Patrick, D. & Erickson, P. (1993). Health Policy, Quality of life: Health Care Evaluation and Resource Allocation. Editorial: Oxford University Press, New York.
- Pérez Acuña, C., Riquelme Hernández, G., Scharager Goldenberg, J. & Armijo Rodríguez, I. (2015). Relación entre calidad de vida y representación de enfermedad en personas con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*. 18(2).89-96.
- Peterson, V. & Weinert, C. (1987). Social support and the chronically ill individual. *Nursing Clinics of North America*. 22 (3), 613-621.
- Rebollo-Rubio, A., Morales-Asencio, J.M., Pons-Raventos, M.E., Mansilla-Francisco, J.J. (2015). Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionado con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. *Revista Nefrología*. 35 (1),92-109. DOI:10.3265/nefrología.pre2014.jul.12133
- Rodríguez Espínola, E.H.C, Rodríguez Espínola, S. (2007). Validación Argentina del Cuestionario Mos de Apoyo Social Percibido. *La revista Psicodebate Psicología*,

Cultura y Sociedad de la Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Palermo, 7,
155-168. DOI:<http://dx.doi.org/10.18682/pd.v7i0.433>

- Rodríguez Marín, J. (1993). Calidad de vida en enfermos crónicos. *Editorial: Promolibro. Valencia. España.*
- Rusa, S.G., Peripato, G.I., Lost Pavarini, S.C., Inouye, K., Zazzetta, M.S., de Souza Orlandi, F. (2014). Calidad de vida/espiritualidad, religión y creencias personales de adultos y ancianos renales crónicos en hemodiálisis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem. 22 (6).* 911-917. DOI: 10.1590/0104-1169.3595.2495
- Sampieri, R., Fernández, C. & Baptista, P.(2010) Metodología de la investigación (5ta. ed.). *Editorial: McGraw Hill. D.F., México*
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería, 9(2),* 09-21. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>
- Schwartzmann, L., Olaizola, I., Guerra, A., Dergazarian, S., Francolino, C., Porley, G. & Ceretti, T. (1999). Validación de un instrumento para medir calidad de vida en hemodiálisis crónica: perfil de impacto de la enfermedad. *Revista medica del Uruguay. 15 (2).* 103-109.
- Seidl, E.M.F. & Tróccoli B.T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/AIDS. *Psicol: Teor pesq. 22 (3),* 317-326.
- Spitzer, W.O. (1998). State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. *Journal of Chronicle Diseases. 40 (6),* 465-471.
- Tardy, C. (1985). Social Support measurement. *American Journal Community Pshycology. 13 (2).* 27-36. DOI: 10.1007/BF00905728
- The WHOQOL Group, (1995). The World Health Organization quality of life assessment. *Society of science and medicine. 10 (1),* 1403-1409.
- Urzúa M, Alfonso, & Caqueo-Urizar, Alejandra. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica, 30(1),* 61-71. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- Villar Aguirre, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana. 28(4),* 237-241.
- Walker, S.R. & Rosser, R.M. (1987). Quality of life: Assessment and Application. *Editorial: MTP press Ltd., Lancaster. Inglaterra.*