



FACULTAD DE

CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA

“APOYO SOCIAL Y FASES PSICOLÓGICAS DE
DUELO QUE ATRAVIESA EL PACIENTE EN
TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN TRES
CLÍNICAS DE TRUJILLO”

Tesis para optar el título profesional de:

Licenciada en Psicología

Autora:

Fiorella Cecilia Arana Tejada
Carol Stephani Rojas Sevillano

Asesora:

Ma. Romy Angélica Díaz Fernández

Trujillo – Perú
2018

APROBACIÓN DE LA TESIS

El (La) asesor(a) y los miembros del jurado evaluador asignados, **APRUEBAN** la tesis desarrollada por el (las) Bachilleres **Fiorella Cecilia Arana Tejada y Carol Stephani Rojas Sevillano**, denominada:

**“APOYO SOCIAL Y FASES PSICOLÓGICAS DE DUELO QUE ATRAVIESA EL
PACIENTE EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN TRES CLÍNICAS DE
TRUJILLO”**

Ma. Romy Angélica Díaz Fernández
ASESOR

Ma. César Vásquez Olcese
JURADO
PRESIDENTE

Lic. Paulo Florián Arana
JURADO

Ma. Tania Valdivia Morales
JURADO

DEDICATORIA

A Dios, por la vida, por darnos su fuerza y apoyo para cumplir nuestros sueños.

A nuestras familias, por su paciencia, ánimo, amor y su apoyo incondicional en este hermoso camino.

A nuestros amigos, por ser nuestra segunda familia y acompañarnos durante esta travesía.

A aquellos ángeles que nos cuidan y ayudan a ser mejores cada día.

AGRADECIMIENTO

A los pacientes por su apoyo y carisma, por cada historia de vida que compartieron con nosotras y por su ejemplo de valentía. Los llevaremos siempre en nuestro corazón.

A cada una de las instituciones que nos abrieron las puertas para la realización de la presente investigación. Gracias por su cordialidad y por habernos mostrado parte de su trabajo.

A nuestra asesora Dra. Romy Díaz por asumir el compromiso de acompañarnos en la culminación de una etapa importante en nuestra vida universitaria. Gracias por su tiempo, dedicación y esfuerzo.

A nuestra docente Dra. Karla Azabache, por entregar su paciencia, amabilidad, dedicación, pasión y cariño. Gracias por creer en nosotras e impulsarnos a dar lo mejor.

A la Dra. Gina Chávez, por impulsarnos a realizar algo nuevo y por ayudarnos a sentar las bases de algo grande e importante para nuestras vidas. Por su confianza y amistad, siempre llevaremos con nosotras sus enseñanzas.

A todas las personas que pudieron colaborar, para que este sueño se haga realidad: Lic. Leslie Gutiérrez, Miss Gipsy Tacure, Deyvi Baca, Ornella Raymundo, docentes de nuestra universidad y otros profesionales.

DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE FIGURAS.....	v
RESUMEN.....	v
ABSTRACT	v
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO.....	15
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA	27
CAPÍTULO 4. RESULTADOS.....	37
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN	41
CONCLUSIONES.....	46
RECOMENDACIONES.....	47
REFERENCIAS	48
ANEXOS	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de las Variables.....	27
Tabla 2: Correlación entre el indicador apoyo informacional con las fases psicológicas de duelo que atraviesan los pacientes en tratamiento de hemodiálisis en tres clínicas de Trujillo.....	37
Tabla 3: Correlación entre el indicador apoyo emocional con las fases psicológicas de duelo que atraviesan los pacientes en tratamiento de hemodiálisis en tres clínicas de Trujillo.....	38
Tabla 4: Correlación entre el indicador apoyo instrumental con las fases psicológicas de duelo que atraviesan los pacientes en tratamiento de hemodiálisis en tres clínicas de Trujillo.....	39
Tabla 5: Correlación entre el tamaño de la red social con las fases psicológicas de duelo que atraviesan los pacientes en tratamiento de hemodiálisis en tres clínicas de Trujillo.....	40
Tabla 6: Estadísticos descriptivos y correlaciones entre ítems del Cuestionario de Apoyo Social Percibido.....	59
Tabla 7: Estimaciones del modelo de tres factores del Apoyo Social Percibido.....	61
Tabla 8: Estimaciones del modelo de cinco factores de la Escala de Actitudes Frente a la Enfermedad en pacientes con cáncer (AFEP).....	63

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Diagrama sobre el tipo de investigación</i>	31
Figura 2. <i>Diagrama de senderos del Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS)</i>	60
Figura 3. <i>Diagrama de senderos de la Escala de Actitudes Frente a la Enfermedad en pacientes con cáncer (AFEP)</i>	62

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre las funciones de apoyo social y las fases psicológicas de duelo que atraviesa el paciente en tratamiento de hemodiálisis en tres clínicas de Trujillo. El estudio fue de naturaleza no experimental de tipo trasversal correlacional. La población fue conformada por 253 pacientes que atraviesan el tratamiento de hemodiálisis y la muestra por 153 pacientes quienes presentaban como mínimo tres meses de enfermedad, que regularmente asistían al tratamiento de tres veces por semana y que eran mayores de 18 años. Los instrumentos utilizados fueron: El cuestionario MOS de apoyo social percibido (MOS) y la escala de actitudes frente a la enfermedad en pacientes con cáncer (AFEP), ambos validados para la presente investigación. Se encontró correlación directa entre las funciones de apoyo social: informacional, emocional e instrumental y el tamaño de la red social con la fase de aceptación; y correlaciones inversas con las fases negación, enojo, regateo y depresión. Cada una de ellas con tamaño del efecto que varía entre trivial a pequeño. Finalmente se concluyó, que existe correlación entre ambas variables, una directa y cuatro inversas.

Palabras clave: Apoyo social; Fases psicológicas de duelo; Paciente en tratamiento de hemodiálisis.

ABSTRACT

The present investigation had as main objective to establish the relationship between the social support functions and the psychological phases of grief in patients who goes through in hemodialysis treatment from three clinics in Trujillo. The study had of a non-experimental nature and a cross-correlation type. The population consisted for 253 patients who go through in hemodialysis treatment and the sample for 153 patients, who presented as minimum three months of disease, regularly attend to the treatment three times at week and who are over 18 years of age. The instruments used were: The MOS questionnaire of perceived social support and The attitudes towards the disease scale in patients with cancer (AFEP), both validated for the present investigation. A direct correlation was found between the social support functions: informational, emotional and instrumental and the size of the social network with the acceptance phase; and inverse correlations with the phases of denial, anger, bargaining and depression. Each of them with effect size that varies between trivial and small. Finally, it was concluded that there is a correlation between both variables, one direct y four inverses.

Keywords: Social support; Psychological phases of grief; Patient in hemodialysis treatment.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

En la actualidad, existen diferentes enfermedades que afectan el buen funcionamiento de los órganos del cuerpo humano, uno de ellos son los riñones. Estos son órganos que cumplen una labor específica en el organismo y, cuando se presentan situaciones que perjudican su buen funcionamiento, las personas deben recurrir a realizar procedimientos que sustituyan su labor, entre ellos encontramos la hemodiálisis (Contreras, 2011). La hemodiálisis, es el tratamiento al que se somete una persona que posee una enfermedad renal terminal (López, 2007). Las personas que atraviesan este proceso también pasan por una serie de fases psicológicas de duelo que, tal como lo menciona Kubler –Ross (2017), son aquellas que buscan generar una defensa a través de las reacciones emocionales emitidas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente el 10% de personas en el mundo, sufre de la enfermedad renal crónica (OPS/OMS, 2015). En Estados Unidos más de 661000 personas poseen insuficiencia renal; asimismo 468000 del mismo grupo de estudio realizan el tratamiento de hemodiálisis y cerca de 193000 personas recibieron un trasplante de riñón (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2016).

Asimismo, otros datos internacionales muestran que la incidencia de esta enfermedad aumenta, disminuye o se mantiene estable en algunos países; por ejemplo, en Taiwán 247000 personas por millón en el año 2009, mientras que cifras de 22025 personas, son reportados en Japón y Estados Unidos respectivamente (United States Renal Data System, 2009).

Por otro lado, en nuestro país según el Ministerio de Salud (2015), por no haber estudios que señalen la prevalencia de la enfermedad renal crónica en el Perú (ERC), se hizo uso de la encuesta NHANES que fue elaborada en los Estados Unidos para lograr aproximaciones, donde cerca de 19197 personas poseían la ERC. En una investigación con personas mayores de 35 años, se detalla una prevalencia de la ERC de 16,8%, obteniendo un alto de casos en adultos mayores, mujeres, consumidores de alcohol, población con menos grado de instrucción, hipertensos y diabéticos (MINSA, 2015).

Sin embargo, datos presentados por el Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud) indican que dos millones y medio de pacientes, estarían presentando daño renal crónico en alguna de sus etapas; asimismo, se considera que la diabetes y la hipertensión arterial, podrían causar este daño (EsSalud, 2014).

Al padecer la enfermedad renal crónica se produce un cambio en el funcionamiento biológico, así como también en el acontecer diario del paciente, esto evidenciado en su alimentación, la rutina que debe asumir para su tratamiento, etc.; generando un impacto directo en su calidad de vida (Rebollo – Rubio, Morales – Ascencio, Pons – Raventos y Mansilla – Francisco, 2015).

Dada la muestra representativa mencionada en las estadísticas, se establece que existe un porcentaje de pacientes que, al tener alterado el buen funcionamiento de su organismo, generan necesidades, entre ellas tener una red social que brinde un soporte necesario en el proceso; puesto que el ser humano es un ente social, y las relaciones que establezca generan un efecto en él. Frente a ello, dichos pacientes necesitan conseguir un apoyo social, para afrontar y aceptar de manera adecuada la enfermedad (McClellan, Stanwyck y Anson, 1993). Sin embargo, cuando el apoyo social no se encuentra presente, el paciente posee menos probabilidades de ajustarse al nuevo estilo de vida relacionado a su enfermedad (Barra, 2004). Del mismo modo, las personas, al no contar con un soporte, experimentan angustia y alteraciones en sus aspiraciones o metas (Valencia, 2006).

Así también, al asumir la enfermedad terminal, el enfermo reconoce tener poco control sobre su salud, procede a hospitalizarse y dejar el control a manos de terceros. Esto de por sí ya es una pérdida, que evidentemente va a desencadenar consecuencias como sentimientos de inutilidad, incapacidad, e incomunicación (Barreto y Bayes, 1990).

Asimismo, estos pacientes reconocen estar sufriendo múltiples pérdidas, entre ellas la función en su rol familiar, en su trabajo, en sus habilidades físicas, en su funcionamiento sexual, etc. (Alarcón, 2004). Este reconocimiento va a generar una serie de respuestas como la negación, puesto que tratan de evadir el pensar la situación que están viviendo, que puede ser considerada como difícil de atravesar (Hernández, 2007). Otra de ellas es el enojo, donde los pacientes sienten que existe una injusticia, debido a que no conciben por qué él tiene que estar atravesando esa enfermedad (Zubieta, 2016).

Luego, pasan por la fase de regateo, en la cual la persona elabora promesas por aliviar la culpa que está sintiendo, por no haber actuado de manera adecuada en relación a su salud (Corral, Matellanes y Pérez, 2007). Posteriormente, llegan a la fase de depresión, donde los pacientes se caracterizan por tener tristeza, desgano, desinterés, desesperanza, etc (Hernández, 2007). La última fase que atraviesa el paciente es aceptación, empieza a experimentar resignación, y acata la idea de que tiene que vivir con la enfermedad (Zubieta, 2016).

Esta realidad no es ajena en la ciudad de Trujillo, perteneciente a la región La Libertad, donde se encontró que dentro de las atenciones que son dadas en consulta externa por alguna enfermedad renal, existe una predominancia de la insuficiencia renal crónica en más del 30% (MINSA, 2015); es por ello, que se genera una necesidad por investigar al respecto.

1.2. Formulación del problema

¿Existe relación entre las funciones del apoyo social y las fases psicológicas de duelo que atraviesa el paciente en tratamiento de hemodiálisis en tres clínicas de Trujillo?

1.3. Justificación

Los fenómenos apoyo social y fases psicológicas de duelo son temas con relevancia en las últimas décadas, que no han sido estudiados conjuntamente, y que reflejan el interés sobre temas psicológicos orientados en el ámbito clínico. Es por ello que nuestra investigación es conveniente, puesto que busca obtener una perspectiva más clara sobre la relación del apoyo social en estos pacientes, que atraviesan fases psicológicas de duelo durante el tratamiento de hemodiálisis.

Asimismo, la presente investigación, intenta brindar una nueva perspectiva para la intervención que realice el profesional, donde tome en cuenta la importancia del rol de la red social de este paciente. Este profesional es una de las personas que juega un papel fundamental durante el tratamiento del enfermo terminal es el psicólogo, él se encargará de tratar el impacto que se ocasionó por la transformación de la vida del paciente; el sujeto en tratamiento puede presentar dificultades en la esfera emocional, y en la esfera cognitiva que

el psicólogo debe atender abordando de manera oportuna y eficaz la presencia de estos efectos. (Pérez, 2010).

De igual manera, el estudio es importante porque posee relevancia social, debido a que aportará a ser un antecedente que impulse a más investigaciones posteriores. Así como también beneficiará a una población que posee una enfermedad, que si bien es cierto no ocupa un porcentaje alto en comparación con algunas otras, cada día toma más importancia para ser estudiada.

Del mismo modo, tiene implicancias prácticas, puesto que la realidad de los pacientes es distinta, donde se encuentra presente y ausente el apoyo social; es por eso que el presente estudio buscará obtener información para establecer si existe alguna diferencia en las fases psicológicas cuando se presente o no este fenómeno, y la forma en que se puede intervenir frente a esto.

De igual forma, tiene un aporte teórico, ya que ampliará cada una de las teorías, por un lado a las fases psicológicas que han sido estudiadas en pacientes con otras enfermedades y en donde no se han visto influenciadas por el apoyo social, y por el otro, apoyará o no a la teoría que establece la importancia del apoyo social en un paciente con una enfermedad renal terminal.

Finalmente, nuestra investigación, generará un aporte metodológico, puesto que se realizará la adaptación de dos de los instrumentos que utilizaremos, los cuales ofrecerán un beneficio a futuras investigaciones que se efectúen en esta población.

1.4. Limitación

Los resultados de la presente investigación, no se pueden generalizar a otras poblaciones que no cuenten con las características de la muestra.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Determinar la relación entre las funciones del apoyo social y las fases psicológicas de duelo que atraviesa el paciente en tratamiento de hemodiálisis en tres clínicas de Trujillo.

1.5.2. Objetivos específicos

Establecer la relación entre la función apoyo informacional y las fases psicológicas de duelo que atraviesa el paciente en tratamiento de hemodiálisis en tres clínicas de Trujillo.

Establecer la relación entre la función apoyo emocional y las fases psicológicas de duelo que atraviesa el paciente en tratamiento de hemodiálisis en tres clínicas de Trujillo.

Establecer la relación entre la función apoyo instrumental y las fases psicológicas de duelo que atraviesa el paciente en tratamiento de hemodiálisis en tres clínicas de Trujillo.

Identificar la relación entre el tamaño de la red social y las fases psicológicas de duelo que atraviesa el paciente en tratamiento de hemodiálisis en tres clínicas de Trujillo.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Internacional

Da Silva et al. (2016) realizaron un estudio con el propósito de determinar el soporte social instrumental y emocional de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis. Fue descriptivo, con la participación de 103 enfermos en tratamiento en una Unidad de Terapia de Reemplazo Renal. Asimismo, se utilizó un Cuestionario de Caracterización Sociodemográfica y Clínica y la Escala de apoyo social para los sujetos que poseen el VIH. Finalmente, se comprobó la presencia de soporte social instrumental y emocional en los enfermos con ERC. Del mismo modo, se encontró que la familia es la principal fuente de apoyo para llevar la enfermedad.

Pérez (2011) desarrolló un estudio con la finalidad de determinar la relación que se presenta entre el estado emocional, el registro nutricional y la respuesta clínica de un enfermo con IRC terminal que se halla en hemodiálisis. Fue cualitativa y cuantitativa de casos y controles en una muestra de 25 sujetos de distintos géneros, quienes presentaban un tratamiento de hemodiálisis de la clínica CONTIGO de la ciudad de Tena, Ecuador. Por otro lado, se usó la historia clínica, los test psicológicos y exámenes de laboratorio para el estudio. Finalmente, se determinó que para que el tratamiento sea eficaz, debe ser importante el rol del soporte psicoemocional, tomando en cuenta que para lograr que el paciente reconozca la enfermedad y ulteriormente la autodisciplina es fundamental el importante el elemento social.

Robles et al. (2009) realizaron una investigación con el fin de establecer la relación entre la presencia y severidad de depresión y ansiedad con el perfil de afectividad y soporte social en mujeres con cáncer de mama. Se contó con una muestra de 235 pacientes que presentaron un diagnóstico de cáncer de mama. Se utilizó la Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad HADS, Escalas de Afectividad Positiva y Negativa PANAS y el Cuestionario de apoyo social SSQ-6. Finalmente, se obtuvo la relación entre el papel de la

familia en los pacientes que presentaban depresión, y como la presencia de este soporte ayudaba a que los pacientes no desarrollen depresión y ansiedad.

Nacional

García (2013) desarrolló una investigación donde buscaba comparar el soporte social en un grupo de adultos diabéticos no insulino dependientes que pertenece a un club de apoyo y uno que no pertenece. La muestra con la que contó fue de 30 diabéticos no insulino dependientes que pertenecen a un club de apoyo y 26 que no pertenecen. Para realizar el estudio se hizo uso del Inventario de Entrevista de Soporte Social de Arizona (IESSA), así como una ficha de datos sociodemográficos. Finalmente, se concluyó que en los adultos que no forman parte de un grupo de apoyo se hallan diferencias frente a los que, si forman parte de este, respecto a las funciones de soporte social como consejo e información, asistencia e interacción negativa efectiva. Asimismo, se encontró que, si la red social es mayor, es decir cuenta con un mayor número de personas, se refleja un mayor soporte social percibido y efectivo.

Local

Baca (2013), realizó un estudio que buscaba establecer la relación sobre la resiliencia y el apoyo social percibido. Todo ello, en pacientes oncológicos que asisten a un hospital de Trujillo. Las características de la investigación fue ser de diseño trasversal y de tipo correlacional. Se contó con una muestra de 100 pacientes con cáncer. Se utilizaron la escala de resiliencia de Wagnild y Young y el cuestionario MOS de apoyo social percibido. Al finalizar, se obtuvo que existía una correlación directa entre ambas variables; el tipo de cáncer influyó en que se presenten discrepancias en relación al apoyo social que sentían que se estaba recibiendo.

Raymundo y Ayala (2011) desarrollaron un estudio donde se buscó estudiar la relación entre el impacto del tratamiento y las fases psicológicas que atraviesa el paciente con cáncer. Fue descriptivo correlacional, y se contó con una muestra de 60 pacientes cuyas edades se encontraban entre 20 a 70 años, además de afrontaban alguno de los tipos de cáncer. Para el desarrollo de la investigación se hizo uso de la Escala de Actitudes frente a la Enfermedad en pacientes con cáncer (AFEP), además de la Escala de Evaluación funcional de la Terapia de Cáncer. Finalmente, se concluyó que la influencia del tratamiento y la enfermedad sobre la calidad de vida del paciente posee aspectos que se correlacionan de manera directa con cada etapa psicológica del enfermo, por ejemplo, el estado físico general con la negación, enojo y depresión; el ambiente familiar y social con aceptación; el estado emocional con todas las fases psicológicas y la capacidad de funcionamiento con enojo y depresión.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Apoyo Social

2.2.1.1. Antecedentes Históricos

La terminación “Apoyo social” cobra relevancia en los años 60 y 70 teniendo como soporte el trabajo del sociólogo Emile Durkheim quien resaltó la importancia de las relaciones interpersonales en la salud, al finalizar el siglo XIX (Reyes, 2003). Él, establece la relación que existe entre el apoyo social y las enfermedades, a través de sus investigaciones en el comportamiento autodestructivo y el suicidio; donde en su trabajo “El suicidio”, se determinó dos fuentes de apoyo: el matrimonio y la conformación a grupos religiosos, que contribuían en la protección de los comportamientos autodestructivos; asimismo, las relaciones que se formaban, tenían un impacto positivo en conseguir la adaptación adecuada del individuo (Landete y Breva, 2000).

2.2.1.2. Teorías del Apoyo Social

a) La teoría del efecto directo o principal

Se considera que a mayor presencia de apoyo social la aparición de dificultades psicológicas no se presentará con gran intensidad, y la poca presencia de apoyo fomentará una mayor presencia de fenómenos psicológicos que dificulten el sentir de bienestar; es decir que el postulado propone que el apoyo social ejerce un efecto directo en el bienestar, repercutiendo en la salud, indistintamente si hay niveles de estrés o no, ya que se concibe que el apoyo social tiene un poder independiente (Barrón, 1996).

b) La teoría del efecto protector o amortiguador

En esta teoría se postula que los estresores tienen efectos nocivos cuando las personas que se enfrentan a ellos no están dotadas de apoyo social; no obstante, cuando la persona que recibe el apoyo no está enfrentándose al estrés, el apoyo social se anticipará a protegerlo de los efectos de este y mitigar el impacto de su aparición.

2.2.1.3. Definición conceptual

El apoyo social, hace referencia a las funciones y la estructura que se da en las relaciones interpersonales que se ejerce con otros (Sherbourne y Stewart, 1991). Asimismo, son considerados cada uno de los recursos que ofrecen las otras personas a un individuo (Cohen y Syme, 1985).

Por otro lado, el término apoyo social, tal como menciona Barrón (1996), presenta niveles de análisis, entre los que encontramos el nivel comunitario, que hace referencia a la integración que tienen las personas hacia distintos grupos donde interactúan y adoptan roles; el segundo nivel es el de las redes sociales, que son las relaciones que hay con otros y las relaciones que se establecen con ellos; y el último son las relaciones

íntimas, que son los intercambios de unos a otros cuya finalidad es el bienestar bilateral.

De igual manera, numerosos autores catalogan al apoyo social como “Red Social”, haciendo referencia a un grupo de individuos que tienen consideración y comprenden al sujeto en momentos de tensión (Hogg y Graham, 2008). Es importante mencionar que no se trata de solo poseer una red social, sino que con ella se establezca relaciones donde se brinde apoyo emocional, informacional y material, una red social que posee muchos integrantes, es decir que haya una fuerte presencia del soporte social, este implica que la persona va a sentirse fortalecida y tendrá un sentido reforzante y positivo en vida (Valero, 2002).

2.2.1.4. Dimensiones

Es importante mencionar que el apoyo social se puede estudiar desde diferentes perspectivas, una de ellas es la perspectiva funcional, la cual analiza la labor que cumple la red social, en términos de la tarea que ofrece y, por otro lado, los bienes que pueden ser tanto tangibles, como dinero o cosas, o simbólicos como amor, información, escucha, etc. (Barrón, 1996).

Si bien es cierto existen muchas propuestas en relación a las dimensiones que abarca el apoyo social; Morales, Gaviria, Moya y Cuadrado (2007) proponen algunas como fundamentales: apoyo emocional, apoyo instrumental e informativo.

El apoyo emocional, comprende la consideración, el aprecio y la confianza que genera el soporte social hacia la persona, teniendo en cuenta que este puede tener efectos positivos ante la aparición de un elemento que causa estrés en el individuo (Morales, Gaviria, Moya y Cuadrado, 2007).

Asimismo, el apoyo instrumental, hace referencia a toda ayuda tangible y que va a disminuir el estrés siempre y cuando esté relacionada con el elemento estresor; y el apoyo informativo, que hace referencia a las recomendaciones y opiniones que el soporte social brinda, que influye en la salud y evita que quien reciba el apoyo se enfrente

a situaciones que pueden ser perjudiciales para sí mismo (Morales, Gaviria, Moya y Cuadrado, 2007)

Por otro lado, el apoyo social presenta características en su aspecto estructural, dividiéndolos en tamaño, alusivo a la cantidad de individuos que forman parte de la red social y que está directamente relacionada con la presencia de algún problema mental, puesto que a mayor número de personas que conformen la red, menor prevalencia de enfermedades aparecerán; densidad, haciendo hincapié en la interrelación entre las personas que componen la red social indistintamente del sujeto central; reciprocidad, la forma en que los bienes o medios de la red son compartidos de manera igualitaria entre las personas que forman parte de la red (Fernández, 2005).

Además, está el parentesco, donde se menciona el grado de afinidad entre las personas que conforman la red, y que demostrará la forma de adaptarse a las dificultades; y homogeneidad, que se relaciona a la igualdad entre los individuos de la red social en aspectos tales como: valores, costumbres, hábitos, etc. (Fernández, 2005).

2.2.1.5. Enfermedad Terminal y Red Social

Es importante determinar, que tanto el paciente como la familia reciben un impacto ante presencia de la enfermedad. El cuidador viene a ser parte del apoyo social del paciente ya que ejerce un papel importante en el cuidado de la salud del enfermo, así como también en el proceso de tratamiento que este lleva consigo. El cuidado que se le otorga al paciente proviene en un 80% del cuidador, ya que es él quien convive con el paciente; esta persona va transmitir al paciente ayuda en sus actividades diarias, soporte emocional, social y organizara el cuidado sanitario que el enfermo necesita (Lewis, Heitkemper y Dirksen, 2004).

El paciente es un miembro del sistema familiar y cuando este padece una enfermedad grave o incurable, la familia va a sufriendo cambios, pero si bien es cierto las reacciones suelen ser diferentes en cada uno de los miembros, los efectos que comúnmente se dan en todo el sistema es el agotamiento por el acompañamiento que deben ejercer, además de presentar inconvenientes en su comunicación (Limonero, 1996).

2.2.2. Fases Psicológicas de duelo

2.2.2.1. Enfoque tanatológico

La palabra Tanatología proviene de dos vocablos donde “Thanatos” hace referencia a la “muerte” y “Logos” que en muchas ocasiones se le concibe como estudio; sin embargo, los filósofos de aquellas épocas hacían referencia a “sentido”; conjuntamente la palabra significa la ciencia que busca ofrecer un sentido al proceso de la muerte (Bravo, 2006).

Elias Metchnikoff acuñó el término de “Tanatología” y comenzó estudios con respecto a la muerte, orientado hacia labor de las leyes y la medicina, estudiando cadáveres; más adelante existieron publicaciones como las de Eissler titulada “El psiquiatra y el paciente moribundo” y Kubler – Ross quien postulaba que durante el proceso que conlleva la muerte la persona atraviesa distintos fenómenos psicológicos (Behar, 2003).

Es ahí, que alrededor del año de 1991, la Dra. Elizabeth Kübler - Ross, empezó a describir aquellas fases psicológicas que se presentan en los individuos con una enfermedad terminal, y define a la tanatología, como aquella que atiende al enfermo moribundo, convirtiéndose en la fundadora de la ciencia; asimismo, gracias a su trabajo, se considera a estas personas en estado terminal, apreciadas para la comunidad y las conduce a vivir de manera grata y sin dolor alguno (Domínguez, 2009).

En la actualidad la concepción de Tanatología comprende los fenómenos que anteceden y preceden a la muerte, así como ámbitos como el biológico, psicológico, social, espiritual, y esta es la razón que abarque una labor de distintos profesionales como médicos, psicólogos, etc. (Polo, 2006).

2.2.2.2. Definición Conceptual

Cuando una persona asume la pérdida de su salud y adquiere una enfermedad desde un aspecto integral, es decir hay un grado de afectación tanto en la esfera física como emocional, estas dos partes mantienen una relación directa por lo tanto se establece que un problema emocional podría tener influencia en un problema físico y viceversa (Ospina, 2000). Ante esto se busca entender que es lo que sucede en la esfera

psicológica cuando el paciente adquiere una enfermedad sobre todo si esta es terminal.

Kübler – Ross en sus diferentes libros elabora la propuesta para poder entender las fases psicológicas de duelo que atraviesa el paciente en estado terminal, a través de sus estudios describió estas etapas donde se establece que en cada una de ellas el paciente asume actitudes frente al estado en el que se encuentra.

Las cinco etapas de duelo son aquellas que ayudan a vivir cuando la persona enfrenta situaciones de pérdida, favorecen la identificación los sentimientos que se experimentan en estos momentos; estas fases no son una línea en la que necesariamente el individuo atraviesa una etapa en un orden específico (Kübler – Ross y Kessler, 2005).

2.2.2.3. Etapas de las Fases Psicológicas de duelo

Cuando la persona atraviesa por una enfermedad renal, presenta diversas sensaciones como cólera, tristeza y desilusión que en muchas ocasiones son difícilmente entendidos y reconocidos por este y sus familias; algunos aceptan que van a poseer esta enfermedad de por vida, sin embargo, existen otros sujetos que se les dificulta adaptarse a los retos que la enfermedad demanda (Cassaretto y Paredes, 2006).

Según Kübler – Ross (2017), las cinco fases que atraviesa un paciente terminal son: Negación, los pacientes en esta etapa adoptan un mecanismo que se exime de ver la realidad sobre su estado, en estos momentos es cuando el paciente solicita nuevas perspectivas médicas, que se realicen otra vez los análisis, no pudiendo creer que lo que se le informa, o lo que concluyo después de que nadie se lo diga, sea cierto; asimismo, propone una perspectiva más adecuada para focalizar la etapa de negación, donde este es un mecanismo que amortigua después de recibir una noticia de gran relevancia sobre su estado de salud, este espacio de tiempo permite que el sujeto se vaya recuperando para poder adoptar otras defensas para la situación que está atravesando.

La pérdida inminente de su vida es recibida como una amenaza es por eso que la persona tiende a adoptar un mecanismo para hacer frente; en algunos casos el paciente

puede adoptar la negación hasta el final, es por ello que se recomienda respeto hacia esa postura hasta que la persona se encuentre lista para afrontarla (Ospina, 2000).

Asimismo, encontramos el enojo, que surge cuando el mantenimiento de la primera fase no se puede alargar más y el paciente comienza a reconocer que su estado de salud no es una equivocación, asimismo en esta etapa se adopta diversos sentimientos como ira, rabia, envidia, y resentimiento; entre las actitudes que se pueden ejecutar, están: cuestionar y quejarse de la labor del médico o las enfermeras, recibir a su familia con muy poca emoción, etc. (Kübler – Ross, 2017).

Por otra parte, otros autores como Miaja y Moral (2013), pueden agregar que la ira puede estar dirigida a dos objetivos, el primero es todo lo que atribuya responsabilidad en la enfermedad y lo considerado sano por el mismo (personal médico, miembros de la familia, amigos, Dios, etc.).

La tercera fase se le conoce como regateo, también denominado pacto, es la fase donde el paciente adopta actitudes de mejor comportamiento ya que es de su conocimiento que puede obtener beneficios en relación a la situación en la que esta; es querer alargar los hechos inevitables, el deseo de obtener algo a cambio de su buena actitud, estableciendo un determinado límite de tiempo, y finalmente prometer no solicitar nada más si se alarga el plazo para que los hechos que tienen que suceder se den (Kübler – Ross, 2017). Este pacto se va a establecer con quienes el sujeto evidencio su ira, el paciente comienza a verlos como personas que desean que se recupere, y es por eso que este promete que realizara cosas para poder lograr la recuperación (Miaja y Moral, 2013).

Por otra parte, encontramos la depresión, aquella etapa que se establece cuando el paciente comienza a reconocer la situación de tratamiento, las múltiples intervenciones a las que se somete, que no le permiten dejar de ver su estado de salud; asimismo los cambios a los que se tiene que someter puesto que su estado de salud va a generar cambios en su economía, en el empleo que solía ejercer o cambios en la dinámica familiar (Kübler – Ross, 2017).

En la quinta fase, encontramos la aceptación, en la cual el paciente se sume en un estado de tranquilidad, entiende el destino que le espera y este no lo hace sentir triste ni molesto porque ya ha atravesado vivido alguna de las etapas anteriores, por ende asume una actitud que no es de felicidad ni de pesimismo o abandono, es un momento caracterizado por una necesidad de descanso (Kübler – Ross, 2017).

Del mismo modo, cuando hablan de la aceptación en personas que asumen tratamientos que se extienden por el periodo que les queda de vida, el paciente asume la situación en la que se encuentra y comienza a esforzarse para poder sobrevivir, dejando atrás las actitudes que desencadenaban las fases anteriores (Miaja y Moral, 2013).

2.2.3. Enfermedad renal crónica

2.2.3.1. Definición

La enfermedad renal terminal, hace mención a la reducción de la labor de los riñones de forma que definitiva y fija (Arias, Aller, Arias y Aldamendi, 2000); puesto que los riñones ya no pueden desarrollar sus funciones como depurar desechos del organismo, tener un control en la cantidad de líquidos del cuerpo, manejar una buena presión arterial, elaborar y conservación de glóbulos rojos, además nivelación de calcio y fosforo, aceptables (Contreras, Espinoza y Esguerra, 2008).

Ello exige que el paciente se someta a procesos que lo ayuden a sustituir las funciones del riñón entre ellos la hemodiálisis o el trasplante de órgano (Avendaño, 2009). Cuando hacemos referencia a la IRC, nos referimos al último estadio de diferentes afecciones, que repercuten en el riñón, estas pueden ser procesos vinculados con este órgano u otras patologías que afectan a otras partes del cuerpo (Arias, et al., 2000). Debido a que, tiene una distinción con la enfermedad renal crónica, que consiste en la disminución gradual, avanzada y definitiva del riñón, que se presenta por lo menos después de 3 meses (Aragoncillo, Yuste, Bucalo, Rincón, Tejedor, Vega, 2014).

Por otra parte, se presentan diversos tratamientos como la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante renal, que ayudan a disminuir los signos y síntomas de la enfermedad, y que el paciente lleve una mejor calidad de vida (Acosta, Chaparro, Rey, 2008).

a) Hemodiálisis

Esta intervención se aplica cuando los niveles de creatinina del paciente están por encima de lo normal, donde se coloca al enfermo un catéter peritoneal, que va a jugar el papel de intermediario para que ingrese y se elimine un líquido, con el fin de desechar residuos como la urea y la creatinina ; asimismo puede cumplir el rol de normalizar los niveles de agua que se crean por la contención de líquidos, esto producto de que los órganos no funcionen con normalidad y ya no puedan cumplir su labor (López, 2007). Otro de los mecanismos que ayudan a poder realizar el proceso de diálisis la fistula, donde para poder iniciar el tratamiento, la persona que padece la enfermedad debe realizarse una intervención donde los especialistas le insertaran este elemento, cuyo objetivo es poder conectar al enfermo a la máquina (Pérez, 2010). Este proceso se ejecuta 3 veces por semana de 3 a 5 horas por cada sesión (Acosta, et al., 2008).

b) Otros procedimientos

Por otra parte, también existen otros procedimientos que ayudan a la eliminación de residuos urémicos con gran carga atómica y que contribuye a un bienestar en el paciente; dentro de estas se presenta la diálisis peritoneal donde el fluido de la diálisis se transporta por un catéter en el abdomen del paciente por una barrera natural: el peritoneo, la plasmaféresis que hace referencia al procedimiento donde la sangre transcurre por un filtro que la limpia, y finalmente encontramos el trasplante renal que se refiere a la técnica que le permite al paciente retomar el riñón con sus cuatro funciones y que favorece a una mejor condición en el paciente (Aragoncillo, et al., 2014).

2.3. Hipótesis

2.3.1. General

Las funciones del apoyo social se relacionan con las fases psicológicas de duelo que atraviesa el paciente en tratamiento de hemodiálisis en tres clínicas de Trujillo.

2.3.2. Específicas

La función de apoyo informacional se relaciona con las fases psicológicas de duelo (negación, enojo, regateo, depresión y aceptación) que atraviesa el paciente en tratamiento de hemodiálisis en tres clínicas de Trujillo.

La función de apoyo emocional se relaciona con las fases psicológicas de duelo (negación, enojo, regateo, depresión y aceptación) que atraviesa el paciente en tratamiento de hemodiálisis en tres clínicas de Trujillo.

La función de apoyo instrumental se relaciona con las fases psicológicas (negación, enojo, regateo, depresión y aceptación) que atraviesa el paciente en tratamiento de hemodiálisis en tres clínicas de Trujillo.

El tamaño de la red social se relaciona con las fases psicológicas (negación, enojo, regateo, depresión y aceptación) que atraviesa el paciente en tratamiento de hemodiálisis en tres clínicas de Trujillo.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3.1. Operacionalización de variables

Tabla 1.

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMEN-SIONES	ÍTEMS
Apoyo social.	El apoyo social hace referencia las funciones y la estructura que se dan en las relaciones interpersonales que se ejerce con otros (Sherbourne y Stewart, 1991).	Puntuación adquirida después de evaluar el tamaño y densidad, así como las funciones del apoyo social de la prueba de Sherbourne y Stewart, adaptado por Baca.	Apoyo social estructural: La cantidad de personas expresada en números que la persona manifiesta que mantiene estrecha relación.	-Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Vd.? Personas con las que se siente a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre). Escriba el número de amigos íntimos y familiares cercanos
			Apoyo informacional: La persona observa que en su red social, existen personas en las que puede confiar, y cuya información que le brindan es importante y de ayuda para entender lo que está afrontando.	-Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar -Alguien que le aconseje cuando tenga problemas -Alguien que le informe y le ayude a entender la situación -Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones -Alguien cuyo consejo realmente desee -Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar los problemas

				<ul style="list-style-type: none"> -Alguien con quien compartir sus temores y problemas íntimos -Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales -Alguien que comprenda sus problemas
			<p>Apoyo emocional: El sujeto percibe que en su entorno existen personas que brindan demostraciones que evidencien su afecto y consideración hacia él.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Alguien que le muestre amor y afecto -Alguien que le abrace -Alguien con quien pueda relajarse -Alguien que le prepare comida si no puede hacerlo -Alguien que le ayude con las tareas domésticas -Alguien a quien amar y sentirse querido
			<p>Apoyo Instrumental: Paciente reconoce que su entorno actúa para ayudar a solucionar situaciones prácticas, además de ofrecerle recursos tangibles para poder lograrlo. Por otro lado, entregarle momentos de relajación y esparcimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama -Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite -Alguien con quien pasar un buen rato -Alguien con quien divertirse

Fases Psicológicas de duelo	Etapas psicológicas que asume un enfermo al enfrentarse a la muerte, son reacciones emocionales que intentan generar una defensa hacia ella (Kübler – Ross, 1993).	Puntajes que se obtienen al evaluar cada una de las fases psicológicas (Raymundo y Ayala, 2011).	Negociación: Paciente no tiene una comprensión total de su enfermedad.	1. Considero necesario asistir a otros médicos que confirmen el diagnóstico de mi enfermedad. 2. Siento que a causa de mi enfermedad será difícil cumplir mis metas. 10. Desde que apareció mi enfermedad mis familiares dicen que me comporto como un niño. 15. Me siento preocupado al pensar en mi enfermedad. 20. Pienso constantemente en las razones por las que estoy padeciendo esta enfermedad.
			Enojo: El paciente ve rota sus esperanzas, aspiraciones y metas que tenía.	4. Mi enfermedad me produce dolencias que alteran mi vida diaria, manteniéndome enojado. 7. Pienso que el personal de salud es incapaz de ayudar en la mejoría de mi enfermedad. 13. Creo que por mi enfermedad he perdido las ganas de trabajar. 16. La enfermedad que padezco me

				<p>produce un disgusto excesivo.</p> <p>21. Pienso que me estoy alejando de las personas de mi entorno.</p>
			<p>Regateo: El paciente elabora compromisos y ofrecimientos esperando una solución.</p>	<p>3. Hoy más que antes asisto a cultos religiosos.</p> <p>5. Siento que mi fe ha aumentado a raíz de mi enfermedad.</p> <p>11. Realizo promesas religiosas con el fin de mejorar mi estado de salud.</p> <p>17. Pienso que mi fe me puede curar la enfermedad.</p>
			<p>Depresión: Cambios corporales y emocionales que afectan el estado de ánimo del paciente.</p>	<p>8. La enfermedad que padezco hace que tenga una sensación de tristeza permanente.</p> <p>12. Me preocupo mucho por mis familiares.</p> <p>14. Últimamente me dicen que me comporto fríamente en relación en relación a mi enfermedad.</p> <p>18. Siento tristeza por todo.</p>
			<p>Aceptación: El paciente busca asimilar su enfermedad.</p>	<p>6. Pienso que debo aprender a vivir con mi enfermedad.</p> <p>9. Mi estilo de vida se está adecuando a mi enfermedad.</p> <p>19. Considero que el tratamiento que estoy llevando es</p>

				parte de mi enfermedad y estoy aprendiendo a vivir con ello.
--	--	--	--	--

3.2. Diseño de investigación

El presente estudio tiene como característica ser no experimental de tipo transversal correlacional, el cual consiste en medir dos o más variables que se requiere comprender, así como conocer si estas variables están relacionadas entre sí, es decir que si una variable cambia la segunda también; asimismo, se observa si existe una correlación positiva o negativa, la primera si una variable tiene mayor valorización al igual que la otra o negativa, si una variable tiene mayor valorización que la otra variable (Hernández ,Fernández y Baptista, 2014).

Su diagrama es el siguiente:

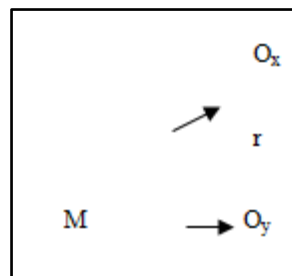


Figura 1. Diagrama sobre el tipo de investigación

Leyenda:

M = Pacientes que atraviesan el tratamiento de Hemodiálisis.

Ox = Apoyo social.

Oy = Fases psicológicas de duelo.

R=Relación

3.3. Unidad de estudio

Un Paciente que atraviesa tratamiento de Hemodiálisis que acude a una clínica de Trujillo.

3.4. Población y muestra

La población la constituyeron 253 pacientes que atraviesan el tratamiento de Hemodiálisis de tres clínicas de Trujillo.

Por otro lado, a través de un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple, donde se usó la fórmula de Cochran, cuyo nivel de confianza es de 95% y probabilidades de error de 5%; se obtuvo que la muestra fue conformada por 153 pacientes que atraviesan el tratamiento de Hemodiálisis. Asimismo, los criterios que se tuvieron en cuenta para la presente investigación fueron: pacientes que presenten como mínimo 3 meses de enfermedad, pacientes que reciban y emitan un consentimiento informado, que asistan regularmente a sus sesiones de tratamiento de hemodiálisis dentro de la clínica, 3 veces por semana y que sean mayores de 18 años.

3.5. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

Técnica

En la presente investigación se usó la encuesta y evaluaciones psicométricas, las cuales son instrumentos que permitieron recopilar la información para la presente investigación (Bernal, 2010).

Entre ellas tenemos: El Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (MOS) y Escala de Actitudes Frente a la Enfermedad en Pacientes con Cáncer (AFEP). Por otro lado, se utilizó una ficha sociodemográfica, que tuvo datos de relevancia del paciente (edad, personas con las que vive en casa, asistencia a un grupo de la comunidad, religión etc.).

Instrumento 1

El Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS) fue elaborado por Sherbourne y Stewart en el año de 1991, llamándose originalmente Medical Outcomes Study- Social Support Survey, en U.S.A, a un grupo de 2987 pacientes con enfermedad crónica (Sherbourne y Stewart, 1991). Asimismo, se obtuvo la adaptación al idioma español en Argentina por Rodríguez y Enrique en el año 2007; esta se aplicó a 375 individuos caracterizados por ser ingresantes a un módulo de seguridad, alumnos de un curso de seguridad y víctimas de

explosión de una fábrica (Rodríguez y Enrique, 2007). Por otra parte, en el Perú, Baca (2016) realizó un estudio cuyo objetivo era el análisis de la validez y la confiabilidad de este instrumento aplicado a 100 pacientes oncológicos que asistían a un hospital de Trujillo.

El instrumento está dirigido para personas mayores de 18 años y cuenta con un total de 20 ítems, con uno de ellos se pretende evaluar el aspecto estructural y 19 el aspecto funcional del apoyo social donde existen tres factores apoyo emocional, informacional e instrumental; se maneja la escala de Likert, que cuenta con cinco anclas para brindar las opciones de respuesta, entre ellas: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre (Baca, 2016). Asimismo, no se encuentra una norma para calificar el test en nuestra localidad.

En relación a la confiabilidad del presente instrumento; en su versión original Sherbourne y Stewart (1991) obtuvieron 0.97 en lo que respecta al coeficiente alfa de Cronbach en todo el instrumento; por otro lado, a nivel de dimensiones los coeficientes se encontraban entre 0.91 y 0.96. En el estudio realizado por Rodríguez y Enrique (2007) en Argentina, los coeficientes a nivel de todo el instrumento, fueron 0.919 y de acuerdo a las tres dimensiones establecidas apoyo emocional, afectivo e instrumental se encontraron .876, .843, .802 respectivamente. Baca (2016), en la ciudad de Trujillo, encontró que en 19 de los ítems había una confiabilidad de .94; donde apoyo informacional tenía .908, apoyo afectivo .871 y apoyo instrumental .708. Asimismo, en la presente investigación, se obtuvo la confiabilidad a través del Omega de McDonald, un .87 para la función de apoyo informacional, .71 para la función de apoyo emocional y .65 para la función de apoyo instrumental.

Por otro lado, en relación a la validez, según Sherbourne y Stewart (1991), en U.S.A, obtuvo correlaciones significativas, puesto que $P < 0.01$. En Argentina, Rodríguez y Enrique (2007) al realizar su adaptación procedieron a realizar un análisis factorial donde se utilizó el método de componentes principales, por una rotación Varimax, obteniéndose la presencia de 3 factores: apoyo emocional/informacional con una varianza de 45,8%, apoyo afectivo con un 7,44% y apoyo instrumental con un 6,94%; donde la suma de todos ellos, dan una varianza total de 59,86%.

En Trujillo, Baca en el año 2016, obtuvo una validez de constructo al utilizar el test de esfericidad de Bartlett muy significativo $P < .01$; por otra parte, se ejecutó el análisis factorial exploratorio de ejes principales, encontrándose 3 factores, entre ellos: apoyo informacional, afectivo e instrumental, de los cuales se obtenía un 54.240% de varianza total.

Además, para la presente investigación se realizó el análisis confirmatorio con el método de mínimos cuadrados no ponderados, encontrándose en los índices de ajuste absoluto una razón de verosimilitud X^2/df de 2.08, un GFI de .98 y un RMR de .082, los índices de ajuste comparativo mostraron un NFI de .97 y un RFI de .96 y los índices de ajuste parsimoniosos mostraron un PGFI de .77 y un PNFI de .84. Del mismo modo, se obtuvo las cargas factoriales estandarizadas estimadas para el modelo de tres factores, mostrando valores entre .593 a .732 en la dimensión apoyo informacional, entre .374 a .657 en la dimensión apoyo emocional y entre .458 a .605 en la dimensión apoyo instrumental, encontrándose intercorrelaciones entre .64 y .95.

Instrumento 2

La presente escala es elaborada en el año 2010 por Raymundo y Ayala en la ciudad de Trujillo, este instrumento fue creado con el fin de evaluar las fases psicológicas de duelo por las que pasa el paciente con cáncer; asimismo, fue validada, pasando por un grupo de 10 jueces del ámbito clínico y fue aplicado a 100 pacientes con cáncer terminal del Hospital de Belén de Trujillo (Raymundo y Ayala, 2010). Por otro lado, esta escala está dividida según las autoras por 21 ítems, el cual miden 5 áreas por las que el paciente atraviesa en estado terminal: negación, enojo, regateo, depresión y aceptación; para calificar, se utiliza respuestas de opción dicotómica. No posee una norma, para calificar el test.

Para la confiabilidad, se utilizó el alfa de Cronbach, para determinar la consistencia interna del instrumento es de 0.807 (Raymundo y Ayala, 2010). En el presente estudio, se obtuvo la confiabilidad por el omega de McDonald, encontrándose valores de .66 a .79, .69 en la

fase negación, .67 en la fase enojo, .66 en la fase regateo, .69 en la fase depresión y .79 en la fase aceptación.

Por otra parte, en relación a su validez, se logró obtener la validez de contenido a través del coeficiente de chi cuadrado a un nivel de confianza de 95%, así como también se alcanzó un 0.03 mediante la Prueba de Esfericidad de Bartlett; al realizar el análisis factorial se obtuvieron 5 factores: enojo con una varianza de 23,10%, aceptación con 13,96%, regateo con 10,88%, depresión con 10.00% y negación con 6,83%, obteniéndose una varianza total de 64,77% (Raymundo y Ayala, 2010).

Asimismo, para la presente investigación se halló las evidencias de validez mediante el método de mínimos cuadrados no ponderados, encontrándose en los índices de ajuste absoluto una razón de verosimilitud X^2/gl de 2.83, un GFI de .90 y un RMR de .021, los índices de ajuste comparativo mostraron un NFI de .91 y un RFI de .90 y los índices de ajuste parsimonioso mostraron un PGFI de .69 y un PNFI de .59. Además, se obtuvieron las cargas factoriales estandarizadas estimadas para el modelo de tres factores de la Escala de Actitudes Frente a la Enfermedad en pacientes con cáncer (AFEP), mostrando valores entre .45 a .68 en la fase negación, entre .48 a .68 en la fase enojo, entre .50 a .68 en la fase regateo, entre .55 a .66 en la fase depresión y entre .60 a .85 en la fase de aceptación encontrándose intercorrelaciones entre -.117 a .896.

3.6. Métodos, instrumentos y procedimientos de análisis de datos

En primera instancia, se recolectó información sobre los instrumentos que se utilizaron para la presente investigación, siendo pertinentes para la medición de ambas variables: apoyo social y fases psicológicas de duelo.

Una vez obtenida esta información, se procedió a realizar las gestiones necesarias con las instituciones en donde se realizará la investigación. Ante la respuesta afirmativa, se nos facilitó el ingreso en espacios de tiempo y lugar pertinentes para la evaluación.

Subsiguientemente, se realizó las evidencias de validez y confiabilidad de los instrumentos a 153 pacientes en tratamiento de hemodiálisis que atraviesan una enfermedad renal terminal. Posteriormente, se evaluó a la muestra, conformada por 153 pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, de forma individual.

Los resultados obtenidos, nos permitieron elaborar la base de datos, usando el programa Excel. Luego, los datos fueron procesados a través del programa IBM SPSS Amos 22.0, donde se pudo obtener datos que fueron organizados en tablas. Puesto que los instrumentos de medición eran tipo ordinal, se utilizó la prueba de correlación de Spearman, para hallar las correlaciones que existen entre ambas variables. Asimismo, se obtuvo los intervalos de confianza al 95% y el tamaño del efecto en cada una de las correlaciones.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

Tabla 2. Correlación entre el indicador apoyo informacional con las fases psicológicas de duelo que atraviesan los pacientes en tratamiento de hemodiálisis en tres clínicas de Trujillo.

Variables		r_s	IC 95%		Tamaño del efecto
			LI	LS	
Apoyo Informacional	Negación	-,178	-.327	-.020	Pequeño
	Enojo	-,248	-.391	-.093	Pequeño
	Regateo	-,078	-.234	.082	Trivial
	Depresión	-,249	-.392	-.094	Pequeño
	Aceptación	,119	-.040	.273	Pequeño

Nota: r_s : Rho de Spearman

En la tabla 1 se muestra una correlación directa con un tamaño del efecto pequeño entre el apoyo informacional y la fase de aceptación, una correlación inversa con un tamaño del efecto pequeño entre el apoyo informacional con las fases negación, enojo y depresión. Además, una correlación inversa con un tamaño de efecto trivial entre el apoyo informacional con la fase regateo en pacientes que atraviesan el tratamiento de hemodiálisis en tres clínicas de Trujillo.

Tabla 3. Correlación entre el indicador apoyo emocional con las fases psicológicas de duelo que atraviesan los pacientes en tratamiento de hemodiálisis en tres clínicas de Trujillo.

Variables		r_s	IC 95%		Tamaño del afecto
			LI	LS	
Apoyo Emocional	Negación	-,102	-.257	.058	Trivial
	Enojo	-,139	-.291	.020	Pequeño
	Regateo	-,097	-.063	.252	Trivial
	Depresión	-,141	-.293	.018	Pequeño
	Aceptación	,207	.050	.354	Pequeño

Nota: r_s : Rho de Spearman

En la tabla 2 se muestra una correlación directa con un tamaño del efecto pequeño entre el apoyo emocional con la fase aceptación, una correlación inversa con un tamaño del efecto pequeño entre el apoyo informativo y las fases enojo y depresión. Del mismo modo, una correlación inversa con un tamaño del efecto trivial entre el apoyo emocional con las fases de negación y regateo en pacientes que atraviesan el tratamiento de hemodiálisis en tres clínicas de Trujillo.

Tabla 4. Correlación entre el indicador apoyo instrumental con las fases psicológicas de duelo que atraviesan los pacientes en tratamiento de hemodiálisis en tres clínicas de Trujillo

Variable		r_s	IC 95%		Tamaño del efecto
			LI	LS	
Apoyo Instrumental	Negación	-,192	-.340	-.034	Pequeño
	Enojo	-,291	-.430	-.139	Pequeño
	Regateo	-,073	-.229	.087	Trivial
	Depresión	-,179	-.328	-.021	Pequeño
	Aceptación	,263	.109	.405	Pequeño

Nota: r_s : Rho de Spearman

En la tabla 3 se observa una correlación directa con un tamaño del efecto pequeño entre el apoyo instrumental y la fase de aceptación, una correlación inversa con un tamaño del efecto pequeño entre el apoyo instrumental con la fase negación, enojo y depresión. Además, una correlación inversa con un tamaño de efecto trivial entre el apoyo informativo con la fase regateo en pacientes que atraviesan el tratamiento de hemodiálisis en tres clínicas de Trujillo.

Tabla 5. Correlación entre el tamaño de la red social con las fases psicológicas de duelo que atraviesan los pacientes en tratamiento de hemodiálisis en tres clínicas de Trujillo.

Variables		r_s	IC 95%		Tamaño del efecto
			LI	LS	
Tamaño de la red social	Negación	-,082	-.238	.078	Trivial
	Enojo	-,142	-.294	.017	Pequeño
	Regateo	-,012	-.170	.147	Trivial
	Depresión	-,152	-.303	.007	Pequeño
	Aceptación	,138	-.021	.290	Pequeño

Nota: r_s : Rho de Spearman

En la tabla 4 se observa una correlación directa con un tamaño del efecto pequeño entre el tamaño de la red social y la fase de aceptación, y una correlación inversa con tamaño del efecto trivial entre el tamaño de la red social con las fases de negación y regateo. Asimismo, una correlación inversa con tamaño del efecto pequeño entre el tamaño de la red social y la fase de depresión en pacientes que atraviesan el tratamiento de hemodiálisis en tres clínicas de Trujillo.

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN

Se acepta la hipótesis general, puesto que se encuentran correlaciones directas e inversas, con un tamaño del efecto que oscila entre trivial y pequeño entre las funciones del apoyo social y cada una de las fases psicológicas de duelo por las que atraviesa el paciente en tratamiento de hemodiálisis. Lo que manifiesta que, a medida que la red social esté presente en el paciente, en cualquiera de sus tres formas (otorgando información, ayuda material o afecto), esto repercutirá en que el enfermo reduzca la sensación de ira, la negativa hacia su enfermedad, la necesidad de negociar un pacto sobre su salud, los sentimientos de tristeza y logre aceptar la situación. Asimismo, a medida que la forma en que se ejerzan estas labores fuese la adecuada, se obtendrá un mayor impacto en la persona.

Esto se evidencia en los estudios de Baca (2016), donde se encontró una relación directa entre resiliencia y apoyo social percibido, dando a conocer que el apoyo que recibía el paciente repercutía al sobrellevar situaciones que ejerzan estrés. Del mismo modo, Raymundo y Ayala (2011), muestran que el ambiente familiar y social, genera actitudes que van a afectar la conducta del paciente, permitiendo que lo acerquen hacia la aceptación; así también esta red de soporte será esencial para la adecuación a la enfermedad. Además, Robles (2009), rescata la labor preventiva de este soporte, donde va a disminuir que el paciente termine un estado de depresión.

Esto es explicado por Barrón (1996), que hace énfasis en la teoría del efecto protector o amortiguador, donde la red de soporte del paciente, va a cuidar que los efectos de la situación que causan estrés como una enfermedad, no sean de alto impacto para la persona. De igual manera, reducirá los efectos dañinos, como por ejemplo las consecuencias en su vida familiar, en sus actividades laborales, rendimiento físico y parte sexual (Alarcón, 2004). Teniendo en cuenta todo ello, podemos determinar que la labor que ejerce la red social del paciente juega un papel importante antes y durante el proceso de la enfermedad terminal.

Se acepta la hipótesis específica 1, ya que se presenta una correlación directa con tamaño del efecto pequeño entre la función de apoyo informacional y la fase de aceptación. Esto

significa que la información que los amigos, personal médico o familia cercana brindan al paciente acerca de la enfermedad (cuidados, estilo de vida, etc.) así como el poder resolver las dudas que se generen en el proceso de tratamiento, permitirá que se adecue a la enfermedad; sin embargo, para que el grado sea mayor se necesita que la red social ejerza una labor óptima.

Asimismo, se obtuvieron cuatro correlaciones inversas donde la función antes mencionada con la fase regateo tiene un tamaño del efecto trivial, y con las fases negación, enojo y depresión se tiene un tamaño del efecto pequeño. Por lo tanto, se entiende que a mayor presencia de las actitudes antes mencionadas que contenga este apoyo, habrá menos probabilidades de negar la enfermedad, establecer un pacto, asumir actitudes de ira o caer en un estado de depresión.

Los resultados encontrados se asemejan a los presentados por García (2013), donde observó que existen diferencias entre dos grupos de pacientes, uno que recibe apoyo informacional y otro que no. Esto hace referencia a que la red social que emite información sobre el cuidado de la salud del paciente, va a fomentar el bienestar y reducir los daños que, por desconocimiento, el paciente pueda producir para sí mismo (Morales, Gaviria, Moya y Cuadrado, 2007); así como también, ayudará a que el enfermo adquiera una perspectiva distinta, donde conciba a su enfermedad cómo una situación que tiene que atravesar y aceptar (Kübler – Ross, 2017).

No obstante, la práctica adecuada de este apoyo, implica que la red social (familia, amigos o equipo médico) se mantengan informadas y con interés por ayudar a través de recomendaciones oportunas y coherentes con la situación que está viviendo.

Se acepta la hipótesis específica 2, puesto que se presenta una correlación directa con tamaño del efecto pequeño entre la función apoyo emocional y la fase aceptación. Lo cual significa que a mayor presencia de comportamientos que demuestren afectividad, cariño y contención que ejerza la red social hacia el paciente, mayor será la aceptación de la enfermedad; sin embargo, para que la fuerza sea mayor, el apoyo deberá ser ejercido de manera adecuada.

Del mismo modo, se ejercieron cuatro correlaciones inversas, dos con tamaño del efecto trivial entre la función antes mencionada con las fases de negación y regateo, y dos con tamaño del efecto pequeño con las fases de enojo y depresión. Esto quiere decir que cuanto mayor sea el afecto que se demuestre al paciente durante la enfermedad, habrá menos posibilidad que este niegue la misma, cuestione lo que está sucediendo, constituya un acuerdo para recuperar su salud o asuma un estado depresivo.

Esto concuerda con lo propuesto por Pérez (2011), cuando afirma que es importante un apoyo en el aspecto emocional para lograr que el tratamiento sea eficaz, involucrando la aceptación y colaboración del paciente. Asimismo, todo esto se apoya en según lo propuesto por Morales, Gaviria, Moya y Cuadrado (2007), donde si se le otorga valor y reconocimiento al paciente, garantizará que este busque los recursos necesarios para poder enfrentar la enfermedad.

Ante ello, es importante reconocer, que ciertas actitudes que acompañan a esta función, repercuten considerablemente en las fases psicológicas de duelo que enfrenta el paciente al asumir una enfermedad renal terminal; es decir, que la comprensión que reciba va contribuir al manejo de la negación, ira y regateo, como también va a permitir que el paciente aumente su valoración personal y que pueda seguir adelante a pesar de las dificultades. Por otro lado, que la red social se sensibilice, va a ayudar a que el paciente posea mayor empatía, lo cual acompañe y reduzca los momentos de depresión, y se aperture a poder alcanzar la aceptación.

Se acepta la hipótesis específica 3, debido a que presenta una correlación directa con tamaño del efecto pequeño, entre la función instrumental y la fase de aceptación; esto quiere decir que a mayor presencia de la ayuda material (sesiones de tratamiento, medicinas, alimentación, etc.) se va disminuir la situación estresante, y habrá una mayor aceptación de la enfermedad.

De igual manera, se encontró cuatro correlaciones inversas, tres con tamaño del efecto pequeño, entre la función antes mencionada y las fases de enojo, negación y depresión; así como una correlación inversa con tamaño del efecto trivial entre el apoyo instrumental y la

fase regateo. Esto se puede interpretar que, a mayor presencia de la ayuda tangible, va a disminuir la negativa ante la situación, la necesidad de generar un acuerdo y estados de tristeza.

Los resultados coinciden con la investigación realizada por García (2013), donde encontró que los pacientes que presentan ayuda material, obtendrán mayores beneficios, frente a los que no presentan, cómo el poder recibir asistencia. Esto hace alusión, a que el apoyo se va presentar de manera efectiva, cuando tenga como fin reducir los efectos de la situación estresante; es decir, amortiguar el efecto que pueda estar generando la enfermedad (Barrón, 1996).

Es importante que la ayuda tangible que se reciba, sea coherente con las necesidades del paciente; puesto que, de no ser así, se va a disminuir el impacto de la ayuda que se le brinda. Este apoyo, también puede buscar los medios para que el paciente lleve una estancia tranquila durante la enfermedad, además ayudar a mitigar los efectos de las fases negación, ira, regateo y depresión, y llegar a la aceptación.

Se acepta la hipótesis específica 4, ya que se presenta una correlación directa con tamaño del efecto trivial, entre el tamaño de la red social del paciente y la fase de aceptación. Esto significa que cuanto mayor sea la cantidad de personas con las que el paciente cuente, mayor va a ser el grado de aceptación que adquiera frente la enfermedad. Sin embargo, es importante tener en cuenta que un número elevado de personas en la red social, no va a garantizar que se ejecuten las actividades necesarias en relación a cada función del apoyo social.

De igual forma, se encontraron cuatro correlaciones inversas, dos con tamaño del efecto trivial, entre el tamaño de la red social y las fases de negación y regateo, y dos correlaciones inversas con tamaño del efecto pequeño con las fases de enojo y depresión.

Esto demuestra que a mayor número que conforme el grupo que brinde apoyo social hacia el paciente, menor va a ser la presencia de estas fases durante la enfermedad. Pero, las funciones que ejercen este grupo de personas, debe ser el adecuado para lograr el impacto deseado.

Lo encontrado se asemeja a los hallazgos de Da Silva et al. (2016), donde menciona que dentro del soporte, un papel protagónico lo ocupa la familia, quien ayudará a sobrellevar la enfermedad. Asimismo, Pérez (2011), indica que las relaciones interpersonales establecidas que otorguen apoyo, va a provocar que el paciente entienda y acepte su situación, y que lleve la enfermedad de forma ordenada con los cuidados que necesita.

Por otro lado, los resultados de la presente investigación discrepan con los hallados por García (2013), donde encontró que contar con una cantidad mayor de individuos dentro de la red, también podrá generar un impacto positivo en lo que respecta al apoyo social que se brinde. Asimismo, Barrón (1996), refiere que cuanto mayor sea el número que conforman el grupo de apoyo, menor será la presencia de dificultades.

Teniendo como referencia lo antes mencionado, se concuerda con la teoría postulada por Barrón; sin embargo, se discrepa con los estudios de García, puesto que no es imprescindible contar con un gran grupo de personas, sino que también el apoyo que otorgan debe de ser efectivo. Por ello se debe buscar que ambos aspectos se cumplan; esto aumentaría la percepción del paciente al recibir el apoyo, y la fuerza que va a ejercer esta red social.

Frente a todo lo expuesto, se concluye que el apoyo social mantiene una estrecha relación con las fases psicológicas de duelo que atraviesan los pacientes en tratamiento de hemodiálisis en tres clínicas de Trujillo.

CONCLUSIONES

- Se determinó que existen correlaciones directas e inversas con un tamaño del efecto que oscila entre el nivel trivial y pequeño entre ambas variables.
- Se estableció una correlación directa con tamaño del efecto pequeño entre la función de apoyo informacional y la fase de aceptación; y cuatro correlaciones inversas entre la fase de regateo (trivial) y con las fases negación, enojo y depresión (pequeño).
- Se estableció una correlación directa con tamaño del efecto pequeño entre la función de apoyo emocional y la fase aceptación; y cuatro correlaciones inversas entre las fases de negación y regateo (trivial) y con la fase de enojo y depresión (pequeño).
- Se estableció una correlación directa con tamaño del efecto pequeño entre la función instrumental y la fase de aceptación; y cuatro correlaciones inversas con las fases enojo, negación y depresión (pequeño) y con la fase de regateo (trivial).
- Se identificó una correlación directa con tamaño del efecto trivial entre el tamaño de la red social y la fase de aceptación; y cuatro correlaciones inversas entre las fases de negación y regateo (trivial) y con las fases de enojo y depresión (pequeño).

RECOMENDACIONES

- A futuros investigadores, se recomienda ampliar la muestra de investigación, con el fin de poder generalizar los resultados.
- Realizar investigaciones con un diseño experimental; en las cuales se observe las diferencias que existen entre grupos donde la red de soporte de los pacientes reciba entrenamiento, que contengan las características de cada función del apoyo social, frente a grupos que no reciban este entrenamiento.
- Se recomienda aplicar el enfoque de la Terapia Breve Centrada en Soluciones para la implementación de programas cuya población incluya al paciente y su red social, para así poder redescubrir habilidades que les permitan optimizar el apoyo que le brindaran al paciente. Asimismo, al aplicar esta terapia de manera individual, ayudará al paciente en el proceso de duelo que asume al adquirir la enfermedad trabajando desde sus fortalezas.
- Para complementar el trabajo con el paciente y su red social se recomienda realizar rondas comunitarias basadas en el enfoque de la Terapia Comunitaria Integrativa Sistémica, que permita que a través de la sabiduría de las personas que conforman las rondas se compartan experiencias que ayuden a afrontar las dificultades relacionadas a su enfermedad, así como también generar redes de apoyo en pacientes que no cuenten con una red de apoyo que responda a sus necesidades.

REFERENCIAS

- Acosta, P., Chaparro, L., y Rey, C. (2008) Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. *Revista Colombiana de Psicología*, (17), 9-26. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80411803001>
- Alarcón, A. (2004). La depresión en el paciente renal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(3), 298-320. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502004000300005
- Aragoncillo, I., Yuste, C., Bucalo, M.; Rincón, A., Tejedor, A. y Vega, A. (2014). *Manual CTO de Medicina y Cirugía*. (9ª edición). Madrid: CTO Editorial.
- Arias, J., Aller, M., Arias, J.I. y Aldamendi, I. (2000). *Enfermería Médico Quirúrgica*. Madrid: Editorial Tébar.
- Avendaño, L. (2009). *Nefrología Clínica*. 3ª Edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S. A.
- Baca, D. (2013). Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un Hospital de Trujillo. (Tesis de Maestría), Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Baca, D. (2016). Confiabilidad y validez del cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer de Trujillo. *Revista de Investigación en Psicología*. 19(1), 177 – 190. Recuperado de: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/12452/11143>

- Barreto, P. y Bayes, R. (1990). El psicólogo ante el enfermo en situación terminal. *Anales de Psicología*, 6(2), 169-180. Recuperado de:
http://www.um.es/analesps/v06/v06_2/06-06_2.pdf
- Barrón, A. (1996). El apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: siglo XXI de España Editores S.A.
- Behar, D. (2003). *Un buen morir: Encontrando sentido al proceso de la muerte*. Mexico D.F.: Editorial Pax México.
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación: administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. (3ª edición). Colombia: Pearson.
- Bravo, M. (2006). ¿Qué es la Tanatología?. *Revista Digital Universitaria*, 7(8), 2- 10. doi:
http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art62/ago_art62.pdf
- Cassaretto, M. y Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología de la PUCP*, 24(1), 109 -140. Recuperado de:
<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/775>
- Cohen, S. y Syme, L. (1985). *Social support and health*. San Francisco: Academic Press.
- Contreras, R (2011). Artículos de interés. *Revista de Actualización Clínica*, 6, 573.
- Contreras, F., Espinoza, J. y Esguerra, G. (2008). Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y Salud*, 18(2), 165 -179. Recuperado de:
<http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/659/1156>

- Corral, M.; Febrero, M.; Pérez, M. (2007). El impacto psicológico del cáncer de pulmón en el paciente y su familia. *Mapfre medicina*, 18(2), 108-113. Recuperado de: <http://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/salud/revista-medicina/vol18-n2-art6-impacto-psicologico.pdf>
- Da Silva, S; Braido, N; Ottaviani, A; Dutra, G; Zazzetta, M; Orlandi, F. (2016). Social support of adults and elderly with chronic kidney disease on dialysis. *Revista-Latinoamericana de Enfermagem*, 24. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100375
- Domínguez, G. (2009). La tanatología y sus campos de aplicación. *Horizonte sanitario*, 2 (8), 29 – 38. doi: <http://www.redalyc.org/html/4578/457845132005/>
- EsSalud. (2014). EsSalud: 30% de adultos mayores sufren enfermedad renal crónica.
- Fernández, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Periféria*, 3, 48 -63. Recuperado de: http://revista-redes.rediris.es/Periferia/english/number3/periferia_3_3.pdf
- García, L. (2013), Soporte Social en Adultos Diabéticos No Insulino Dependientes que pertenecen a un Club de Apoyo para el Adulto Diabético. (Tesis de Licenciatura). Universidad Pontificia Católica del Perú, Lima, Perú.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Hernández, L. (2007). El sufrimiento en el paciente Insuficiente Renal. *Mañongo*, 15(29), 399 – 414. Recuperado de: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/postgrado/index.htm>

Hogg, M. y Graham, V. (2008). *Psicología Social*. (5ª ed.). Madrid: Editorial Médico Panamericana.

Kübler – Ross, E. (2017). *Sobre la muerte y los moribundos: Alivio del sufrimiento psicológico*.
Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial, S.A.U.

Kubler – Ross, E. y Kessler, D. (2005). *On Grief and Grieving*. New York: Scribner.

Landete, O. y Breva, A. (2000). Evolución histórica en el estudio del apoyo social. *Revista de historia de la psicología*, 21(2-3), 589 – 596. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=68791>

Lewis, L., Heitkemper, M. y Dirksen, S. (2004). *Enfermería Medicoquirurgica*. (6ª ed.). Génova: Elsevier.

Limonero, J. (1996). El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. *Revista de Psicología general y aplicada*, 49(2), 249 – 265. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2358236>

López, R. (2007). *Insuficiencia renal crónica El asesino invisible*. México: Libros para todos.

McClellan, W; Stanwyck, D; Anson, C. (1993). Social support and subsequent mortality among patients with end-stage renal disease. *Journal of the American Society of Nephrology*, 4(4), 1028 – 1034. Recuperado de:
<http://jasn.asnjournals.org/content/4/4/1028.long>

McDonald, R. P.(1999). *Test theory: A unified treatment*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Miaja, M. y Moral, J. (2013). El psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler – Ross mediante las redes semánticas naturales. *Psicooncología*, 10(1), 109-130.

Recuperado de:

<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/41951/39953>

Ministerio de Salud. (2015). Análisis de la situación de la enfermedad renal crónica, 2015.

Morales, J., Gaviria, E., Moya, M. y Cuadrado, I. (2007). *Psicología Social*. (3ª ed.). Madrid: McGraw-Hill.

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2016). *Kidney Diseases Statistics for the United States*.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. (2015). La OPS/OMS y la sociedad latinoamericana de nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y mejorar el acceso del tratamiento

Ospina, A. (2000). *Apoyo al paciente terminal y a la familia. Acción profesional desde el trabajo social*. Cali: Editorial Facultad de Humanidades Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano.

Pérez, G. (2010). Factores psicosociales y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista de Psicología*, n.6, 69 – 76. Recuperado de:

http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2223-30322010000100007&script=sci_arttext

Pérez, D. (2011). Factores coadyudantes que influyen en el tratamiento hemodialítico, en pacientes de la diálisis contigo, de la Ciudad de Tena. (Tesis para licenciatura), Universidad Regional

Autónoma de los Andes, Ambato, Ecuador.

Polo, M. (2006). *Tanatología del Siglo XXI*. México: Mc Editores.

Raymundo, O. y Ayala, I. (2011). Impacto del tratamiento y fases psicológicas que atraviesa el paciente con cáncer. *Revista de Psicología*, 13(1), 59-73. Recuperado de:

http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R_PSI/article/view/309

Rebollo-Rubio, A., Morales-Ascencio, J., Pons-Raventos, M. y Mansilla-Francisco, J. (2015).

Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. *Nefrología*, 35(1), 92-109. Recuperado de:

<http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-revision-estudios-sobre-calidad-vida-relacionada-con-salud-enfermedad-renal-X0211699515054982>

Reyes, A. (2003). Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en hemodiálisis. Santiago de Cuba, 2003. (Tesis de maestría). Escuela Nacional de Salud Pública, Habana, Cuba.

Robles, R.; Morales, M.; Jiménez, L. y Morales, J. (2009). Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: El papel de la afectividad y el soporte social. *Psicooncología*, 6(1), 191 – 201. Recuperado de:

<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909120191A>

Rodríguez, S. y Enrique, H. (2007). Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Psicod debate. Psicología, Cultura y Sociedad*. 7, 155 – 168. Recuperado de:

<https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicod debate/article/view/433/213>

Sherbourne, C. y Stewart, A. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science & Medicine*. 32(6), 705 – 714. Recuperado de:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795369190150B>

United States Renal Data System. (2009). Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States.

Valencia, S. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*. 2(2), 241 – 257. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/679/67920205.pdf>

Valero, S. (2002). *Psicología en emergencias y desastres*. Perú: Editorial San Marcos.

Zubieta, B. (2016). Convivir con Insuficiencia Renal Crónica: Implicaciones e Intervenciones Psicológicas. (Tesis de Licenciatura). Facultad de Psicología, Universidad de la República Uruguay, Montevideo, Uruguay.

ANEXOS

ANEXO n.º 1. El Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (MOS)

A. Aproximadamente cuántos amigos cercanos y familiares cercanos tiene (la gente que se siente cómodo contigo y puedes hablar acerca de lo que tu sientes y piensas)

1 Escriba el número aproximado de amigos cercanos y familiares cercanos:

B. Marca con una X en el cuadrado que mejor se acerque a su respuesta

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
-------	------------	---------	--------------	---------

2	Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama	N	CN	AV	CS	S
3	Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar	N	CN	AV	CS	S
4	Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	N	CN	AV	CS	S
5	Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite	N	CN	AV	CS	S
6	Alguien que le muestre amor y afecto	N	CN	AV	CS	S
7	Alguien con quien pasar un buen rato	N	CN	AV	CS	S
8	Alguien que le informe y le ayude a entender la situación	N	CN	AV	CS	S
9	Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	N	CN	AV	CS	S
10	Alguien que le abrace	N	CN	AV	CS	S
11	Alguien con quien pueda relajarse	N	CN	AV	CS	S
12	Alguien que le prepare comida si no puede hacerlo	N	CN	AV	CS	S
13	Alguien cuyo consejo realmente desee	N	CN	AV	CS	S
14	Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar los problemas	N	CN	AV	CS	S
15	Alguien que le ayude con las tareas domésticas	N	CN	AV	CS	S
16	Alguien con quien compartir sus temores y problemas íntimos	N	CN	AV	CS	S
17	Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	N	CN	AV	CS	S
18	Alguien con quien divertirse	N	CN	AV	CS	S
19	Alguien que comprenda sus problemas	N	CN	AV	CS	S

20 Alguien a quien amar y sentiré querido

N CN AV CS S

ANEXO n.º 2. Escala de Actitudes Frente a la Enfermedad en Pacientes con Cáncer (AFEP)

Edad:

Tratamiento:

Sexo:

Ocupación:

Instrucciones

A continuación te presentamos una serie de preguntas las cuales deberá marcar con un aspa (X) en los casilleros SI o NO según lo que le suceda actualmente. Responda con sinceridad

Nº	Preguntas	Si	No
1	Considero necesario asistir a otros médicos que confirmen el diagnóstico de mi enfermedad.		
2	Siento que a causa de mi enfermedad será difícil cumplir mis metas.		
3	Hoy más que antes asisto a cultos religiosos.		
4	Mi enfermedad me produce dolencias que alteran mi vida diaria, manteniéndome enojado.		
5	Siento que mi fe ha aumentado a raíz de mi enfermedad.		
6	Pienso que debo aprender a vivir con mi enfermedad.		
7	Pienso que el personal de salud es incapaz de ayudar en la mejoría de mi enfermedad.		
8	La enfermedad que padezco hace que tenga una sensación de tristeza permanente.		
9	Mi estilo de vida se está adecuando a mi enfermedad.		
10	Desde que apareció mi enfermedad mis familiares dicen que me comporto como un niño.		
11	Realizo promesas religiosas con el fin de mejorar mi estado de salud.		
12	Me preocupo mucho por mis familiares.		
13	Creo que por mi enfermedad he perdido las ganas de trabajar.		
14	Últimamente me dicen que me comporto fríamente en relación en relación a mi enfermedad.		
15	Me siento preocupado al pensar en mi enfermedad.		
16	La enfermedad que padezco me produce un disgusto excesivo.		
17	Pienso que mi fe me puede curar la enfermedad.		
18	Siento tristeza por todo.		
19	Considero que el tratamiento que estoy llevando es parte de mi enfermedad y estoy aprendiendo a vivir con ello.		
20	Pienso constantemente en las razones por las que estoy padeciendo esta enfermedad.		
21	Pienso que me estoy alejando de las personas de mi entorno.		

ANEXO n.º 3. Ficha sociodemográfica

Edad			
Sexo	Femenino ()	Masculino ()	
Estado Civil		Hijos	
Ocupación			

Tiempo de Diálisis	
Presencia de otras enfermedades	- - - -

PERSONAS CON LAS QUE EL PACIENTE VIVE

Nº	PARENTEZCO

ASISTENCIA A UNA COMUNIDAD

Si () _____

No ()

ANEXO n.º 4. Consentimiento informado

Yo _____ con DNI _____,
mediante la presente certifico que:

- He sido informado con claridad sobre mi participación en la investigación y el propósito de esta.
- He podido emitir mis dudas y estas han sido aclaradas efectivamente.
- Soy conocedor de que la información que comparto es confidencial y que en todo momento de la investigación se salvaguardará mi identidad.
- Conozco que puedo ejercer mi derecho a retirarme cuando considere oportuno.

Por lo expuesto, acepto formar parte de la investigación.

Trujillo, ____ de _____ del _____.

Firma del participante o huella del
participante

carolsrs17@gmail.com y fiorelaceci@gmail.com

ANEXO n.º 5. Evidencias de validez y confiabilidad del El Cuestionario MOS de Apoyo

Social Percibido (MOS)

Tabla 6. Estadísticos descriptivos y correlaciones entre ítems del Cuestionario de Apoyo Social Percibido

Ítem	3	4	8	9	13	14	16	17	19	6	10	11	12	15	20	2	5	7	18	
3	--																			
4	.42	--																		
8	.37	.46	--																	
9	.46	.33	.41	--																
13	.35	.44	.35	.34	--															
14	.38	.41	.41	.44	.50	--														
16	.45	.38	.41	.45	.38	.45	--													
17	.44	.42	.44	.46	.43	.56	.58	--												
19	.40	.34	.29	.39	.32	.40	.46	.43	--											
6	.48	.37	.34	.31	.30	.32	.28	.29	.40	--										
10	.31	.33	.34	.35	.24	.37	.31	.40	.37	.44	--									
11	.37	.32	.33	.43	.38	.48	.32	.45	.38	.36	.38	--								
12	.30	.21	.13	.23	.41	.27	.18	.24	.27	.26	.22	.32	--							
15	.27	.24	.25	.19	.36	.30	.32	.28	.27	.29	.23	.22	.47	--						
20	.29	.17	.22	.14	.14	.20	.13	.16	.32	.31	.27	.20	.24	.35	--					
2	.49	.21	.28	.23	.26	.31	.35	.32	.22	.40	.23	.24	.28	.43	.25	--				
5	.40	.26	.19	.21	.25	.24	.25	.21	.32	.44	.24	.24	.32	.40	.31	.41	--			
7	.42	.24	.36	.40	.28	.36	.29	.41	.32	.41	.37	.31	.21	.22	.16	.26	.27	--		
18	.31	.33	.37	.40	.33	.41	.38	.45	.31	.30	.40	.51	.19	.17	.14	.19	.19	.37	--	
M	4.09	3.68	3.78	3.89	3.85	3.73	3.62	3.62	4.00	4.53	4.27	3.82	4.47	4.41	4.58	4.30	4.48	3.94	3.56	
DE	1.23	1.31	1.32	1.27	1.27	1.26	1.35	1.34	1.10	.92	1.10	1.24	1.06	1.15	.93	1.18	.92	1.18	1.24	
As.	-1.16	-.64	-.82	-.88	-.84	-.60	-.59	-.55	-.91	-2.06	-1.42	-.75	-2.05	-2.05	-2.49	-1.67	-1.83	-.86	-.39	
Cu.	.17	-.72	-.51	-.32	-.33	-.72	-.87	-.88	.04	3.70	1.11	-.46	3.33	3.12	5.80	1.74	2.89	-.19	-.80	

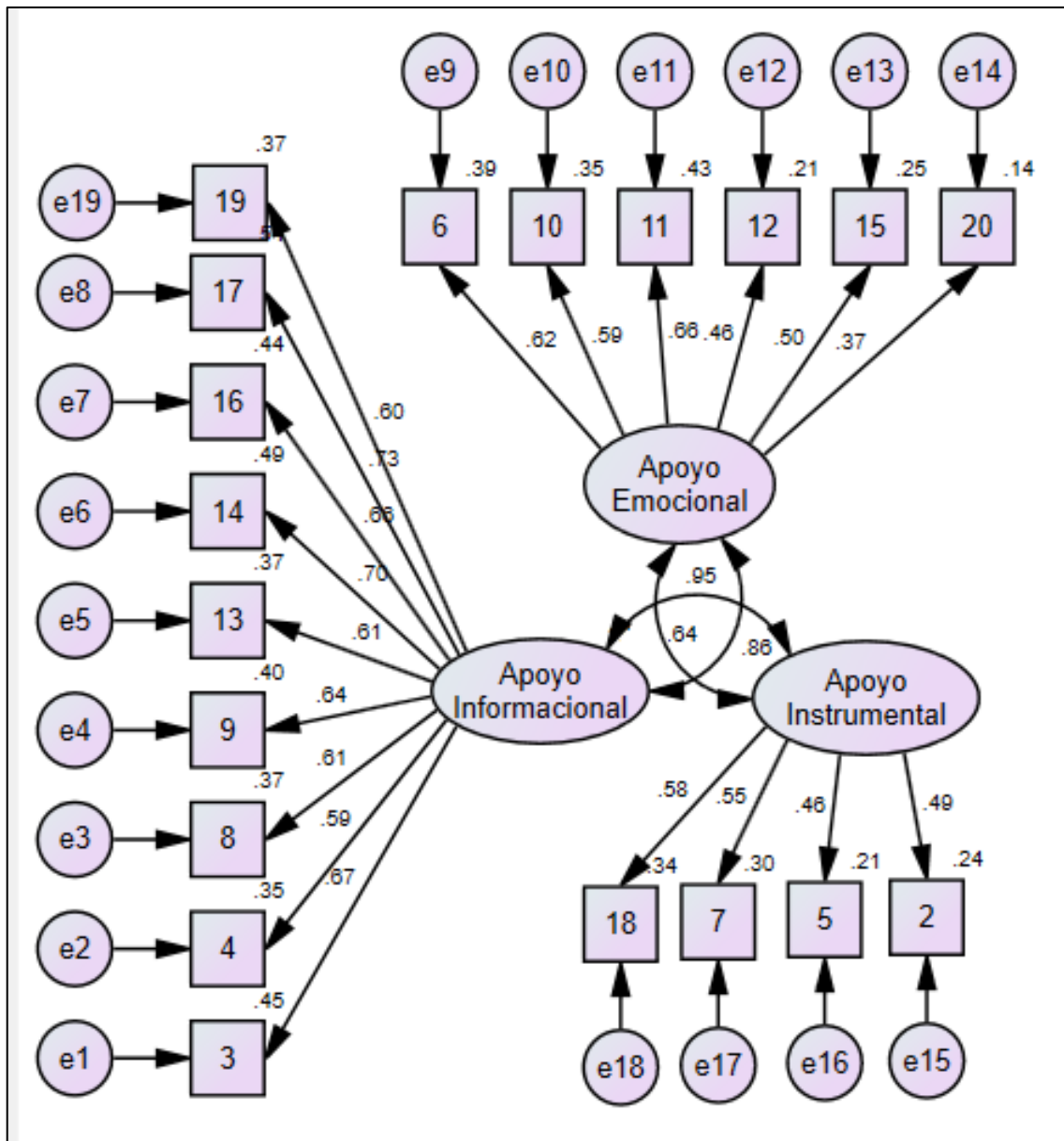


Figura 2. Diagrama de senderos del Cuestionario de Apoyo Social Percibido

En la figura 2 se muestran la estructura de tres factores del Cuestionario de Apoyo Social Percibido, estimada mediante el método de mínimos cuadrados no ponderados, encontrándose en los índices de ajuste absoluto una razón de verosimilitud X^2/gl de 2.08, un GFI de .98 y un RMR de .072, los índices de ajuste comparativo mostraron un NFI de .97 y un RFI de .96 y los índices de ajuste parsimónico mostraron un PGFI de .77 y un PNFI de .84.

Tabla 7. Estimaciones del modelo de tres factores del Apoyo Social Percibido

Ítem	Apoyo informacional	Apoyo emocional	Apoyo instrumental
3	.672		
4	.593		
8	.609		
9	.635		
13	.605		
14	.701		
16	.663		
17	.732		
6		.623	
10		.594	
11		.657	
12		.459	
15		.499	
20		.374	
2			.493
5			.458
7			.549
18			.580
19			.605
Apoyo informacional	--		
Apoyo emocional	.86	--	
Apoyo instrumental	.95	.64	--
Omega	.87	.71	.65

En la Tabla 7 se muestran las cargas factoriales estandarizadas estimadas para el modelo de tres factores del Cuestionario de Apoyo Social Percibido, mostrando valores entre .593 a .732 en la dimensión apoyo informacional, entre .374 a .657 en la dimensión apoyo emocional y entre .458 a .605 en la dimensión apoyo instrumental, encontrándose intercorrelaciones entre .64 y .95.

El análisis de la consistencia interna se realizó mediante el estadístico Omega de McDonald (1999) encontrándose valores de .60 a .87, .87 en la dimensión de apoyo informacional, de .71 para apoyo emocional y de .65 para la dimensión de apoyo instrumental.

**ANEXO n.º 6. Evidencias de validez y confiabilidad de la Escala de Actitudes Frente a la
 Enfermedad en Pacientes con Cáncer (AFEP)**

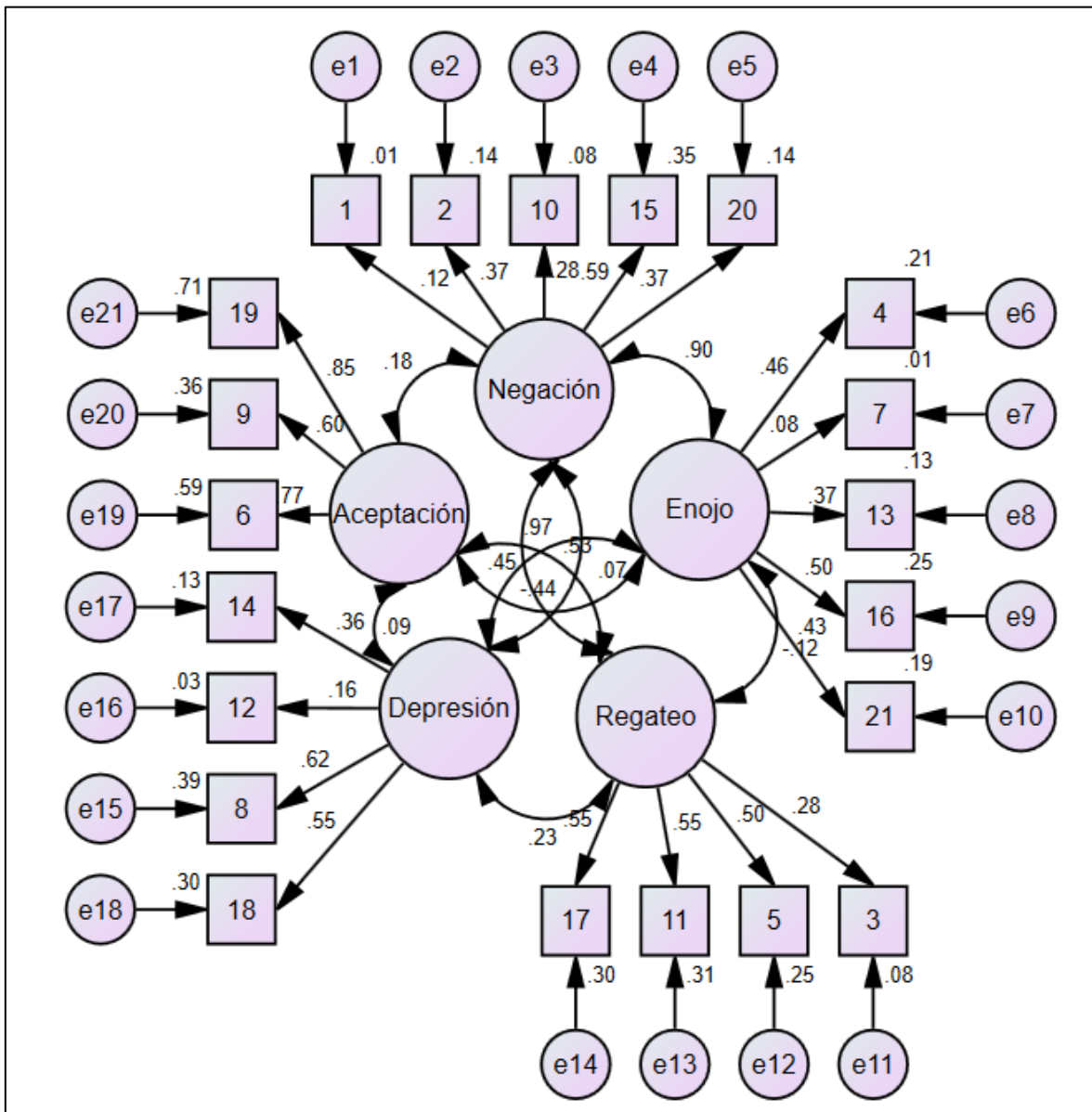


Figura 3. Diagrama de senderos de la Escala de Actitudes Frente a la Enfermedad en pacientes con cáncer (AFEP).

En la figura 3 se muestran la estructura de cinco factores de la Escala de Actitudes Frente a la Enfermedad en pacientes con cáncer (AFEP), estimada mediante el método de mínimos cuadrados no ponderados, encontrándose en los índices de ajuste absoluto una razón de verosimilitud X^2/gI de

2.83, un GFI de .90 y un RMR de .021, los índices de ajuste comparativo mostraron un NFI de .91 y un RFI de .90 y los índices de ajuste parsimónico mostraron un PGFI de .69 y un PNFI de .59.

Tabla 8. Estimaciones del modelo de cinco factores de la Escala de Actitudes Frente a la Enfermedad en pacientes con cáncer (AFEP)

Ítem	Negación	Enojo	Regateo	Depresión	Aceptación
1	.56				
2	.45				
10	.48				
15	.59				
20	.68				
4		.46			
7		.59			
13		.48			
16		.68			
21		.49			
3			.68		
5			.50		
11			.56		
17			.55		
8				.62	
12				.56	
14				.66	
18				.55	
6					.77
9					.60
19					.85
Negación	--				
Enojo	.89	--			
Regateo	.45	-.12	--		
Depresión	.07	.72	.23	--	
Aceptación	.18	.45	.53	.09	--
Omega	.69	.67	.66	.69	.79

En la Tabla 8 se muestran las cargas factoriales estandarizadas estimadas para el modelo de tres factores de la Escala de Actitudes Frente a la Enfermedad en pacientes con cáncer (AFEP), mostrando valores entre .45 a .68 en la fase negación, entre .48 a .68 en la fase enojo, entre .50 a .68 en la fase regateo, entre .55 a .66 en la fase depresión y entre .60 a .85 en la fase de aceptación encontrándose intercorrelaciones entre -.117 a .896.

El análisis de la consistencia interna se realizó mediante el estadístico Omega de McDonald (1999) encontrándose valores de .66 a .79, .69 en la fase negación, .67 en la fase enojo, .66 en la fase regateo, .69 en la fase depresión y .79 en la fase aceptación.