

FACULTAD DE HUMANIDADES

Escuela Académico Profesional de Psicología

Tesis

**Adherencia al tratamiento y funcionalidad familiar
en pacientes con terapia de reemplazo renal del
Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo**

Luis Orlando Silva Figueroa

Para optar el Título Profesional de
Licenciado en Psicología

Huancayo, 2024

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

A : Decana de la Facultad de Humanidades
DE : Juan Andreé Salvatierra Baldeón
 Asesor de trabajo de investigación
ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad de trabajo de investigación
FECHA : 27 de Setiembre de 2024

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para informar que, en mi condición de asesor del trabajo de investigación:

Título:

Adherencia al tratamiento y funcionalidad familiar en pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional "Ramiro Prialé Prialé" de Huancayo.

Autores:

1. Luis Orlando Silva Figueroa – EAP. Psicología

Se procedió con la carga del documento a la plataforma "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 20 % de similitud sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía SI NO
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores
Nº de palabras excluidas (**en caso de elegir "SI"**): SI NO
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante SI NO

En consecuencia, se determina que el trabajo de investigación constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad Continental.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo de investigación sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI y en la normativa de la Universidad Continental.

Atentamente,

La firma del asesor obra en el archivo original
 (No se muestra en este documento por estar expuesto a publicación)

Dedicatoria

A mi amigo Yorick, gracias por acompañarme
mientras aprendía a hacer este tipo de cosas;
donde quiera que estés, recuerda que te amo.

Agradecimiento

Agradezco al Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé y a mis asesores, tanto del hospital como de esta tesis, por el apoyo brindado.

Índice

Resumen	10
Abstract	11
Introducción	12
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.1 Planteamiento y formulación del problema.....	14
1.1.1 Planteamiento del problema	14
1.1.2 Formulación del problema	15
1.2 Objetivos de la investigación	16
1.2.1 Objetivo general	16
1.2.2 Objetivos específicos.....	16
1.3 Delimitación de la investigación	17
1.3.1 Territorial.....	17
1.3.2 Temporal.....	17
1.3.3 Conceptual	17
1.4 Importancia y justificación del estudio	17
1.4.1 Importancia.....	17
1.4.2 Justificación teórica	18
1.4.3 Justificación práctica.....	18
1.4.4 Justificación metodológica.....	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	21
2.1 Antecedentes del problema.....	21
2.1.1 Internacionales	21
2.1.2 Nacionales.....	23
2.1.3 Locales.....	25
2.2 Bases Teóricas.....	25
2.2.1 Enfermedad renal crónica.....	25
2.2.2 Adherencia al tratamiento	30
2.2.3 Funcionalidad familiar.....	34
2.3 Definición de términos básicos.....	39
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	41
3.1 Hipótesis	41
3.1.1 Hipótesis general.....	41
3.1.2 Hipótesis específicas.....	41
3.2 Identificación de variables	41
3.2.1 Definición conceptual.....	41

3.2.2	Operacionalización de variables	42
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		45
4.1	Enfoque de la investigación	45
4.2	Tipo de investigación.....	45
4.3	Nivel de investigación	45
4.4	Diseño de investigación	45
4.5	Población y muestra.....	46
4.5.1	Población.....	46
4.5.2	Tipo de muestreo.....	47
4.5.3	Criterios de inclusión y exclusión	47
4.5.4	Muestra	47
4.6	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	48
4.6.1	Técnicas	48
4.6.2	Instrumentos.....	48
4.7	Proceso de recolección de datos	51
4.8	Técnicas de procesamiento y análisis de datos	52
4.9	Aspectos éticos.....	52
CAPÍTULO V: RESULTADOS		54
5.1	Resultados en relación con las características sociodemográficas de la población.....	54
5.2	Resultados en relación con los instrumentos aplicados.....	56
5.3	Resultados en relación con las hipótesis de la investigación.....	75
DISCUSIÓN.....		80
CONCLUSIONES		84
RECOMENDACIONES.....		85
REFERENCIAS		86
ANEXOS.....		92

Índice de Tablas

Tabla 1. Operacionalización de la variable: adherencia al tratamiento	42
Tabla 2. Operacionalización de la variable: funcionamiento familiar.....	43
Tabla 3. Escala de adherencia al tratamiento (EAT).....	48
Tabla 4. Escala de evaluación del funcionamiento familiar (Faces IV)	50
Tabla 5. Características sociodemográficas de la muestra.....	54
Tabla 6. Nivel de los pacientes en la dimensión de cohesión	56
Tabla 7. Nivel de los pacientes en la dimensión de flexibilidad.....	57
Tabla 8. Nivel de los pacientes en la dimensión de desunión.....	59
Tabla 9. Nivel de los pacientes en la dimensión de sobreinvolucramiento.....	60
Tabla 10. Nivel de los pacientes en la dimensión de rigidez.....	62
Tabla 11. Nivel de los pacientes en la dimensión de caos	63
Tabla 12. Nivel de los pacientes en la dimensión de comunicación.....	65
Tabla 13. Nivel de los pacientes en la dimensión de satisfacción.....	66
Tabla 14. Presencia de funcionalidad familiar en los pacientes.....	68
Tabla 15. Nivel de los pacientes en la dimensión de control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos.....	69
Tabla 16. Nivel de los pacientes en la dimensión de seguimiento médico conductual.....	71
Tabla 17. Nivel de los pacientes en la dimensión de autoeficacia	72
Tabla 18. Adherencia al tratamiento en los pacientes.....	74
Tabla 19. Correlación entre las variables de estudio mediante chi-cuadrado	75
Tabla 20. Nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes	76
Tabla 21. Presencia de funcionalidad familiar en los pacientes.....	77
Tabla 22. Comparación de los dos grupos de pacientes mediante chi-cuadrado	78
Tabla 23. Alfa de Cronbach del EAT y sus dimensiones.....	108
Tabla 24. Alfa de Cronbach del Faces IV y sus dimensiones	108

Índice de Figuras

Figura 1. Nivel de los pacientes en la dimensión de cohesión	56
Figura 2. Nivel de los pacientes en la dimensión de flexibilidad	58
Figura 3. Nivel de los pacientes en la dimensión de desunión	59
Figura 4. Nivel de los pacientes en la dimensión de sobreinvolucramiento	61
Figura 5. Nivel de los pacientes en la dimensión de rigidez	62
Figura 6. Nivel de los pacientes en la dimensión de caos	64
Figura 7. Nivel de los pacientes en la dimensión de comunicación	65
Figura 8. Nivel de los pacientes en la dimensión de satisfacción	67
Figura 9. Presencia de funcionalidad familiar en los pacientes	68
Figura 10. Nivel de los pacientes en la dimensión de control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos.....	70
Figura 11. Nivel de los pacientes en la dimensión de seguimiento médico conductual ..	71
Figura 12. Nivel de los pacientes en la dimensión de autoeficacia.....	73
Figura 13. Presencia de adherencia al tratamiento en los pacientes.....	74

Resumen

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud global debido a su alta prevalencia e impacto negativo en la calidad de vida. La adherencia al tratamiento y el apoyo familiar son factores esenciales para mejorar los resultados clínicos. Por ello se propuso determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar en pacientes con terapia de reemplazo renal. Este estudio, de carácter no experimental, correlacional-comparativo y de corte transversal, utilizó la escala de adherencia al tratamiento (EAT) y la escala de evaluación de funcionalidad familiar (Faces IV). Se evaluaron 75 participantes: 40 en hemodiálisis y 35 en diálisis peritoneal, de los cuales 44 eran varones (58,7 %) y 31 mujeres (41,3 %), con una edad media de 59,21 años (D. E. \pm 15,420). Un total de 71 pacientes (94,7 %) contaba con el apoyo de más de una persona. Se encontró una relación significativa entre la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar ($X^2 = 4,853$, $gl = 1$, $p = 0,028$, $\phi = 0,254$). De los participantes, 71 (94,7 %) presentaron buena adherencia al tratamiento y 72 (96 %) mostraron funcionalidad familiar. No se encontraron diferencias significativas en la adherencia al tratamiento ($p = 0,055$) ni en la funcionalidad familiar ($p = 0,637$) entre pacientes de hemodiálisis y diálisis peritoneal. Estos resultados sugieren una relación significativa entre la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar, por lo que se recomienda realizar investigaciones adicionales con pacientes en diálisis peritoneal.

Palabras clave: Insuficiencia renal crónica, terapia de reemplazo renal, cumplimiento y adherencia al tratamiento, dinámica familiar, diálisis peritoneal y hemodiálisis.

Abstract

Chronic kidney disease (CKD) is a global health problem due to its high prevalence and negative impact on quality of life. Adherence to treatment and family support are essential factors for improving clinical outcomes. Therefore, the aim was to determine the relationship between treatment adherence and family functionality in patients undergoing renal replacement therapy. This non-experimental, correlational-comparative, cross-sectional study used the Treatment Adherence Scale (EAT) and the Family Functionality Assessment Scale (Faces IV). A total of 75 participants were evaluated: 40 on hemodialysis and 35 on peritoneal dialysis, of which 44 were men (58.7%) and 31 women (41.3%), with a mean age of 59.21 years ($SD \pm 15.420$). A total of 71 patients (94.7%) had the support of more than one person. A significant relationship was found between treatment adherence and family functionality ($X^2 = 4.853$, $df = 1$, $p = 0.028$, $\phi = 0.254$). Among the participants, 71 (94.7%) showed good adherence to treatment and 72 (96%) demonstrated family functionality. No significant differences were found in treatment adherence ($p = 0.055$) or family functionality ($p = 0.637$) between hemodialysis and peritoneal dialysis patients. These results suggest a significant relationship between treatment adherence and family functionality, recommending further research with patients undergoing peritoneal dialysis.

Keywords: Renal Insufficiency, Chronic; Renal Replacement Therapy, Treatment Adherence and Compliance, Family Dynamics, Peritoneal Dialysis and Hemodialysis.

Introducción

La atención de la enfermedad renal crónica (ERC) se ha convertido en una prioridad de salud a nivel mundial debido a su alta prevalencia y su impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes. Esta afección crónica se caracteriza por un deterioro progresivo e irreversible de la función renal, que con frecuencia conduce a la necesidad de tratamientos sustitutivos, como la diálisis o el trasplante de riñón.

En este contexto, estudios realizados por Mezquite (2023) a nivel internacional, Reyes (2023) a nivel nacional y Ruiz (2018) a nivel local han demostrado que la adherencia al tratamiento y el apoyo familiar son fundamentales para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes con ERC. No obstante, la psicología aplicada a la nefrología, que investiga estos aspectos, aún se encuentra en una fase emergente, lo que subraya la necesidad de una mayor exploración para consolidar sus fundamentos teóricos y aplicaciones prácticas.

Por lo tanto, esta investigación no experimental de tipo correlacional-comparativa tiene como objetivo examinar la interacción entre el cumplimiento del tratamiento y la funcionalidad familiar en pacientes con ERC, con la intención de contribuir al desarrollo teórico en este campo y mejorar las intervenciones prácticas. Específicamente, se busca determinar la naturaleza de la relación entre el cumplimiento del tratamiento y la funcionalidad familiar, proporcionando así una base empírica para futuras investigaciones y prácticas clínicas.

En el Capítulo I, se plantea el problema de investigación, formulando la pregunta general, las preguntas específicas y los objetivos del estudio. Además, se delimita el alcance del estudio y se justifica su importancia.

El Capítulo II aborda los antecedentes de investigaciones que han estudiado los fenómenos mencionados, en poblaciones semejantes, proporcionando un marco

de referencia para la presente investigación. Se revisan las teorías relevantes sobre la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar, con énfasis en la teoría de Soria y colaboradores, así como en la teoría de Olson. Estas teorías ofrecen un sustento conceptual para entender las dinámicas entre los constructos investigados.

En el Capítulo III, se presentan las hipótesis de la investigación y se operativizan las variables de estudio. Este capítulo es crucial para establecer las bases metodológicas que permitirán validar las hipótesis planteadas.

El Capítulo IV describe la metodología de la investigación. Se detalla que se trata de un estudio no experimental, de tipo básico, correlacional-comparativo y de corte transversal. Además, se explica la selección de la población y la muestra, así como el instrumento utilizado para la recolección de datos, que fueron encuestas. La elección de estos instrumentos se fundamenta en su validez y confiabilidad para medir los constructos de interés.

Para finalizar, en el capítulo V se presentan los resultados obtenidos y se discuten los hallazgos en el contexto de la literatura existente. También se ofrecen las conclusiones y recomendaciones basadas en los datos recopilados.

La mayor limitación de esta investigación fue la dificultad para obtener la muestra determinada debido a los horarios de los pacientes.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento y formulación del problema

1.1.1 Planteamiento del problema

La enfermedad renal crónica (ERC) representa una preocupación global, pues afecta al 10 % de la población mundial y sus consecuencias pueden ser mortales si no se maneja adecuadamente. La falta de comprensión acerca de esta enfermedad contribuye al aumento constante de la mortalidad asociada (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022). Latinoamérica presenta una prevalencia promedio del 11,5 % de personas con ERC (Rosas et al., 2024).

En Perú, hasta el año 2021, existían alrededor de 3 084 212 pacientes con ERC (Loza, 2022); en Huancayo, 402 pacientes (Arellan y León, 2022). La pandemia global por Covid-19 probablemente ha agravado aún más esta situación, afectando considerablemente los sistemas de salud y probablemente intensificando las cifras asociadas a la ERC.

De acuerdo con la literatura consultada, los pacientes en estadios avanzados como el 4 o 5 de la ERC que no pueden realizarse un trasplante renal eligen tratamientos como la hemodiálisis o la diálisis peritoneal, ambos con impactos psicológicos notables, incluyendo manifestaciones de estrés y ansiedad (Rini et al., 2021; Unsal et al., 2020).

La psicología relacionada a la nefrología es un campo aún en desarrollo temprano (García y Arredondo, 2018) y se desconocen muchos de sus aspectos en los pacientes o sus familiares. Sin embargo, se reconoce que la funcionalidad familiar desempeña un papel crucial en la capacidad de los individuos para enfrentar situaciones estresantes (Reyes, 2023; Valverde, 2021). Si se aplica esta premisa a la teoría de Olson (2019), se podría sugerir que una familia con buena cohesión y flexibilidad permitirá a los pacientes enfrentar de manera más efectiva desafíos como

el tratamiento de una ERC, al crear un entorno emocionalmente seguro que favorezca tanto su estabilidad psicológica como su adherencia al tratamiento.

A pesar de que estudios previos, como los de Arias (2023) y Ruiz (2018), sugirieron una posible relación entre el cumplimiento al tratamiento y la funcionalidad familiar en pacientes renales, no existe un consenso claro en la literatura debido a que la psiconefrología es un campo emergente (García y Arredondo, 2018). Esta falta de acuerdo destaca la necesidad de profundizar en la conexión entre estos aspectos, lo cual beneficiaría tanto a los pacientes que se realizan alguna terapia de reemplazo renal como al marco teórico que los aborda.

Por tal motivo, alineado al Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, el propósito de este estudio es ampliar este conocimiento para orientar a los profesionales de la salud hacia intervenciones más personalizadas, fortaleciendo los lazos familiares y fomentando una mayor adherencia al tratamiento. Se espera que esta aproximación mejore la calidad de vida de los pacientes (Reyes, 2023), generando beneficios para los pacientes y el personal de salud.

Adicionalmente, la investigación propuesta tiene el potencial de explorar nuevas áreas de estudio, como la gestión integral de pacientes con ERC y las diferencias en el impacto psicológico entre pacientes sometidos a hemodiálisis y diálisis peritoneal en un contexto mundial y latinoamericano. Comprender estos aspectos generará el desarrollo de estrategias más adaptadas y específicas para abordar las necesidades emocionales y psicológicas de cada grupo de pacientes

1.1.2 Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar en pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, en el periodo 2024?

Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé mediante la escala de adherencia terapéutica (EAT), en Huancayo, en el periodo 2024?
- ¿Cuál es el tipo de funcionalidad familiar en pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé mediante la escala de funcionalidad familiar IV (Faces IV), en Huancayo, en el periodo 2024?
- ¿Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de funcionalidad familiar y en la adherencia al tratamiento entre pacientes con hemodiálisis y pacientes con diálisis peritoneal?

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo general

Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar en pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, en el periodo 2024.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé mediante la escala de adherencia terapéutica (EAT), en Huancayo, en el periodo 2024.
- Conocer cuál es el tipo de funcionalidad familiar en pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé mediante la escala de funcionalidad familiar IV (Faces IV), en Huancayo, en el periodo 2024.
- Demostrar si existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de funcionalidad familiar y en la adherencia al tratamiento entre pacientes con hemodiálisis y pacientes con diálisis peritoneal.

1.3 Delimitación de la investigación

1.3.1 Territorial

La investigación se realizó en Huancayo, una ciudad ubicada estratégicamente en la región central de Perú. La elección de Huancayo como el área geográfica de interés se basa en la conveniencia logística para el investigador, permitiéndole acceder de manera eficiente a la población de estudio. Dentro de Huancayo, la investigación se enfocó específicamente en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé.

1.3.2 Temporal

La investigación se efectuó desde el 1 de abril hasta el 6 de agosto del año 2024

1.3.3 Conceptual

Los conceptos abordados en esta investigación estuvieron relacionados a la adherencia al tratamiento, la funcionalidad familiar y la enfermedad renal.

1.4 Importancia y justificación del estudio

1.4.1 Importancia

Esta investigación destaca por su significativa relevancia al profundizar en la conexión entre la funcionalidad familiar y la adherencia de pacientes con condiciones médicas crónicas, como la disfunción renal. Más allá de su aplicación específica en el contexto de la diálisis, los resultados potenciales pueden extrapolarse a otras situaciones médicas, incluyendo el proceso de trasplante, estableciendo así una base teórica sólida con amplias aplicaciones prácticas.

La obtención de información a través de este estudio podría orientar a los profesionales de la salud hacia intervenciones personalizadas que fortalezcan los lazos familiares y fomenten una mayor adherencia al tratamiento. En última instancia, se espera que este enfoque contribuya significativamente a mejorar los resultados clínicos, reducir las interrupciones del tratamiento y elevar la calidad de vida de los

pacientes. Este impacto positivo no solo beneficiaría a los pacientes directamente involucrados, sino también al personal de salud, generando mejoras sustanciales en la gestión de condiciones médicas crónicas.

1.4.2 Justificación teórica

Desde un enfoque teórico, son pocos los estudios que han destacado que la funcionalidad familiar influye directamente en la adaptación y manejo de condiciones médicas crónicas, como la disfunción renal en un paciente. La calidad de las interacciones familiares se considera un elemento clave para comprender la experiencia del paciente (Aguilar et al., 2015).

Por tal motivo, con la presente investigación se buscó robustecer la comprensión de cómo la dinámica familiar puede estar relacionada con la participación activa y constante del paciente en su tratamiento, y cómo esta relación puede repercutir en su bienestar general. Asimismo, se pretendió establecer una base teórica que abarque toda terapia de reemplazo renal.

De esta forma, la relación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento se revela como un factor crítico para el éxito de intervenciones médicas complejas, permitiendo anticipar y abordar posibles desafíos en la implementación de futuros tratamientos, incluyendo el trasplante (Goya, 2016; Arias, 2023).

1.4.3 Justificación práctica

La información obtenida en el presente estudio puede orientar a otros investigadores y profesionales de la salud en la creación de intervenciones personalizadas. Identificando áreas específicas para mejorar la dinámica familiar se puede impulsar la adherencia al tratamiento (Valverde, 2021).

Además, este tipo de comprensión teórica ofrece una base para anticipar posibles desafíos y facilitar intervenciones tempranas, optimizando así los resultados clínicos (Ruiz, 2018). Al dar información para robustecer el resultado de los

tratamientos para el bienestar de los pacientes, esta investigación contribuye al Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, el cual está enfocado en garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos, especialmente reduciendo la mortalidad por enfermedades no transmisibles como la enfermedad renal crónica.

1.4.4 Justificación metodológica

La elección de las pruebas para aplicación de la presente investigación se basó en la necesidad de obtener resultados robustos y confiables. Se optó por la utilización de instrumentos psicométricos, específicamente la escala de adherencia terapéutica (EAT) y la escala de funcionalidad familiar IV (Faces IV) debido a sus ventajas en términos de validez y confiabilidad.

La selección de la escala de adherencia terapéutica (EAT) en lugar del test de Morisky-Green se fundamenta en las dimensiones que abarca la EAT, las cuales proporcionan una evaluación más integral de la percepción de la adherencia de los pacientes al tratamiento (Chalco et al., 2023). Se busca capturar no solo comportamientos concretos, sino también las actitudes y percepciones que pueden influir en la adhesión terapéutica de manera más completa.

Asimismo, la preferencia por la escala de funcionalidad familiar (Faces IV) en lugar de la versión anterior (Faces III) se justifica por la confiabilidad de constructo que presenta la Faces IV (Caycho y Castilla, 2020). Este instrumento psicométrico ha demostrado ser más robusto en la medición de la funcionalidad familiar, proporcionando resultados más confiables y válidos (Olson, 2019).

La elección de utilizar instrumentos psicométricos en lugar de entrevistas estructuradas y no estructuradas se debió a la intención de realizar una investigación más cuantificable y pura (Arias y Covinos, 2021; Ruiz y Valenzuela, 2022). Los instrumentos psicométricos proporcionan mediciones estandarizadas, permitiendo una

evaluación más objetiva y la posibilidad de realizar análisis estadísticos que refuercen la validez interna de los resultados obtenidos (Ruiz y Valenzuela, 2022).

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del problema

A continuación, se describen algunos estudios encontrados con los constructos abarcados en esta investigación.

2.1.1 Internacionales

A nivel internacional se evidencian los siguientes antecedentes:

Mezquite (2023) llevó a cabo su tesis de licenciatura con el propósito general de establecer la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con disfunción renal en un centro de salud, en México, durante el año 2023. Este estudio se desarrolló mediante una investigación correlacional no experimental de tipo transversal, utilizando una muestra de 102 pacientes. Se aplicaron la entrevista no estructurada y cuestionarios creados por el autor para conocer variables sociodemográficas y clínicas. En cuanto a los resultados y conclusiones, el análisis estadístico mediante X^2 evidenció un resultado de 95,91 con un p-valor menor que 0,05 y un $\phi \approx 0,602$, lo que sugirió una correlación alta directamente proporcional entre los fenómenos estudiados.

Por su parte, Arias (2023) realizó su tesis de licenciatura con la finalidad de establecer la relación entre la adherencia al tratamiento y apoyo familiar en pacientes con disfunción renal en un centro de salud, en Ecuador, durante el año 2023. Este estudio se efectuó mediante una investigación descriptiva mixta de tipo transversal, utilizando una muestra de 10 familiares y 32 pacientes. Se aplicaron la entrevista no estructurada y el test de Morisky-Green. El análisis estadístico evidenció que 16 pacientes (50 %) tenían adherencia al tratamiento gracias al apoyo y funcionalidad familiar.

De igual forma, Goya (2016) se planteó en su tesis de licenciatura conocer la relación entre la calidad de vida, la funcionalidad familiar y el cumplimiento al tratamiento en pacientes con hemodiálisis en un centro de salud, en Ecuador, durante el año 2016. La investigación correlacional no experimental de tipo transversal se realizó con una muestra de 51 pacientes. Se aplicaron el cuestionario KDQOL-TM36, el Test FF-SIL y el Test de Morisky Green. El análisis estadístico mediante X^2 evidenció un resultado de 33,56, lo que sugirió una correlación moderada entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento. Asimismo, se demostró también que el 95,8 % de los pacientes que no tienen buena adherencia terapéutica vienen de una familia disfuncional.

En la misma línea, Aguilar et al. (2015) describieron en su artículo científico la relación entre la funcionalidad familiar, la autoestima y la adherencia al tratamiento en pacientes en diálisis peritoneal en un centro de salud, en México, durante el año 2015. Mediante una investigación descriptiva no experimental de tipo transversal, con una muestra de 290 pacientes, se aplicaron el test de Morisky-Green y Batalla, el apgar familiar y la escala de funcionalidad familiar Faces III. En cuanto a los resultados y conclusiones, el análisis estadístico mostró que 226 pacientes (78,3 %) que tenían una familia funcional también presentaban una adecuada adherencia al tratamiento.

No se encontraron más investigaciones internacionales centrados en los mismos constructos y población de interés de la presente investigación. Sin embargo, se identificaron estudios similares, particularmente en pacientes con otras enfermedades crónicas que experimentaron afectación psicológica semejante a pacientes con disfunción renal (Arrivillaga et al., 2007).

Uno de estos estudios fue realizado por Ruiz y Gutiérrez (2022), quienes, en su tesis de maestría, establecieron la relación entre la funcionalidad familiar y el cumplimiento al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 en una institución de aseguramiento de Soachaen, en Colombia, durante el año 2022. Dicho

trabajo se desarrolló mediante una investigación descriptiva no experimental de tipo transversal, utilizando una muestra de 304 pacientes. Se aplicaron el Test de Morisky-Green y Batalla y la funcionalidad familiar con el Apgar familiar. El análisis estadístico ($P > 0,05$) reveló que los pacientes con una familia funcional no presentan mala adherencia a su tratamiento.

2.1.2 Nacionales

A nivel nacional se encontraron los siguientes antecedentes:

Valverde (2021) estudió la relación entre el soporte familiar y el cumplimiento al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con disfunción renal en el Centro Nefrológico Santa Lucía S.A.C. de Trujillo, durante el año 2021, para su tesis de licenciatura. A través de una investigación correlacional no experimental de tipo transversal, con una muestra de 70 pacientes, aplicó la entrevista no estructurada y cuestionarios de autoría propia. En sus resultados demostró que 66 pacientes (95 %) realizaban su tratamiento gracias al apoyo que reciben de su familia.

Por su parte, Reyes (2023) en su investigación establece la relación entre el clima social familiar y la adherencia a la terapia de hemodiálisis en pacientes atendidos en una clínica de Chiclayo, durante el año 2023. Este estudio se llevó a cabo mediante una investigación correlacional no experimental de tipo transversal, utilizando una muestra de 30 pacientes. Se aplicaron el Faces IV y el cuestionario de evaluación de adherencia al tratamiento de hemodiálisis, basado en las dimensiones de la Organización Mundial de la Salud. Los resultados arrojaron que 12 pacientes (40 %) presentaban buena adherencia y buen clima familiar; del mismo modo, el análisis a través del coeficiente rho de Spearman y el P-valor revelaron una relación significativa entre los constructos, obteniendo un resultado de 0,945, lo que indicó una correlación muy alta.

No se encontraron más investigaciones nacionales que se centren en los mismos constructos y población de interés de la presente investigación. Sin embargo, se identificaron estudios similares en pacientes con otras enfermedades crónicas que experimentaron afectación psicológica semejante a pacientes con disfunción renal (Arrivillaga et al., 2007).

Uno de dichos estudios fue desarrollado por Avilés (2021) con el propósito de establecer la relación entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2 del Centro Médico Metropolitano del Cusco, en 2020, empleó una muestra de 190 personas. La investigación fue correlacional no experimental de tipo transversal y se aplicaron el Apgar familiar y el Test de Morisky-Green. El análisis a través del coeficiente Rho de Spearman y el P-valor reveló una relación significativa entre los constructos, obteniendo un resultado de 0,433, lo que indicó una correlación moderada.

En el mismo sentido, Córdova (2023) estableció la relación entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en un hospital de La Libertad durante el año 2023. El estudio se efectuó mediante una investigación descriptiva no experimental de tipo transversal, con una muestra de 180 pacientes. Después de aplicar el Apgar familiar y el Test de Morisky-Green, se demostró que 99 pacientes (54,7 %) con una buena funcionalidad familiar presentaban una buena adherencia al tratamiento.

Por su parte, Alva y Espinoza (2019) investigaron la relación entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes oncológicos del Hospital Regional José Cayetano Heredia, en Piura, durante el año 2017. Este estudio se llevó a cabo mediante una investigación correlacional no experimental de tipo transversal, utilizando una muestra de 67 pacientes. Se aplicaron el FF SIL y el Test de Morisky-Green. El análisis estadístico mediante X^2 evidenció un resultado de 0,674, lo que sugirió una correlación moderada entre los fenómenos estudiados.

2.1.3 Locales

A nivel local solo se encontró la investigación de Ruiz (2018), quien estudió la relación entre la funcionalidad familiar, el afrontamiento y la adherencia al tratamiento en pacientes con disfunción renal de un hospital de Huancayo, durante el año 2018. A través de un estudio correlacional no experimental de tipo transversal, con una muestra de 94 pacientes, se reveló una correlación muy alta entre los constructos, obteniendo un resultado mayor que $r=0,9$. En esta investigación se aplicaron el Faces III, el cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO) y la EAT.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Enfermedad renal crónica

2.2.1.1 Definición.

La ERC, según Lorenzo y Luis (2023), investigadores de la sociedad de nefrología española, es una condición médica que se caracteriza por la alteración del funcionamiento renal, lo cual afecta la forma en que los riñones filtran y eliminan los desechos y el exceso de sustancias líquidas del cuerpo. Esta situación puede llevar a la acumulación de sustancias tóxicas en la sangre y otros problemas de salud.

2.2.1.2 Criterios diagnósticos de la ERC según el CIE 10.

La ERC, según los criterios diagnósticos establecidos por la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a edición (CIE-10), de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016), se define por la presencia de uno de los siguientes criterios durante un período superior a tres meses:

El primero es una tasa de filtración glomerular (TFG) inferior a 60 ml/min/1,73 m², mientras que el segundo criterio implica la existencia de daño renal, que puede evidenciarse mediante diversas manifestaciones como alteraciones estructurales detectadas por técnicas de imagen o histología, la presencia de albuminuria por encima de los valores normales, indicativa de un exceso de proteínas en la orina, y cambios en

el sedimento urinario que pueden incluir variaciones en la apariencia y composición de los elementos presentes en la orina (OMS, 2016).

Estos criterios, como lo explica Méndez (2017), son fundamentales para la identificación y clasificación de la ERC en sus distintas etapas, lo que permite una adecuada implementación de medidas de tratamiento y prevención. La detección temprana y precisa de estos indicadores es esencial para manejar eficazmente la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes

2.2.1.3 Causas de la ERC.

La ERC puede tener diversas causas. Las principales, según Lorenzo y Luis (2023) son:

- Nefropatía diabética. La diabetes puede causar daño progresivo en los riñones.
- Enfermedad vascular arteriosclerótica, nefroangiosclerosis, nefropatía isquémica. La hipertensión arterial y trastornos vasculares pueden dañar los vasos sanguíneos renales, afectando la función renal.
- Enfermedad glomerular. Puede ser primaria o secundaria a enfermedad sistémica, afecta las unidades de filtración renal y contribuye al desarrollo de la ERC.
- Nefropatías congénitas y hereditarias. Las condiciones genéticas afectan la estructura y función renal, contribuyendo a la disfunción renal.
- Nefropatías intersticiales. Inflamación e irritación del tejido intersticial renal, causadas por diversas condiciones.
- Obstrucción prolongada del tracto urinario. Incluyendo litiasis renal, puede bloquear el flujo normal de la orina, causando daño renal.
- Infecciones urinarias de repetición. Infecciones persistentes pueden contribuir al desarrollo de daño renal crónico.

- Enfermedades sistémicas. El lupus, vasculitis o mieloma pueden afectar directa o indirectamente la función renal.

2.2.1.4 Grados de afectación de la ERC.

Según Méndez (2017), la ERC se clasifica en diferentes etapas o grados de afectación, generalmente según la tasa de filtración glomerular (TFG) y la presencia de daño renal. La clasificación más común, como lo menciona Lorenzo y Luis (2023), utiliza cinco etapas, conocidas como estadios de la ERC:

- Estadio 1 (TFG normal o elevado). En esta etapa puede haber evidencia de daño renal, pero la función renal aún es normal o ligeramente elevada. Pueden existir factores de riesgo, pero la enfermedad renal aún no se ha desarrollado completamente.
- Estadio 2 (TFG ligeramente disminuido). Se observa una ligera disminución en la tasa de filtración glomerular, lo que indica un deterioro leve de la función renal. Aunque la enfermedad renal está presente, es posible que no haya síntomas evidentes en esta etapa.
- Estadio 3 (TFG moderadamente disminuido). Existe una disminución moderada en la función renal, lo que puede provocar la aparición de síntomas. En este estadio es crucial identificar y tratar las causas subyacentes de la ERC para prevenir la progresión.
- Estadio 4 (TFG marcadamente disminuido). Se observa una disminución significativa en la función renal. En esta etapa, los síntomas pueden ser más pronunciados y el riesgo de complicaciones aumenta. La gestión adecuada es esencial para retrasar la progresión.
- Estadio 5 (insuficiencia renal avanzada). También conocida como enfermedad renal terminal (ERT) o insuficiencia renal crónica (IRC), en esta etapa, la función renal está gravemente comprometida y los pacientes

generalmente necesitan tratamiento de reemplazo renal, como diálisis o trasplante de riñón.

2.2.1.5 Pronóstico de la ERC.

El pronóstico de los pacientes con ERC varía según varios factores, desde la etapa de la enfermedad después de la evaluación y diagnóstico, las causas subyacentes, la presencia de comorbilidades y la respuesta del paciente al tratamiento (Méndez, 2017). En general, la ERC puede tener un curso progresivo y su pronóstico puede ir desde una progresión lenta con manejo adecuado hasta una rápida deterioración de la función renal (Méndez, 2017).

2.2.1.6 Tipos de terapia de reemplazo renal para la ERC.

A continuación, se explican los dos tratamientos más conocidos que se realizan las personas con ERC:

2.2.1.6.1 Hemodiálisis

Es un procedimiento médico que consiste en extraer la sangre del paciente a través de un acceso vascular, bombeándola a través de una máquina de diálisis con un filtro llamado dializador (Lorenzo y Luis, 2023). En este proceso, se eliminan los desechos y el exceso de líquidos de la sangre, devolviendo la sangre purificada al cuerpo. Este tratamiento se realiza en una institución especializada varias veces a la semana, cada sesión puede durar varias horas (Méndez, 2017).

2.2.1.6.2 Diálisis peritoneal

Es un método médico en el que se utiliza la membrana peritoneal, que recubre la cavidad abdominal, como un filtro natural. A través de un catéter peritoneal, se introduce un líquido de diálisis en la cavidad abdominal (Lorenzo y Luis, 2023; Méndez, 2017). Este líquido permanece por un tiempo, permitiendo la eliminación de desechos y exceso de líquidos a través de la membrana. Luego, el líquido se drena y se repite el proceso varias veces al día (Méndez, 2017).

2.2.1.6.3 Trasplante renal

De acuerdo con Lorenzo y Luis (2023), es una forma avanzada de terapia de reemplazo renal que implica la colocación de un riñón sano de un donante (vivo o fallecido) en un paciente con insuficiencia renal terminal. Este procedimiento se considera la opción más eficaz para restaurar la función renal y mejorar la calidad de vida del paciente, ya que el riñón trasplantado puede realizar todas las funciones que los riñones fallidos ya no pueden llevar a cabo.

2.2.1.7 Efecto psicológico de la ERC.

Niebla et al. (2023) investigaron los síntomas psiquiátricos en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y hallaron una alta prevalencia de trastornos como ansiedad y depresión. De manera similar, Molina y Alarcón (2022) evaluaron la incidencia de depresión en estos pacientes y descubrieron niveles elevados de malestar psicológico asociado con la enfermedad. Ambos estudios coincidieron en que el diagnóstico de la ERC puede desencadenar una gama de emociones intensas, tales como shock, incredulidad y ansiedad, dado que enfrentar una condición crónica que afectará profundamente la vida diaria impone una carga emocional significativa.

Además, Lorenzo y Luis (2023) destacaron que el manejo de la ERC implica ajustes significativos en el estilo de vida, incluyendo restricciones dietéticas y un régimen de tratamiento estricto, lo que puede generar estrés emocional y desafíos psicológicos mientras los pacientes se adaptan a nuevas rutinas y enfrentan la incertidumbre de su condición. El temor a la progresión de la enfermedad y las complicaciones adicionales también contribuyen a esta carga psicológica (Molina y Alarcón, 2022)

Aunque se reconoce el impacto psicológico considerable en los pacientes con ERC, como indican los estudios de Ruiz (2018), Mezquite (2023) y Aguilar-Rivera et al. (2015), es evidente que se requiere una investigación más profunda para entender completamente estas implicaciones.

2.2.1.8 Efecto psicológico de los tratamientos para la ERC.

Los pacientes en etapas 4 y 5 de la ERC mayormente eligen tratamientos como hemodiálisis o diálisis peritoneal debido a que el trasplante de riñón es costoso y representa un gran tiempo de espera (Lorenzo y Luis, 2023). Al respecto, la comunidad médica manifiesta interés y preocupación por el impacto psicológico de estos tratamientos (Méndez, 2017).

Hemodiálisis. Implica filtrar la sangre mediante una máquina, puede inducir estrés y ansiedad debido a la frecuencia y la necesidad de viajar al centro de diálisis. Además, los pacientes suelen informar la presencia de pensamientos negativos sobre su futuro o pasado, lo cual afecta también su estado de ánimo (Rini et al., 2021; Unsal et al., 2020).

Diálisis peritoneal. Realizada en casa, brinda mayor autonomía, pero implica procedimientos más frecuentes. Similar a la hemodiálisis, este procedimiento también puede generar estrés, ansiedad o depresión, ello afecta las actividades diarias y la calidad de vida de los pacientes (Rini et al., 2021; Unsal et al., 2020).

Si bien Unsal et al. (2020) y Rini et al. (2021) evidenciaron similitud en la afectación psicológica y la calidad de vida en ambos tratamientos, sus estudios no abarcaron a profundidad las diferencias entre pacientes de hemodiálisis y de diálisis peritoneal; en cambio, la investigación de Bouwmans et al. (2023) sí sugirió diferencias en la salud mental de estos dos grupos. Sin embargo, este único estudio y los pocos que probablemente existen en idiomas diferentes al inglés y español no son suficientes para determinar una teoría sólida.

2.2.2 Adherencia al tratamiento

2.2.2.1 Definición.

Desde una perspectiva biopsicosocial, se conceptualiza la adherencia al tratamiento como la participación activa y deliberada del paciente, con el propósito de

alcanzar los resultados preventivos o terapéuticos deseados (Pisano y González, 2014).

En el contexto de la enfermedad renal crónica, la adherencia al tratamiento se evalúa según la medida en que los comportamientos del individuo, tales como la toma de medicamentos, la adherencia a un régimen alimentario y la implementación de cambios en el estilo de vida, se alinean con las recomendaciones proporcionadas por los profesionales de la salud (Goya, 2016). Este compromiso colaborativo es esencial para garantizar la efectividad de los tratamientos y mejorar los resultados de salud en pacientes con enfermedad renal crónica (Goya, 2016).

2.2.2.2 Teoría de la adherencia al tratamiento.

A continuación, se presentan los modelos más conocidos y respaldados por la comunidad científica:

Modelo de creencias sobre la salud (MCS). Es una teoría que explica el comportamiento en relación con la salud, incluyendo la adherencia al tratamiento, a través de las perspectivas de los individuos (Pisano y González, 2014). Este enfoque sostiene que las decisiones relacionadas con la salud son moldeadas por las creencias acerca de la gravedad de una enfermedad, la vulnerabilidad individual a padecerla, los beneficios que se perciben al adoptar medidas preventivas y los obstáculos que se consideran al intentar llevar a cabo dichas acciones (Pisano y González, 2014). En el contexto de la adherencia terapéutica, Pisano y González (2014) destacaron que el MCS sugiere que la percepción de los beneficios del tratamiento y la percepción de las barreras para seguirlo afectarán la probabilidad de que un individuo cumpla con el régimen prescrito.

Teoría de la acción razonada (TAR). Propuesto por Martín Fishbein e Icek Ajzen en 1976, se basa en la idea de que las personas toman decisiones de comportamiento mediante un proceso lógico y razonado. Según la TAR, las actitudes

hacia un comportamiento, las normas subjetivas (las creencias sobre lo que los demás consideran apropiado) y la percepción de control sobre el comportamiento influyen en la intención de realizar dicho comportamiento (Pisano y González, 2014). La intención, a su vez, se asocia con la realización del comportamiento. En el contexto de la adherencia al tratamiento, la TAR sugiere que si un individuo tiene una actitud positiva hacia el cumplimiento del tratamiento, percibe que otras personas importantes apoyan esta acción y se siente capaz de llevar a cabo el comportamiento, es más probable que se adhiera al tratamiento prescrito (Pisano y González, 2014).

Sin embargo, el presente trabajo se basó en el siguiente marco teórico:

Teoría de Soria et al. (2009). Estos autores no presentan una teoría específica sobre la adherencia al tratamiento, pero se presume que su marco teórico está basado en teorías como el modelo de creencias de salud (MCS) y la teoría de la acción razonada (TAR), así como en los aportes de Sánchez. Este último destacó la importancia de los factores instrumentales, cognitivos y emocionales, subrayando la necesidad de evaluar las interacciones entre el paciente y el profesional de salud, el régimen terapéutico, las características de la enfermedad y los factores psicosociales que influyen en la adherencia del paciente. En lugar de proponer una teoría específica, su marco teórico destacó la complejidad de la adherencia terapéutica y la diversidad de factores que pueden influir en ella, abordando desde aspectos psicológicos hasta elementos biopsicosociales (Soria et al., 2009). Además, se mencionó la evaluación de la adherencia mediante indicadores como la toma de medicamentos, análisis clínicos y autoinformes.

2.2.2.3 Dimensiones de adherencia al tratamiento.

Soria et al. (2009) propusieron tres dimensiones de la adherencia terapéutica:

Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos. Esta dimensión se refiere a la capacidad del paciente para gestionar y llevar a cabo de manera efectiva la toma de medicamentos y la adhesión a las pautas dietéticas prescritas.

Seguimiento médico conductual. Se centra en la capacidad del paciente para realizar el seguimiento de las indicaciones y recomendaciones proporcionadas por el equipo médico. Incluye la asistencia a citas médicas programadas, la realización de análisis clínicos, exámenes y otras medidas sugeridas por los profesionales de la salud.

Autoeficacia. Se refiere a la percepción del paciente sobre su capacidad personal para realizar con éxito las acciones necesarias con el fin de adherirse al tratamiento y controlar su enfermedad. Evalúa la confianza del paciente en su capacidad de seguir las indicaciones médicas y realizar cambios en su estilo de vida (Soria et al., 2009).

2.2.2.4 Factores relacionados la adherencia al tratamiento en pacientes.

La adherencia al tratamiento en pacientes está influenciada por varios factores que pueden categorizarse según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. En primer lugar, los factores relacionados con la enfermedad desempeñan un papel crucial. La severidad de la enfermedad y la presencia de síntomas incómodos o incapacitantes pueden impactar significativamente en la percepción del paciente sobre la necesidad de seguir el tratamiento (OMS, 2004).

En cuanto a los factores relacionados con el tratamiento, la complejidad del régimen prescrito juega un papel importante. La OMS (2004) indicó que los tratamientos que involucran múltiples medicamentos o procedimientos complejos pueden dificultar la adherencia. Además, señaló que la tolerancia a los efectos secundarios del tratamiento también es un aspecto relevante, ya que los efectos

secundarios no deseados pueden afectar la disposición del paciente para seguir las indicaciones médicas.

De igual forma, la OMS (2004) sostuvo que los factores relacionados con el paciente son otro componente esencial. Las creencias y conocimientos del paciente sobre su enfermedad y tratamiento son determinantes clave de su disposición para adherirse al plan terapéutico. La comprensión y aceptación de la importancia del tratamiento por parte del paciente son elementos fundamentales que influyen en su comportamiento hacia la adherencia. Además, reconoció la importancia de los factores familiares en este contexto. El apoyo, empatía y la comprensión de la familia pueden desempeñar un papel clave en la adherencia del paciente al tratamiento. La presencia de un sistema de apoyo sólido también puede facilitar la integración de las recomendaciones médicas en la vida diaria del paciente, contribuyendo así a una mejor adherencia terapéutica.

2.2.3 Funcionalidad familiar

2.2.3.1 Definición.

La funcionalidad familiar se refiere a la capacidad de un sistema familiar para desempeñar sus roles, alcanzar sus metas y atender las demandas de sus miembros. Implica la habilidad de la familia para adaptarse a los desafíos y cambios, mantener una comunicación efectiva, establecer roles y límites claros, y ofrecer un ambiente emocionalmente seguro y de apoyo (Olson, 2019).

2.2.3.2 Funciones básicas de la familia.

Goya (2016) indicó que las funciones básicas de la familia son fundamentales para el bienestar y desarrollo de sus miembros. Estas abarcan diversos aspectos y desempeñan un papel crucial en la formación y el mantenimiento de un entorno familiar saludable. Asimismo, describió algunas de las funciones esenciales de la familia:

Socialización. La familia es un agente muy importante para la socialización, proporciona a sus miembros las normas, valores y comportamientos aceptados socialmente. A través de la interacción familiar, los individuos aprenden a adaptarse y funcionar en la sociedad.

Afecto y apoyo emocional. La familia ofrece un espacio seguro y afectuoso donde los miembros pueden expresar sus emociones, recibir consuelo y experimentar el apoyo emocional necesario. Estas conexiones emocionales contribuyen al bienestar psicológico de cada individuo.

Protección y seguridad. La familia brinda protección física y emocional a sus miembros. Es un refugio frente a amenazas externas y proporciona un entorno seguro donde los individuos pueden desarrollarse sin temor.

Satisfacción de requerimientos fundamentales. La familia asume la responsabilidad de atender las necesidades esenciales de sus integrantes, como proporcionar alimentación, vivienda, vestimenta y cuidados médicos. Esta función garantiza el bienestar físico y la preservación de la vida.

Formación de identidad. A través de la interacción familiar, los individuos desarrollan su identidad personal y cultural. La familia influye en la construcción de la autoimagen y en la comprensión de la pertenencia a un grupo social más amplio.

Educación y desarrollo. La familia desempeña un papel clave en la educación y el desarrollo de habilidades de sus miembros. Facilita el aprendizaje temprano, estimula el crecimiento cognitivo y promueve la adquisición de conocimientos y valores.

Apoyo en la enfermedad. En momentos de enfermedad o crisis, la familia brinda apoyo emocional y físico. Puede ser un sistema de apoyo crucial durante periodos difíciles, contribuyendo a la recuperación y el afrontamiento.

Transmisión de valores y tradiciones. La familia transmite valores culturales, éticos y morales de generación en generación. Estas tradiciones proporcionan cohesión familiar y una base para la identidad cultural.

Establecimiento de roles familiares. La familia asigna roles y responsabilidades a sus miembros, estableciendo expectativas y contribuciones específicas. Esto crea una estructura funcional que facilita la organización y el trabajo conjunto.

Fomento de la autonomía. A medida que los miembros de la familia crecen, la familia apoya la búsqueda de autonomía e independencia. Se espera que los individuos desarrollen habilidades para la vida y tomen decisiones informadas.

2.2.3.3 Teorías de la funcionalidad familiar.

Entre todas las teorías de la funcionalidad familiar, las más aceptadas y usadas como base teórica son:

La teoría del clima social familiar. Respaldada por Rudolf H. Moos, se basa en la psicología ambiental. Orozco y Mercado (citado en Reyes, 2023), señaló que Moos define el clima social familiar como las características sociales y ambientales configuradas a lo largo del tiempo en el proceso de desarrollo y relaciones entre los miembros familiares. Esta teoría reconoce que los estímulos ambientales pueden ser positivos o negativos, dependiendo de la realidad de cada familia. Si no se cumplen adecuadamente los roles familiares, el entorno puede volverse nocivo, dando lugar a dinámicas familiares tóxicas y perjudiciales. Esta perspectiva ofrece un marco integral para entender la influencia del clima social familiar en la salud y el bienestar psicológico de los individuos.

El presente trabajo se basó en el siguiente marco teórico:

El modelo circunflejo de los sistemas marital y familiar. Concebido por David H. Olson y colaboradores, se enmarcó en la teoría de sistemas familiares. Este

modelo, desarrollado en 1979, buscó crear una conexión entre la investigación, la aplicación práctica y la teoría de los sistemas familiares (Olson, 2019). Se centró en tres dimensiones fundamentales: cohesión, flexibilidad y comunicación. La hipótesis central sostiene que parejas y familias equilibradas en estas dimensiones tienden a funcionar de manera más adecuada en comparación con aquellas que presentan desequilibrios. La teoría destacó la importancia de la estabilidad y la capacidad de cambio para el funcionamiento familiar óptimo (Olson, 2019). La escala Faces, derivada de este modelo, ha evolucionado a lo largo de los años y ha sido utilizada en numerosos estudios de investigación.

2.2.3.4 Dimensiones de la funcionalidad familiar según Olson.

El modelo circunflejo de los sistemas marital y familiar se centró en tres dimensiones fundamentales que caracterizan la dinámica familiar, las cuales fueron descritas por Olson (2019):

Cohesión. Implica los vínculos familiares y se categoriza en desligado, separado, conectado y fusionado. Niveles equilibrados, como separado y conectado, favorecen el funcionamiento familiar óptimo.

Flexibilidad. Se relaciona con la capacidad de cambio en el liderazgo, roles y reglas familiares, dividiéndose en rígido, estructurado, flexible y caótico. Olson sostuvo que niveles equilibrado, estructurado y flexible son más funcionales. Haga clic o pulse aquí para escribir texto..

Comunicación. Aborda las habilidades comunicativas en la pareja o familia, siendo esencial para una interacción armoniosa en las dimensiones de cohesión y flexibilidad.

Además de estas dimensiones balanceadas, Olson (2019) introdujo y describió cuatro dimensiones no balanceadas que abarcan extremos en cohesión y flexibilidad:

Desunión. Extremo inferior de la cohesión, caracterizado por la falta de lazos familiares evidentes.

Sobreinvolucramiento. Extremo superior de la cohesión, indica una excesiva conexión familiar que puede volverse intrusiva.

Rígido. Extremo inferior de la flexibilidad, denota una resistencia al cambio y una estructura demasiado rígida en roles y reglas familiares.

Caótico. Extremo superior de la flexibilidad, sugiere un ambiente familiar desorganizado y propenso a cambios constantes.

La dimensión de satisfacción no forma parte directa del modelo circunflejo, pero se incluye en la escala Faces IV para evaluar la satisfacción general de la familia.

2.2.3.5 *Disfuncionalidad familiar.*

De acuerdo con Olson (2019), la disfuncionalidad familiar se caracteriza por patrones de comportamiento, interacciones y estructuras que obstaculizan el bienestar de sus miembros. Incluye una comunicación ineficaz, escasa afectividad, roles inapropiados, violencia o abuso, falta de límites claros, dificultades en la resolución de conflictos, problemas con la adicción, desinterés por el bienestar, inestabilidad financiera y negación de problemas. Estos elementos pueden generar un ambiente tenso, afectar la salud mental y emocional, y socavar el desarrollo saludable de los individuos, requiriendo intervenciones como la terapia familiar para abordar estos desafíos y fomentar cambios positivos.

2.2.3.6 *Relación entre la adherencia al tratamiento y a la funcionalidad familiar en pacientes con ERC.*

Las investigaciones sobre la relación entre cumplimiento al tratamiento y la funcionalidad familiar en pacientes con ERC sugieren una correlación directamente proporcional. Los estudios disponibles indican que un ambiente familiar con buena funcionalidad, apoyo emocional y un clima positivo tiende a favorecer un mayor

cumplimiento al tratamiento por parte de los pacientes. Sin embargo, es importante destacar que la cantidad de investigaciones en este ámbito es limitada y se requieren más estudios para respaldar de manera robusta esta teoría. La profundización en la comprensión de cómo la dinámica familiar influye en la adherencia terapéutica podría proporcionar información valiosa para mejorar la gestión de la ERC y optimizar los resultados de salud en estos pacientes.

2.3 Definición de términos básicos

A continuación, se presentan los términos claves y específicos que ayudarán a una mejor comprensión de la investigación:

Pacientes

Personas que reciben atención médica o tratamiento de profesionales de la salud física o mental debido a una enfermedad o afección (OMS, 2004).

Diálisis

Procedimiento médico utilizado para eliminar sustancias tóxicas y el exceso de agua de la sangre cuando los riñones no pueden hacerlo (Lorenzo y Luis, 2023).

Puede ser hemodiálisis (filtración mediante una máquina) o diálisis peritoneal (filtración dentro del abdomen), según Méndez (2017).

Impacto psicológico

Efecto o influencia que un evento, situación o condición tiene en el bienestar emocional, mental y psicológico de una persona (Niebla et al., 2023).

Estrés

Respuesta fisiológica y psicológica del cuerpo frente a situaciones que percibe como amenazantes o desafiantes. Puede manifestarse física y emocionalmente (Niebla et al., 2023).

Depresión

Trastorno emocional que se destaca por sentimientos continuos de tristeza, desesperanza y una ausencia de interés o disfrute en las actividades diarias (Molina y Alarcón, 2022).

Ansiedad

Estado de inquietud, nerviosismo o preocupación excesiva ante situaciones futuras o eventos inciertos. La ansiedad puede manifestarse física y emocionalmente (Niebla et al., 2023).

Satisfacción familiar

Medida del grado en que los miembros de una familia están contentos, satisfechos y experimentan bienestar en su relación y dinámica familiar (Alva y Espinoza, 2019).

Autoeficacia

“Creencia en la propia capacidad para realizar con éxito una tarea específica o enfrentar situaciones difíciles” (Soria et al., 2009).

Familia

Unidad fundamental de convivencia, comúnmente compuesta por padres e hijos que comparten un mismo hogar, y que puede extenderse para incluir parientes cercanos y aquellos que comparten lazos afectivos y responsabilidades. La familia juega un papel esencial en la crianza, proporciona apoyo emocional y contribuye al bienestar de sus integrantes (Olson, 2019).

Seguimiento médico conductual

Es un enfoque en el ámbito de la salud que se centra en la observación y evaluación de los aspectos comportamentales de los pacientes para comprender y mejorar su bienestar general (Méndez, 2017).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis general

Hi: Existe relación positiva moderada entre la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar en pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, en el periodo 2024.

H0: No existe relación positiva moderada entre la adherencia al tratamiento y la funcionalidad en pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, en el periodo 2024.

3.1.2 Hipótesis específicas

Hi₁: Existe un buen nivel de adherencia al tratamiento en la mayoría de pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé mediante la escala de adherencia terapéutica (EAT), en Huancayo, en el periodo 2024.

Hi₂: Existe funcionalidad familiar en la mayoría de pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé mediante la escala de adherencia terapéutica (EAT), en Huancayo, en el periodo 2024.

Hi₃: Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de funcionalidad familiar y en la adherencia al tratamiento entre pacientes con hemodiálisis y pacientes con diálisis peritoneal.

3.2 Identificación de variables

3.2.1 Definición conceptual

3.2.1.1 *Adherencia al tratamiento.*

Desde una perspectiva biopsicosocial, se conceptualiza la adherencia al tratamiento como la participación deliberada del paciente, con el propósito de alcanzar el resultado deseado (Pisano y González, 2014).

3.2.1.2 *Funcionamiento familiar.*

La funcionalidad familiar se refiere a la capacidad de un sistema familiar para desempeñar sus roles, alcanzar sus metas y atender las demandas de sus miembros de manera eficiente y saludable. Implica la habilidad de la familia para adaptarse a los desafíos y cambios, mantener una comunicación efectiva, establecer roles y límites claros, y ofrecer un ambiente emocionalmente seguro y de apoyo (Olson, 2019).

3.2.2 Operacionalización de variables

La primera variable es adherencia al tratamiento, la cual operativiza en la Tabla 1.

Tabla 1

Operacionalización de la variable: adherencia al tratamiento

Título preliminar:			
Adherencia al tratamiento y funcionalidad familiar en pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo.			
Variable de estudio:			
Adherencia al tratamiento.			
Conceptualización operacional:			
Comportamiento que tiene un individuo con relación a su tratamiento prescrito.			
Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos	Cumplimiento puntual con medicamentos y dieta prescrita.	1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7	Ordinal
Seguimiento médico conductual	Participación activa y cumplimiento de indicaciones médicas.	8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14	Ordinal
Autoeficacia	Confianza en gestionar eficazmente el tratamiento.	15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21	Ordinal

Nota. Adaptado de Soria et al. (2009).

La segunda variable corresponde a funcionamiento familiar y se operativiza en la Tabla 2.

Tabla 2

Operacionalización de la variable: funcionamiento familiar

Título preliminar:			
Adherencia al tratamiento y funcionalidad familiar en pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo.			
Variable de estudio:			
Funcionamiento familiar.			
Conceptualización de la variable:			
Comportamiento que tiene un individuo con relación al trato por parte de los integrantes de su ambiente familiar.			
Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Cohesión	Nivel de conexión emocional y colaboración entre miembros familiares.	1, 7, 13, 19, 25, 31 y 37	Ordinal
Flexibilidad	Adaptabilidad de la familia ante cambios y disposición para ajustar roles y rutinas.	2, 8, 14, 20, 26, 32 y 38	Ordinal
Desunión	Grado de separación emocional entre miembros familiares.	3, 9, 15, 21, 27, 33 y 39	Ordinal
Sobre involucramiento	Nivel de interferencia	4, 10, 16, 22, 28, 34 y 40	Ordinal

	excesiva en la vida individual de los miembros.		
Rígido	Resistencia al cambio y adherencia estricta a roles y reglas preestablecidas.	5, 11, 17, 23, 29, 35 y 41	Ordinal
Caótico	Nivel de desorganización y falta de estructura en la dinámica familiar.	6, 12, 18, 24, 30, 36 y 42	Ordinal
Comunicación	Eficacia y apertura en la comunicación entre miembros familiares.	43 al 52	Ordinal
Satisfacción	Nivel general de bienestar percibido en la convivencia familiar.	53 al 62	Ordinal

Nota: Adaptado de Olson (2019).

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Enfoque de la investigación

Enfoque cuantitativo

Es una metodología de investigación que emplea datos cuantitativos y métodos estadísticos para examinar y cuantificar fenómenos, con el objetivo de responder preguntas específicas o probar hipótesis (Ruiz y Valenzuela, 2022). Este método se caracteriza por su objetividad, estructura, utilización de instrumentos estandarizados y análisis estadístico, a fin de obtener resultados que puedan generalizarse a una población más amplia (Arias y Covinos, 2021).

4.2 Tipo de investigación

Investigación básica

Este enfoque se centra en ampliar la comprensión en un campo específico, contribuyendo a teorías y conceptos sin preocuparse directamente por su aplicabilidad práctica (Arias y Covinos, 2021).

4.3 Nivel de investigación

Investigación correlacional-comparativo

Este diseño de investigación integra aspectos de los estudios correlacionales y comparativos. En la parte correlacional, se busca identificar y analizar la relación entre dos o más variables sin manipularlas, determinando si existe una asociación (Arias y Covinos, 2021), mientras que en la parte comparativa, se comparan dos o más grupos para identificar diferencias entre ellos en cuanto a las variables de interés (Ruiz y Valenzuela, 2022).

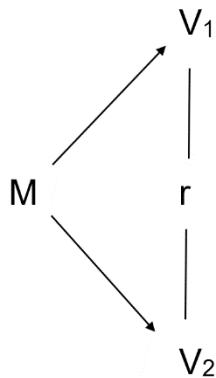
4.4 Diseño de investigación

No experimental de corte transversal

Un diseño no experimental se refiere a un enfoque de investigación en el cual no se realiza una manipulación directa de las variables por parte del investigador (Arias y

Covinos, 2021). El corte transversal, por otro lado, es un tipo específico de diseño no experimental (Ruiz y Valenzuela, 2022). En un estudio de corte transversal, los datos se recopilan en un solo punto en el tiempo, evaluando a los participantes o casos en ese momento particular (Arias y Covinos, 2021).

A continuación, se muestra el diseño de la investigación elegido:



Donde:

M = Muestra

V₁ = Variable número 1.

V₂ = Variable número 2.

r = Relación entre las variables.

4.5 Población y muestra

4.5.1 Población

Una población hace referencia a la totalidad de elementos o individuos que comparten características comunes y que constituyen el foco de investigación (Arias y Covinos, 2021). Para el presente estudio se abordaron a 300 pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, en el periodo 2024.

4.5.2 Tipo de muestreo

Muestreo probabilístico. Es un método de selección de muestra en investigación donde se utilizan fórmulas estadísticas para determinar la muestra (Ortega, s. f.).

El tamaño de la muestra se determinó utilizando la calculadora GRANMO® versión 7.12 (Datarus, 2024), la cual estimó un porcentaje poblacional cercano al 40 % en relación con las variables de interés, con un nivel de confianza del 95 % y una precisión de +/- 10 puntos porcentuales. De esta forma se calculó que una muestra de 75 participantes era adecuada.

4.5.3 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Pacientes sometidos a terapia de reemplazo renal como tratamiento para la disfunción renal.
- Mayores de edad (>18 años).
- Participantes con capacidad de entender y responder los cuestionarios y entrevistas relacionados con su bienestar psicosocial.
- Consentimiento informado voluntario y por escrito.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que, a pesar de recibir alguna terapia de reemplazo renal, no tienen un diagnóstico confirmado de disfunción renal.
- Pacientes con dificultades cognitivas graves o condiciones limitantes de su capacidad para participar en la evaluación psicosocial.

4.5.4 Muestra

Se refiere a un subconjunto representativo de elementos o individuos seleccionados de una población más grande con el propósito de realizar observación (Arias y Covinos, 2021). Para el presente estudio se abordaron a 75 pacientes con

terapia de reemplazo renal del Hospital nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, en el periodo 2024. En la muestra no se consideró ningún paciente con trasplante de riñón debido a que en Huancayo son muy pocos y esto dificultaba la obtención de una muestra representativa.

Unidad de análisis. Pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, en el periodo 2024.

Unidad de muestreo. Pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, en el periodo 2024.

4.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.6.1 Técnicas

Cuestionario. Es un método de recopilación de datos en el que se utilizan preguntas estructuradas para obtener información de los participantes de una investigación (Arias y Covinos, 2021). Para el presente estudio se utilizó la escala de evaluación del funcionamiento familiar (Faces IV) y la escala de adherencia al tratamiento (EAT).

4.6.2 Instrumentos

En la investigación se utilizaron dos instrumentos, los cuales se detallan a continuación.

4.6.2.1 Escala de adherencia al tratamiento (EAT).

La escala de adherencia al tratamiento fue elaborada por Soria et al. (2009) para aplicarla en adultos (mayores de 18 años). Se aplica en el ámbito clínico, presenta 3 dimensiones y 21 ítems, como se observa en la Tabla 3.

Tabla 3

Escala de adherencia al tratamiento (EAT)

Ficha técnica

Nombre original	:	Escala de adherencia al tratamiento (EAT)
Autor original	:	Soria et al. (2009)
Objetivo	:	Evaluar la adherencia al tratamiento
Población dirigida	:	Adultos (18 años a más)
		La escala presenta 3 dimensiones:
		<ul style="list-style-type: none"> • Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos. • Seguimiento médico conductual. • Autoeficacia.
Dimensión	:	
Administración	:	Individual y/o colectiva
Ítems	:	La escala presenta 21 ítems en total
Ámbitos de aplicación	:	Clínico
Tiempo de aplicación	:	Individual y/o colectiva

Nota: Adaptado de Soria et al. (2009).

Fiabilidad. Soria et al. (2009) reportó que, de acuerdo con su investigación a través del coeficiente alfa de Cronbach, el EAT presenta una confiabilidad general de 0,91. Por dimensiones, el coeficiente de alfa de Cronbach fluctuó entre 0,80 y 0,87. Por otro lado, investigaciones nacionales, como la de Chalco et al. (2023), demostraron un coeficiente alfa de Cronbach mayor que 0,70 en pacientes con insuficiencia renal.

Validez. Se contactó con tres jurados especializados en el área clínica, específicamente en diálisis peritoneal y hemodiálisis. Mediante la K de Aiken se obtuvo un valor igual que 1, lo cual evidenció que la prueba es válida y se puede utilizar en una población hospitalaria adulta peruana y huancaína.

4.6.2.2 Escala de evaluación del funcionamiento familiar (Faces IV).

En la Tabla 4 se detallan las características del segundo instrumento de evaluación utilizado en el presente estudio.

Tabla 4

Escala de evaluación del funcionamiento familiar (Faces IV)

Ficha técnica del Faces IV)	
Nombre original	: Family adaptability and cohesion evaluation scales IV (Faces IV)
Autor original	: Olson (2007)
Objetivo	: Evaluar el funcionamiento familiar
Población dirigida	: Adolescentes y adultos (a partir de los 12 años)
	La escala presenta 8 dimensiones:
	<ul style="list-style-type: none"> • Cohesión • Flexibilidad • Desunión
Dimensión	: <ul style="list-style-type: none"> • Sobreinvolucramiento • Rígido • Caótico • Comunicación • Satisfacción
Administración	: Individual y/o colectiva
Ítems	: La escala presenta 62 ítems
Ámbitos de aplicación	: Clínico y educativo
Tiempo de evaluación	: 15 minutos aproximadamente

Nota: Adaptado de Olson (2019).

Fiabilidad. Olson (2019) reportó que, en su investigación a través del coeficiente alfa de Cronbach, el FACE IV presenta una confiabilidad general mayor que 0,80. Por dimensiones, el coeficiente de alfa de Cronbach fluctuó entre 0,73 y 0,87. Por otro lado, investigaciones como las de Cueva (2016) o Casallo (2019) han evidenciado en el Perú una confiabilidad mayor que 0,87, tanto de manera general

como en sus dimensiones. Todos estos resultados demostraron que la escala es confiable y se puede utilizar en una población hospitalaria peruana.

Validez. Se contactó con tres jurados especializados en el área clínica, específicamente en diálisis peritoneal y hemodiálisis. Mediante la K de Aiken se obtuvo un valor igual que 0,98. Se modificaron algunas palabras para que las personas entiendan en un contexto huancaíno. Todos estos cambios evidenciaron la viabilidad de la prueba para su uso en una población hospitalaria adulta peruana y huancaína.

4.7 Proceso de recolección de datos

A fin de llevar a cabo el proceso de recolección y procesamiento de datos se siguieron varios pasos. El primero fue realizar los ajustes necesarios en los cuestionarios después de haber efectuado las modificaciones correspondientes en la validez de jueces. Una vez que los cuestionarios estuvieron listos fueron entregados a los participantes seleccionados mediante un muestreo probabilístico intencional en el hospital de Huancayo.

Al momento de la entrega de los cuestionarios también se proporcionó el consentimiento informado a los participantes, explicándoles detalladamente los objetivos del estudio, asegurando que cada uno comprendiera completamente su participación voluntaria. La recolección de datos se efectuó de manera presencial, garantizando la calidad y la integridad de las respuestas.

Después de recopilar los cuestionarios completados, se ingresaron los datos en el software estadístico SPSS. Este paso implicó asignar valores numéricos según las escalas utilizadas en la Faces IV y EAT. Luego, se realizó un análisis estadístico descriptivo y se aplicaron pruebas estadísticas adecuadas para examinar las relaciones entre las variables de interés.

Finalmente, los resultados se interpretaron considerando los ajustes realizados en la fase de validez de jueces y se presentaron de manera detallada en un informe final.

4.8 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

En este proceso se aplicaron varias técnicas estadísticas con la finalidad de explorar y comprender la relación entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento. Primero, se realizó un análisis estadístico con el SPSS descriptivo, que incluyó la descripción de la población, medidas de tendencia central, como la media y la mediana, así como medidas de dispersión y desviación estándar. Adicionalmente, se utilizó el estadístico de Chi-cuadrado (X^2) ya que es más fiable para muestras clínicas (González et al., 2017).

4.9 Aspectos éticos

En el desarrollo de esta investigación, se priorizó la integridad ética y se siguieron las normas establecidas por la American Psychological Association, 7.^a edición, a fin de garantizar la validez y credibilidad de los resultados. Además, se cumplieron rigurosamente los principios éticos universales (Domingo, 2018) , con especial atención en los aspectos éticos delineados por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Continental y el Comité de Ética del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé: ambos evaluaron el estudio para su aprobación.

Asimismo, se implementaron procedimientos específicos para asegurar el consentimiento informado de los participantes, asegurando que conozcan completamente los objetivos de la investigación, la naturaleza de su participación y sus derechos. Antes de la aplicación del cuestionario, se entregó el consentimiento informado y, posterior a su aceptación, se recopiló la información. De igual manera, se respetó la confidencialidad y privacidad de la información recogida con el empleo de códigos o identificadores que permitieron proteger la identidad de los participantes.

Adicionalmente, se aplicaron los principios éticos fundamentales, como la beneficencia, procurando que los participantes experimenten beneficios a partir de su involucramiento en la investigación y minimizando cualquier posible riesgo. Se garantizó la equidad en la selección de participantes y la representatividad de la muestra para evitar sesgos. También se incorporó el principio de no maleficencia, asegurando que ninguna acción o aspecto del estudio cause daño innecesario a los participantes. Este enfoque ético adicional buscó salvaguardar el bienestar de los sujetos de investigación y contribuir a la integridad y responsabilidad del proceso investigativo (Domingo, 2018).

Toda modificación sustancial en el diseño de la investigación o hallazgo inesperado se comunicó de manera transparente al Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Continental y al Comité de Ética del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

A continuación, se muestran los resultados encontrados luego de la aplicación de los instrumentos.

5.1 Resultados en relación con las características sociodemográficas de la población

La distribución detallada de las edades se presenta en la Tabla 5, en la cual se observa que el 6,7 % de los pacientes (5 individuos) tiene entre 18 y 30 años; el 4 % (3 individuos), entre 30 y 40 años; el 12 % (9 individuos), entre 40 y 50 años; el 13,3 % (10 individuos), entre 50 y 60 años; el 42,7 % (32 individuos), entre 60 y 70 años; el 14,7 % (11 individuos), entre 70 y 80 años y el 6,7 % (5 individuos), entre 80 y 90 años.

Tabla 5

Características sociodemográficas de la muestra

		N	%	Asimetría	Curtosis
Edad	De 18 a 29	5	6,7		
	De 30 a 39	3	4,0		
	De 40 a 49	9	12,0		
	De 50 a 59	10	13,3	-,754	,284
	De 60 a 69	32	42,7		
	De 70 a 79	11	14,7		
	De 80 a 90	5	6,7		
Total		75	100		
Sexo	Femenino	31	41,3	,359	-1,923
	Masculino	44	58,7		
Total		75	100,0		
Tipo de terapia de reemplazo renal	Hemodiálisis	40	53,3		
	Diálisis peritoneal	35	46,7	,136	-2,036
	Total	75	100,0		

	Solo	4	5,3		
	1 persona	12	16,0		
	2 personas	18	24,0		
Vive con:	3 personas	6	8,0	,191	-1,105
	4 personas	19	25,3		
	Más de 5 personas	16	21,3		
Total		75	100,0		

Respecto al sexo de los participantes, en la Tabla 5 se muestra que el 58,7 % (44 individuos) es de sexo masculino; mientras que el 41,3 % (31 individuos), del sexo femenino. Asimismo, en cuanto al tipo de tratamiento recibido, se observa que el 53,3 % de los pacientes (40 individuos) está sometido a hemodiálisis, mientras que el 46,7 % (35 individuos) se encuentra bajo un tratamiento de diálisis peritoneal.

Finalmente, la Tabla 5 también proporciona información sobre la convivencia de los pacientes. Se observa que el 5,3 % (4 individuos) vive solo; el 16 % (12) vive con una persona, el 24 % (18) convive con dos personas; el 8 % (6) vive con tres personas, el 25,3 % (19) vive con cuatro personas y el 21,3 % (16) vive con más de cinco personas.

5.2 Resultados en relación con los instrumentos aplicados

La Tabla 6 y la Figura 1 muestran la distribución de los pacientes según su nivel de cohesión social y el tipo de terapia de reemplazo renal recibido.

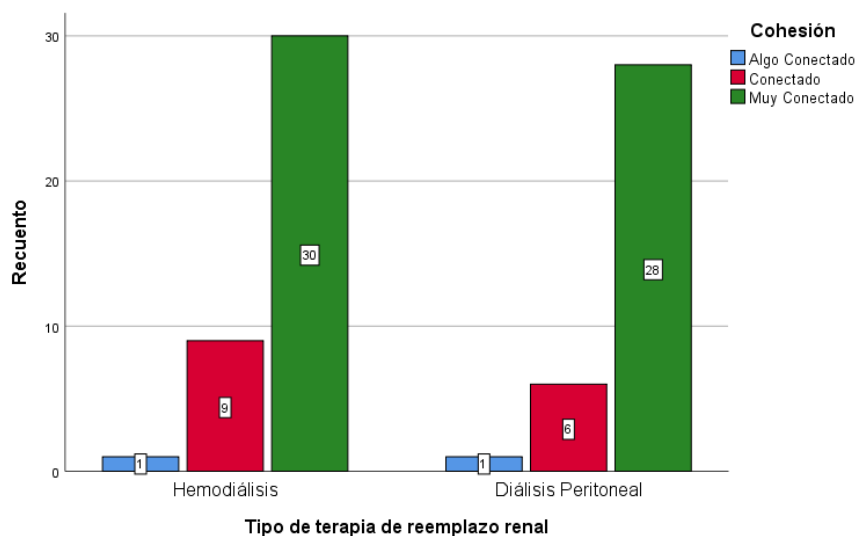
Tabla 6

Nivel de los pacientes en la dimensión de cohesión

		Cohesión			Total	
		Algo conectado	Conectado	Muy conectado		
Tipo de terapia de reemplazo renal	Hemodiálisis	Recuento	1	9	30	40
		% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	2,5 %	22,5 %	75 %	100 %
		% del total	1,3 %	12 %	40 %	53,3 %
	Diálisis peritoneal	Recuento	1	6	28	35
		% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	2,9 %	17,1 %	80 %	100 %
		% del total	1,3 %	8 %	37,3 %	46,7 %
Total	Recuento	2	15	58	75	
	% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	2,7 %	20 %	77,3 %	100 %	
	% dentro de Cohesión	100 %	100 %	100 %	100 %	
	% del total	2,7%	20 %	77,3 %	100 %	

Figura 1

Nivel de los pacientes en la dimensión de cohesión



Entre los pacientes sometidos a hemodiálisis, se puede observar que 1 paciente (2,5 %) se clasifica como "Algo conectado", 9 (22,5 %) como "Conectado" y 30 (75 %) como "Muy conectado". En total, 40 pacientes reciben hemodiálisis, lo que representa el 53,3 % del total.

En cuanto a los pacientes que reciben diálisis peritoneal, 1 paciente (2,9 %) es "Algo conectado", 6 (17,1 %) son "Conectados" y 28 (80%) son "Muy conectados". En total, 35 pacientes reciben diálisis peritoneal, lo que constituye el 46,7 % del total.

En conjunto, 2 pacientes (2,7 %) se encuentran en la categoría "Algo conectado", 15 (20 %) en "Conectado" y 58 (77,3 %) en "Muy conectado", abarcando un total de 75 pacientes.

La Tabla 7 y la Figura 2 muestran la distribución de los pacientes según su nivel de flexibilidad y el tipo de terapia de reemplazo renal que reciben.

Entre los pacientes sometidos a hemodiálisis, se observa que 2 (5 %) se clasifican como "Algo flexible", 11 (27,5 %) como "Flexible" y 27 (67,5 %) como "Muy flexible". En total, 40 pacientes reciben hemodiálisis, lo que representa el 53,3 % del total.

Tabla 7

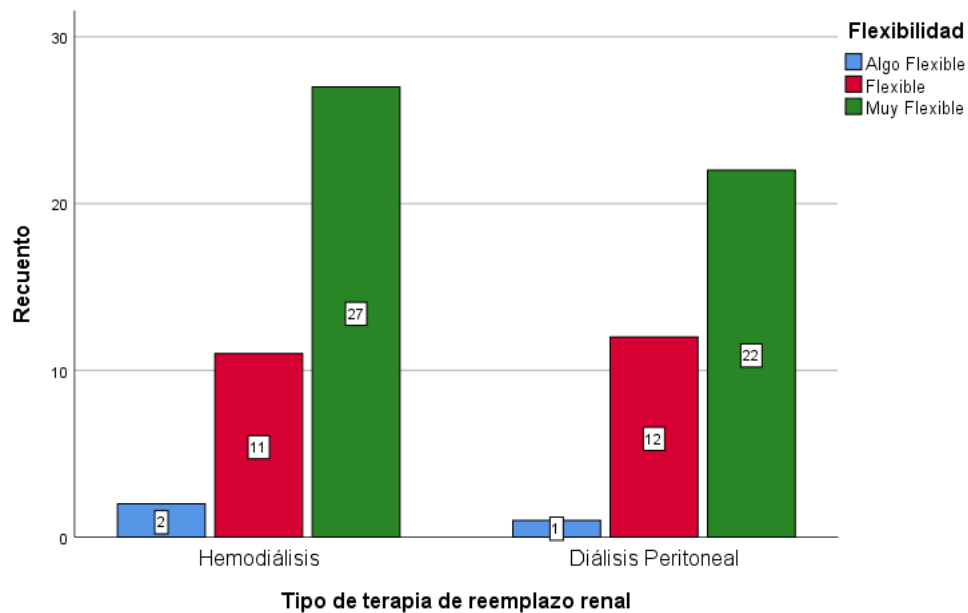
Nivel de los pacientes en la dimensión de flexibilidad

		Flexibilidad			Total
		Algo flexible	Flexible	Muy flexible	
Tipo de terapia de reemplazo renal	Recuento	2	11	27	40
	Hemodiálisis				
	% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	5 %	27,5 %	67,5 %	100 %
	% del total	2,7 %	14,7 %	36 %	53,3 %
	Diálisis peritoneal				
	Recuento	1	12	22	35
	% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	2,9 %	34,3 %	62,9 %	100 %
	% del total	1,3 %	16 %	29,3 %	46,7 %

	Recuento	3	23	49	75
Total	% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	4 %	30,7 %	65,3 %	100 %
	% del total	4 %	30,7 %	65,3 %	100 %

Figura 2

Nivel de los pacientes en la dimensión de flexibilidad



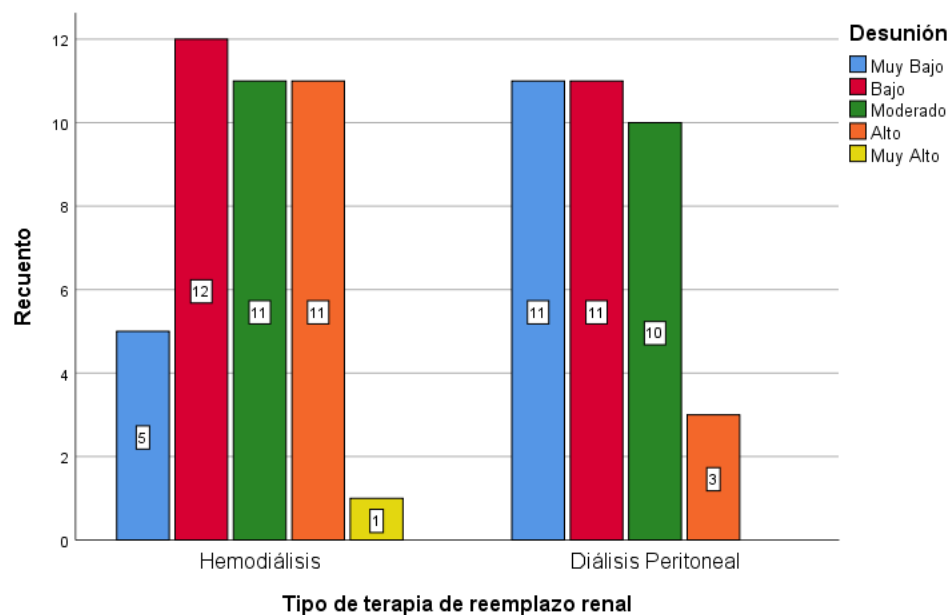
Para los pacientes que reciben diálisis peritoneal, 1 (2,9 %) es "Algo flexible", 12 (34,3 %) son "Flexibles" y 22 (62,9 %) son "Muy flexibles". En total, 35 pacientes reciben diálisis peritoneal, lo que constituye el 46,7 % del total.

En conjunto, 3 pacientes (4 %) se encuentran en la categoría "Algo flexible", 23 (30,7 %) en "Flexible" y 49 (65,3 %) en "Muy flexible", abarcando un total de 75 pacientes.

La Tabla 8 y la Figura 3 muestran la distribución de los pacientes según su nivel de desunión y el tipo de terapia de reemplazo renal que reciben.

Tabla 8*Nivel de los pacientes en la dimensión de desunión*

		Desunión					Total	
		Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy alto		
Tipo de terapia de reemplazo renal	Hemodiálisis	Recuento	5	12	11	11	1	40
		% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	12,5 %	30 %	27,5 %	27,5 %	2,5 %	100 %
		% del total	6,7 %	16 %	14,7 %	14,7 %	1,3 %	53,3 %
	Diálisis peritoneal	Recuento	11	11	10	3	0	35
		% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	31,4 %	31,4 %	28,6 %	8,6 %	0 %	100 %
		% del total	14,7 %	14,7 %	13,3 %	4 %	0 %	46,7 %
Total	Recuento	16	23	21	14	1	75	
	% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	21,3 %	30,7 %	28 %	18,7 %	1,3 %	100 %	
	% del total	21,3 %	30,7 %	28 %	18,7 %	1,3 %	100 %	

Figura 3*Nivel de los pacientes en la dimensión de desunión*

Para los pacientes sometidos a hemodiálisis, se observa en la Tabla 8 y la Figura 3 que 5 (12,5 %) presentan un nivel "Muy bajo" en desunión, 12 (30 %) un nivel

"Bajo", 11 (27,5 %) un nivel "Moderado", 11 (27,5 %) un nivel "Alto" y 1 (2,5 %) un nivel "Muy alto". En total, 40 pacientes reciben hemodiálisis, lo que representa el 53,3 % del total.

En cuanto a los pacientes que reciben diálisis peritoneal, 11 (31,4 %) tienen un nivel "Muy bajo" en desunión, 11 (31,4 %) un nivel "Bajo", 10 (28,6 %) un nivel "Moderado", 3 (8,6 %) un nivel "Alto" y ninguno tiene un nivel "Muy alto". En total, 35 pacientes reciben diálisis peritoneal, lo que constituye el 46,7 % del total.

En conjunto, 16 pacientes (21,3 %) se encuentran en la categoría "Muy bajo", 23 (30,7 %) en "Bajo", 21 (28 %) en "Moderado", 14 (18,7 %) en "Alto" y 1 (1,3 %) en "Muy Alto", abarcando un total de 75 pacientes.

Por su parte, la Tabla 9 y la Figura 4 presentan la distribución de los pacientes según su nivel de sobreinvolucramiento y el tipo de terapia de reemplazo renal que reciben.

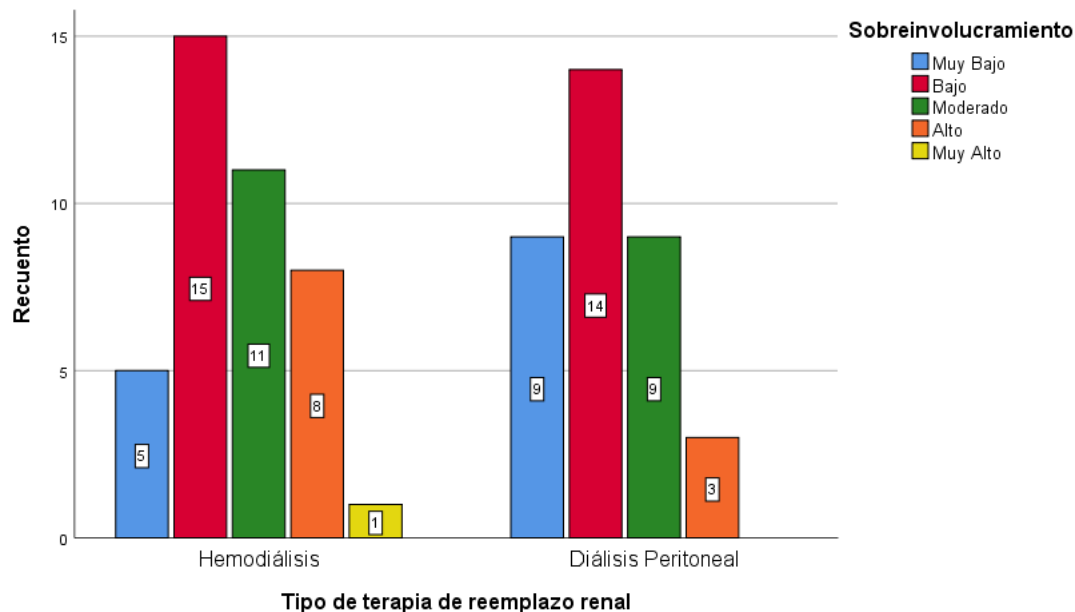
Tabla 9

Nivel de los pacientes en la dimensión de sobreinvolucramiento

		Sobreinvolucramiento					Total	
		Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy alto		
Tipo de terapia de reemplazo renal	Hemodiálisis	Recuento	5	15	11	8	1	40
		% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	12,5 %	37,5 %	27,5 %	20 %	2,5 %	100 %
		% del total	6,7 %	20,0 %	14,7 %	10,7 %	1,3 %	53,3 %
	Diálisis peritoneal	Recuento	9	14	9	3	0	35
		% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	25,7 %	40 %	25,7 %	8,6 %	0 %	100 %
		% del total	12 %	18,7 %	12 %	4 %	0 %	46,7 %
Total	Recuento	14	29	20	11	1	75	
	% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	18,7 %	38,7 %	26,7 %	14,7 %	1,3 %	100 %	
	% del total	18,7 %	38,7 %	26,7 %	14,7 %	1,3 %	100 %	

Figura 4

Nivel de los pacientes en la dimensión de sobreinvolucramiento



Se observa que, de los pacientes sometidos a hemodiálisis, 5 (12,5 %) tienen un nivel "Muy bajo" de sobreinvolucramiento, 15 (37,5 %) presentan un nivel "Bajo", 11 (27,5 %) tienen un nivel "Moderado", 8 (20 %) un nivel "Alto" y solo 1 (2,5 %), un nivel "Muy alto". En total, 40 pacientes reciben hemodiálisis, lo que representa el 53,3 % del total.

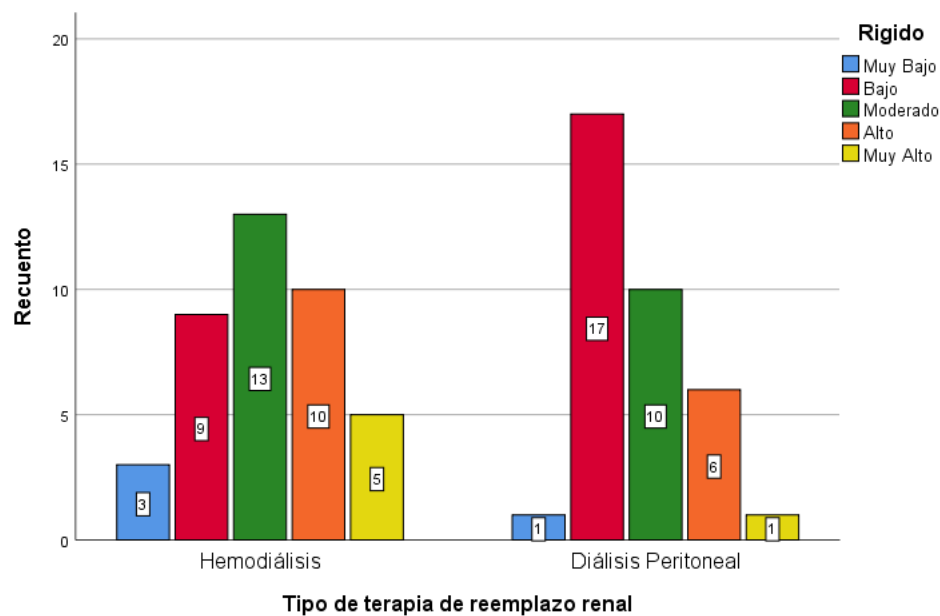
En cuanto a los pacientes que reciben diálisis peritoneal, 9 (25,7 %) tienen un nivel "Muy bajo" de sobreinvolucramiento; 14 (40 %), un nivel "Bajo"; 9 (25,7 %), un nivel "Moderado", 3 (8,6 %) un nivel "Alto" y ninguno tiene un nivel "Muy alto". En total, 35 pacientes reciben diálisis peritoneal, lo que constituye el 46,7 % del total.

En conjunto, 14 pacientes (18,7 %) se encuentran en la categoría "Muy bajo", 29 (38,7 %) en "Bajo", 20 (26,7 %) en "Moderado", 11 (14,7 %) en "Alto" y solo 1 (1,3 %) en "Muy alto", abarcando un total de 75 pacientes.

La Tabla 10 y la Figura 5 presentan la distribución de los pacientes según su nivel de rigidez y el tipo de terapia de reemplazo renal que reciben.

Tabla 10*Nivel de los pacientes en la dimensión de rigidez*

			Rígido					Total
			Muy Bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto	
Tipo de terapia de reemplazo renal	Hemodiálisis	Recuento	3	9	13	10	5	40
		% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	7,5%	22,5%	32,5%	25,0%	12,5%	100,0 %
		% del total	4,0%	12,0%	17,3%	13,3%	6,7%	53,3%
	Diálisis peritoneal	Recuento	1	17	10	6	1	35
		% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	2,9%	48,6%	28,6%	17,1%	2,9%	100,0 %
		% del total	1,3%	22,7%	13,3%	8,0%	1,3%	46,7%
Total	Recuento	4	26	23	16	6	75	
	% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	5,3%	34,7%	30,7%	21,3%	8,0%	100,0 %	
	% del total	5,3%	34,7%	30,7%	21,3%	8,0%	100,0 %	

Figura 5*Nivel de los pacientes en la dimensión de rigidez*

Para los pacientes sometidos a hemodiálisis, se observa que 3 pacientes (7,5 %) tienen un nivel de "Muy Bajo" en rigidez, 9 (22,5 %) un nivel "Bajo", 13 (32,5 %) un nivel "Moderado", 10 (25 %) un nivel "Alto" y 5 (12,5 %) un nivel "Muy Alto". En total, 40 pacientes reciben hemodiálisis, lo que representa el 53,3 % del total de pacientes.

De igual forma, de los pacientes que reciben diálisis peritoneal, 1 paciente (2,9 %) tiene un nivel "Muy Bajo" de rigidez, 17 (48,6 %) un nivel "Bajo", 10 (28,6 %) un nivel "Moderado", 6 (17,1 %) un nivel "Alto" y 1 (2,9 %) un nivel "Muy Alto". En total, 35 pacientes reciben diálisis peritoneal, lo que constituye el 46,7 % del total.

En conjunto, 4 pacientes (5,3 %) se encuentran en la categoría "Muy Bajo", 26 (34,7 %) en "Bajo", 23 (30,7 %) en "Moderado", 16 (21,3 %) en "Alto" y 6 (8 %) en "Muy Alto", abarcando un total de 75 pacientes.

La Tabla 11 y la Figura 6 muestran la distribución de los pacientes según su nivel de caos y el tipo de terapia de reemplazo renal que reciben.

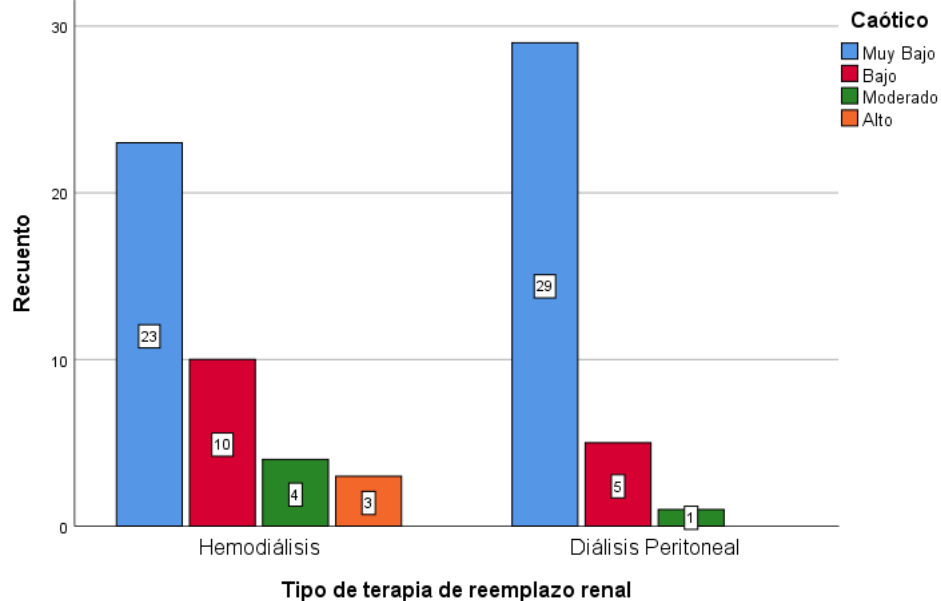
Tabla 11

Nivel de los pacientes en la dimensión de caos

		Caótico				Total	
		Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto		
		Recuento	23	10	4	3	40
Tipo de terapia de reemplazo renal	Hemodiálisis	% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	57,5 %	25 %	10 %	7,5 %	100 %
		% del total	30,7 %	13,3 %	5,3 %	4 %	53,3 %
	Diálisis peritoneal	Recuento	29	5	1	0	35
		% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	82,9 %	14,3 %	2,9 %	0 %	100 %
	% del total	38,7 %	6,7 %	1,3 %	0 %	46,7 %	
		Recuento	52	15	5	3	75
Total	% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	69,3 %	20 %	6,7 %	4 %	100 %	
	% del total	69,3 %	20 %	6,7 %	4 %	100 %	

Figura 6

Nivel de los pacientes en la dimensión de caos



Entre los pacientes sometidos a hemodiálisis, se observa que 23 (57,5 %) tienen un nivel "Muy Bajo" en caos, 10 (25 %) un nivel "Bajo", 4 (10 %) un nivel "Moderado" y 3 (7,5 %) un nivel "Alto". En total, 40 pacientes reciben hemodiálisis, lo que representa el 53,3 % de la muestra.

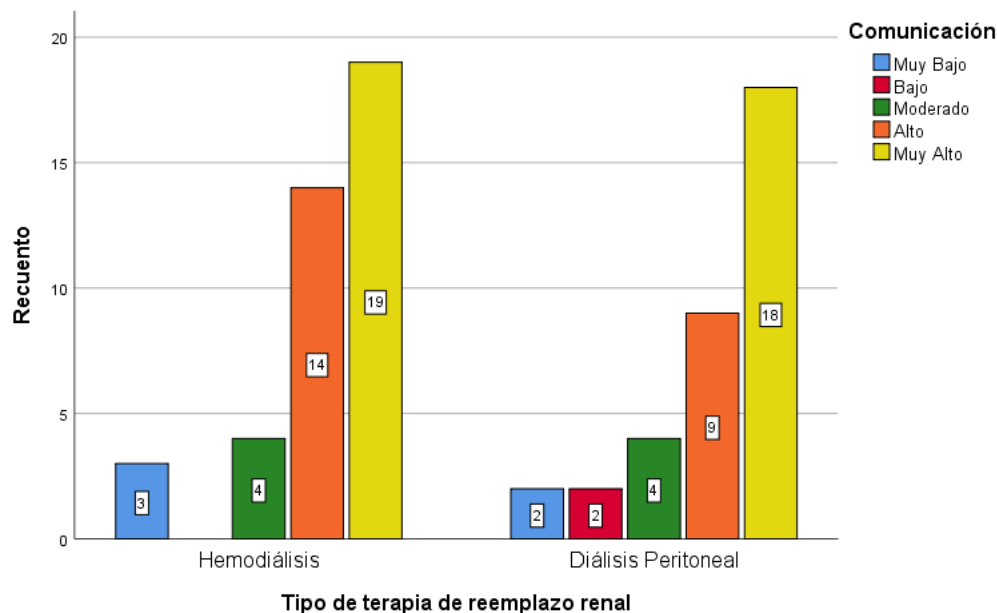
En el caso de los pacientes que reciben diálisis peritoneal, 29 (82,9 %) presentan un nivel "Muy Bajo" de caos, 5 (14,3 %) un nivel "Bajo", 1 (2,9 %) un nivel "Moderado" y ninguno tiene un nivel de "Alto". En total, 35 pacientes (46,7 %) reciben diálisis peritoneal.

En conjunto, 52 pacientes (69,3%) se encuentran en la categoría "Muy Bajo", 15 (20 %) en "Bajo", 5 (6,7 %) en "Moderado" y 3 (4 %) en "Alto", abarcando un total de 75 pacientes.

La Tabla 12 y la Figura 7 muestran la distribución de los pacientes según su nivel de comunicación y el tipo de terapia de reemplazo renal que reciben.

Tabla 12*Nivel de los pacientes en la dimensión de comunicación*

		Comunicación					Total	
		Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy alto		
Tipo de terapia de reemplazo renal	Hemodiálisis	Recuento	3	0	4	14	19	40
		% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	7,5 %	0 %	10 %	35 %	47,5 %	100 %
		% del total	4 %	0 %	5,3 %	18,7 %	25,3 %	53,3 %
	Diálisis peritoneal	Recuento	2	2	4	9	18	35
		% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	5,7 %	5,7 %	11,4 %	25,7 %	51,4 %	100 %
		% del total	2,7 %	2,7 %	5,3 %	12 %	24 %	46,7 %
Total	Recuento	5	2	8	23	37	75	
	% dentro de Tipo de terapia de reemplazo renal	6,7 %	2,7 %	10,7 %	30,7 %	49,3 %	100 %	
	% del total	6,7 %	2,7 %	10,7 %	30,7 %	49,3 %	100 %	

Figura 7*Nivel de los pacientes en la dimensión de comunicación*

Para los pacientes sometidos a hemodiálisis, se observa que 3 pacientes (7,5 %) presentan un nivel "Muy Bajo" en comunicación, ninguno tiene un nivel "Bajo", 4 (10 %)

un nivel "Moderado", 14 (35 %) un nivel "Alto" y 19 (47,5 %) un nivel "Muy Alto". En total, 40 pacientes reciben hemodiálisis, lo que representa el 53,3 % del total.

En cuanto a los pacientes que reciben diálisis peritoneal, 2 (5,7 %) tienen un nivel "Muy Bajo" de comunicación, 2 (5,7 %) un nivel "Bajo", 4 (11,4 %) un nivel "Moderado", 9 (25,7 %) un nivel "Alto" y 18 (51,4 %) un nivel "Muy Alto". En total, 35 pacientes reciben diálisis peritoneal, lo que constituye el 46,7 % del total.

En conjunto, 5 pacientes (6,7 %) se encuentran en la categoría "Muy Bajo", 2 (2,7 %) en "Bajo", 8 (10,7 %) en "Moderado", 23 (30,7 %) en "Alto" y 37 (49,3 %) en "Muy Alto", abarcando un total de 75 pacientes.

La Tabla 13 y la Figura 8 muestran la distribución de los pacientes según su nivel de satisfacción y el tipo de terapia de reemplazo renal que reciben.

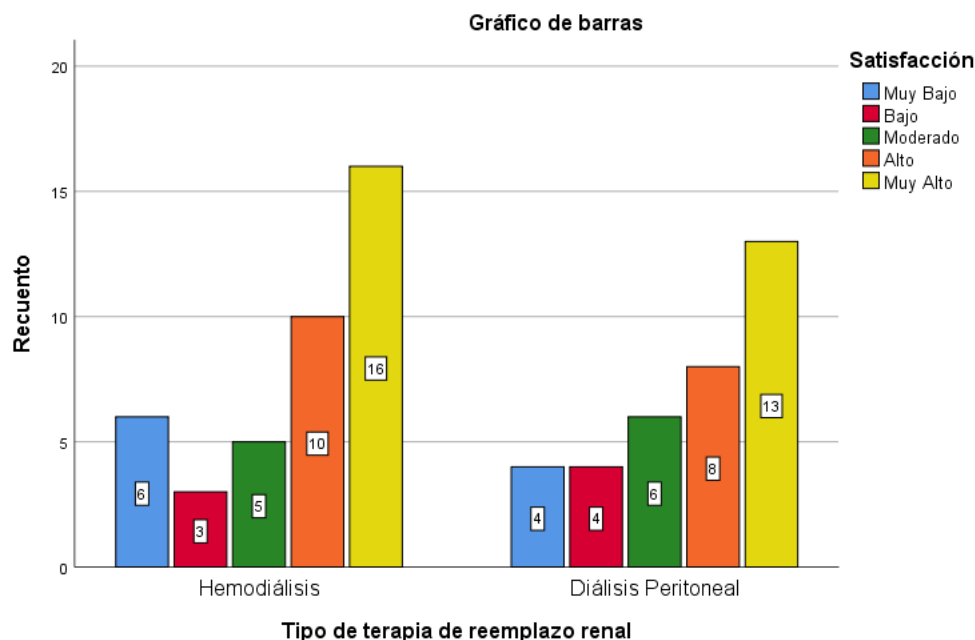
Tabla 13

Nivel de los pacientes en la dimensión de satisfacción

		Satisfacción					Total	
		Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy alto		
Tipo de terapia de reemplazo renal	Hemodiálisis	Recuento	6	3	5	10	16	40
		% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	15 %	7,5 %	12,5 %	25 %	40 %	100 %
		% del total	8 %	4 %	6,7 %	13,3 %	21,3 %	53,3 %
	Diálisis peritoneal	Recuento	4	4	6	8	13	35
		% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	11,4 %	11,4 %	17,1 %	22,9 %	37,1 %	100 %
		% del total	5,3 %	5,3 %	8 %	10,7 %	17,3 %	46,7 %
Total	Recuento	10	7	11	18	29	75	
	% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	13,3 %	9,3 %	14,7 %	24 %	38,7 %	100 %	
	% del total	13,3%	9,3%	14,7%	24,0%	38,7%	100,0 %	

Figura 8

Nivel de los pacientes en la dimensión de satisfacción



Entre los pacientes sometidos a hemodiálisis, se observa que 6 pacientes (15 %) tienen un nivel "Muy Bajo" de satisfacción; 3 (7,5 %), un nivel "Bajo"; 5 (12,5 %), un nivel "Moderado"; 10 (25 %), un nivel "Alto" y 16 (40 %), un nivel "Muy Alto". En total, 40 pacientes reciben hemodiálisis, lo que representa el 53,3 % del total.

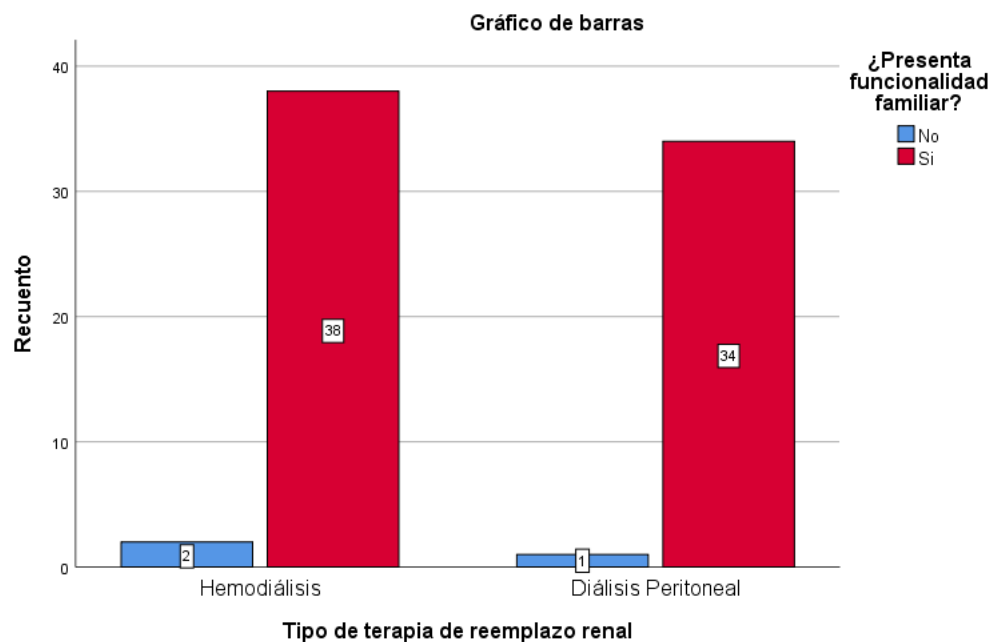
De los pacientes que reciben diálisis peritoneal, 4 (11,4 %) presentan un nivel "Muy Bajo" de satisfacción; 4 (11,4 %), un nivel "Bajo"; 6 (17,1 %), un nivel "Moderado"; 8 (22,9 %), un nivel "Alto" y 13 (37,1 %), un nivel "Muy Alto". En total, 35 pacientes reciben diálisis peritoneal, lo que constituye el 46,7% del total.

En conjunto, 10 pacientes (13,3 %) se encuentran en la categoría "Muy Bajo"; 7 (9,3 %), en "Bajo"; 11 (14,7 %), en el nivel "Moderado"; 18 (24 %), en "Alto" y 29 (38,7 %), en "Muy Alto", totalizando 75 pacientes.

La Tabla 14 y la Figura 9 evidencian la distribución de los pacientes según la presencia de funcionalidad familiar en relación con el tipo de terapia de reemplazo renal que reciben.

Tabla 14*Presencia de funcionalidad familiar en los pacientes*

		¿Presenta funcionalidad familiar?		Total	
		No	Si		
		Recuento	2	38	40
Tipo de terapia de reemplazo renal	Hemodiálisis	% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	5 %	95 %	100 %
		% del total	2,7 %	50,7 %	53,3 %
	Diálisis peritoneal	Recuento	1	34	35
	Diálisis peritoneal	% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	2,9 %	97,1 %	100 %
		% del total	1,3 %	45,3 %	46,7 %
	Total	Recuento	3	72	75
		% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	4 %	96 %	100 %
		% del total	4 %	96 %	100 %

Figura 9*Presencia de funcionalidad familiar en los pacientes*

Entre los pacientes sometidos a hemodiálisis, 2 (5 %) no presentan funcionalidad familiar, mientras que 38 (95 %) sí la presentan. Esto significa que el

53,3 % (40) del total de pacientes sometidos a hemodiálisis tienen funcionalidad familiar.

En el grupo de pacientes que reciben diálisis peritoneal, 1 (2,9 %) no tiene funcionalidad familiar y 34 (97,1 %) sí. Este grupo representa el 46,7 % (35) del total de pacientes en diálisis peritoneal.

En conjunto, 3 pacientes (4 %) de la muestra no presentan funcionalidad familiar, mientras que 72 pacientes (96 %) sí la presentan.

La Tabla 15 y la Figura 10 exponen la distribución de los pacientes según su nivel de control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos, clasificada por el tipo de terapia de reemplazo renal que reciben.

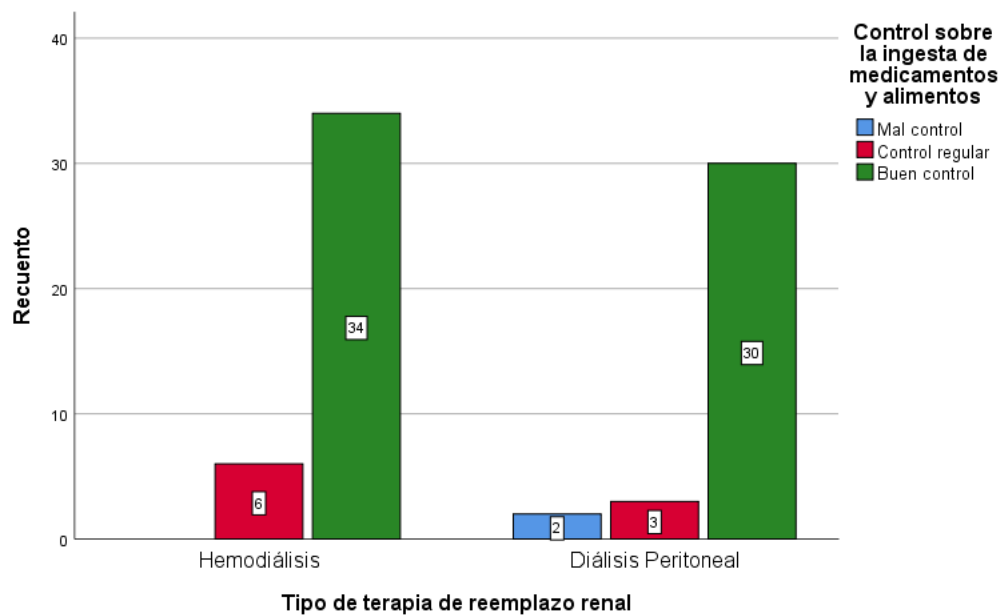
Tabla 15

Nivel de los pacientes en la dimensión de control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos

		Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos			Total	
		Mal control	Control regular	Buen control		
		Recuento	0	6	34	40
Tipo de terapia de reemplazo renal	Hemodiálisis	% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	0 %	15 %	85 %	100 %
		% del total	0 %	8 %	45,3 %	53,3 %
	Diálisis peritoneal		Recuento	2	3	30
Tipo de terapia de reemplazo renal	Diálisis peritoneal	% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	5,7 %	8,6 %	85,7 %	100 %
		% del total	2,7 %	4 %	40 %	46,7 %
	Total		Recuento	2	9	64
Total	Total	% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	2,7 %	12 %	85,3 %	100 %
		% del total	2,7%	12,0%	85,3%	100 %

Figura 10

Nivel de los pacientes en la dimensión de control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos



En el grupo de pacientes sometidos a hemodiálisis, ninguno de ellos reporta un "Mal control" sobre la ingesta de medicamentos y alimentos, 6 (15 %) tienen un "Control regular" y 34 (85 %) efectúan un "Buen control". En total, 40 pacientes reciben hemodiálisis, lo que representa el 53,3 % del total.

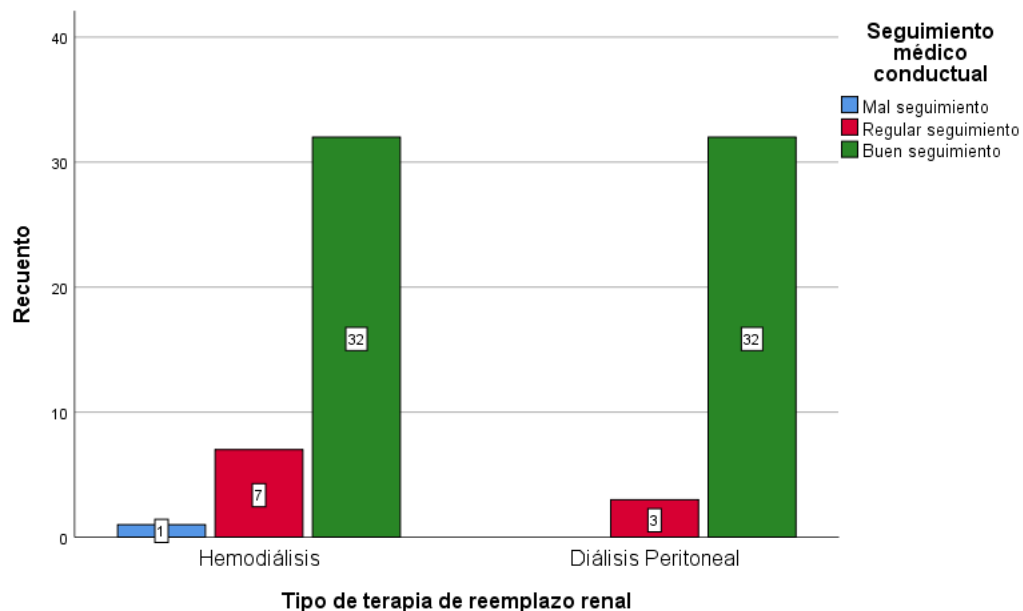
En el grupo de pacientes que reciben diálisis peritoneal, 2 (5,7 %) realizan un "Mal control"; 3 (8,6 %), un "Control regular" y 30 (85,7 %), un "Buen control". Este grupo constituye el 46,7 % del total de pacientes.

En conjunto, 2 pacientes (2,7 %) tienen un "Mal control"; 9 (12 %), un "Control regular" y 64 (85,3 %), un "Buen control", abarcando un total de 75 pacientes.

La Tabla 16 y la Figura 11 muestran la distribución de los pacientes según el nivel de seguimiento médico conductual que reciben, clasificada por el tipo de terapia de reemplazo renal.

Tabla 16*Nivel de los pacientes en la dimensión de seguimiento médico conductual*

		Seguimiento médico conductual			Total	
			Mal seguimiento	Regular seguimiento	Buen seguimiento	
		Recuento	1	7	32	40
Tipo de terapia de reemplazo renal	Hemodiálisis	% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	2,5 %	17,5 %	80 %	100 %
		% del total	1,3 %	9,3 %	42,7 %	53,3 %
		Recuento	0	3	32	35
Tipo de terapia de reemplazo renal	Diálisis peritoneal	% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	0 %	8,6 %	91,4 %	100 %
		% del total	0 %	4 %	42,7 %	46,7 %
		Recuento	1	10	64	75
Total		% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	1,3 %	13,3 %	85,3 %	100 %
		% del total	1,3 %	13,3 %	85,3 %	100 %

Figura 11*Nivel de los pacientes en la dimensión de seguimiento médico conductual*

Entre los pacientes que reciben hemodiálisis, se observa que 1 paciente (2,5 %) tiene un "Mal seguimiento"; 7 (17,5 %), un "Seguimiento regular" y 32 (80 %) un

"Buen seguimiento". En total, 40 pacientes reciben hemodiálisis, lo que representa el 53,3 % del total.

En cuanto a los pacientes que reciben diálisis peritoneal, ninguno de ellos tiene un "Mal seguimiento", mientras que 3 (8,6 %) presentan un "Seguimiento regular" y 32 (91,4 %), un "Buen seguimiento". Este grupo constituye el 46,7 % del total de pacientes.

En conjunto, 1 paciente (1,3 %) del total reporta un "Mal seguimiento"; 10 (13,3%), un "Seguimiento regular" y 64 (85,3 %), un "Buen seguimiento".

La Tabla 17 y la Figura 12 muestran la distribución de los pacientes según el nivel de autoeficacia, desglosada por el tipo de terapia de reemplazo renal que reciben.

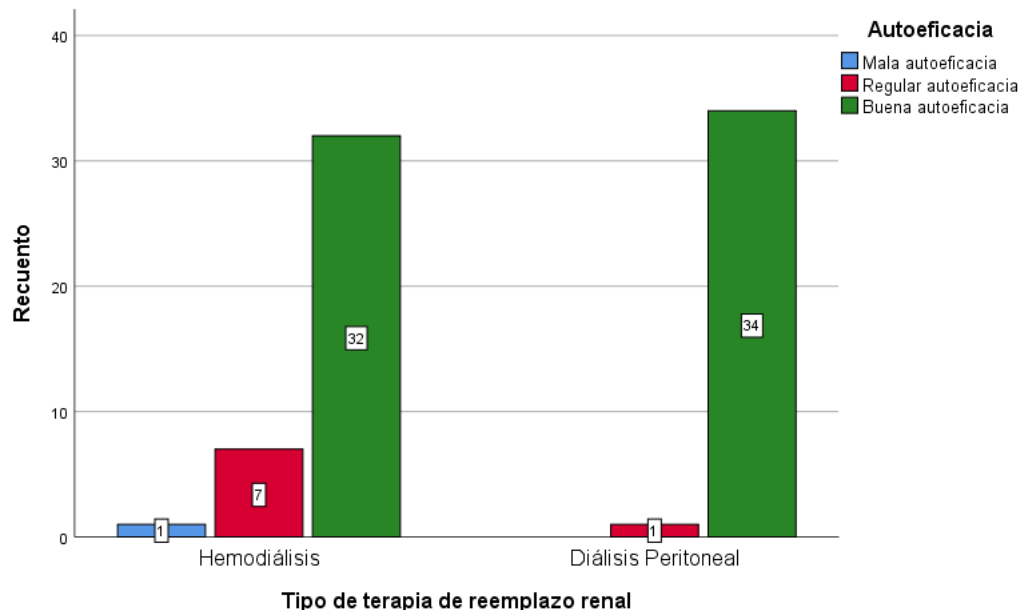
Tabla 17

Nivel de los pacientes en la dimensión de autoeficacia

			Autoeficacia			Total
			Mala autoeficacia	Regular autoeficacia	Buena autoeficacia	
Recuento			1	7	32	40
Tipo de terapia de reemplazo renal	Hemodiálisis	% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	2,5 %	17,5 %	80 %	100 %
		% del total	1,3 %	9,3 %	42,7 %	53,3 %
		Recuento	0	1	34	35
Tipo de terapia de reemplazo renal	Diálisis peritoneal	% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	0 %	2,9 %	97,1 %	100 %
		% del total	0 %	1,3 %	45,3 %	46,7 %
		Recuento	1	8	66	75
Total		% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	1,3 %	10,7 %	88 %	100 %
		% del total	1,3 %	10,7 %	88 %	100 %

Figura 12

Nivel de los pacientes en la dimensión de autoeficacia



Para los pacientes con hemodiálisis, se observa que 1 (2,5 %) tiene una "Mala autoeficacia"; 7 (17,5 %), una "Regular autoeficacia" y 32 (80 %), una "Buena autoeficacia". Este grupo representa el 53,3 % del total de pacientes.

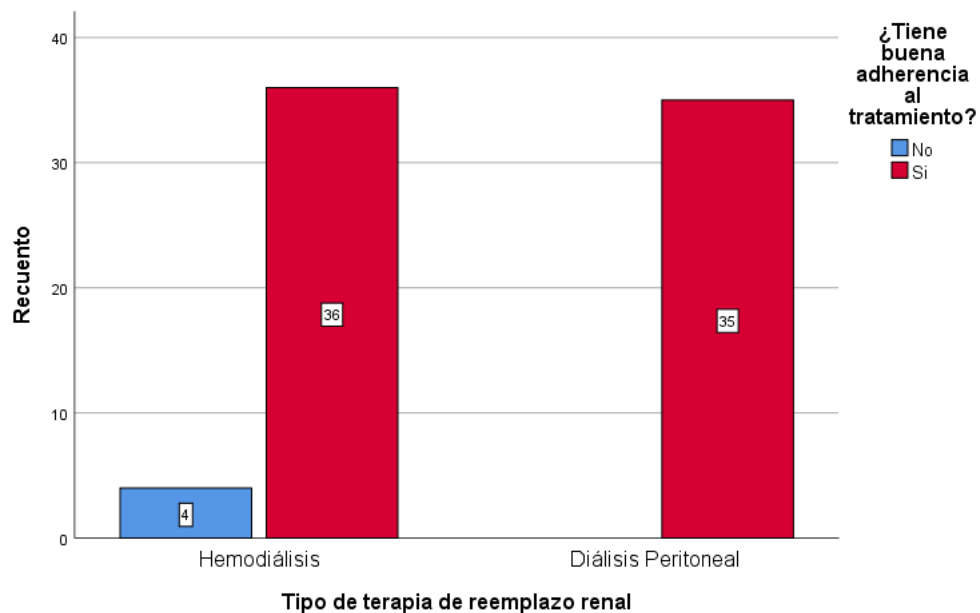
En el grupo de pacientes que reciben diálisis peritoneal, ninguno tiene una "Mala autoeficacia", 1 (2,9 %) presenta una "Regular autoeficacia" y 34 (97,1 %), una "Buena autoeficacia". Este grupo constituye el 46,7 % del total de pacientes.

En conjunto, 1 paciente (1,3 %) tiene una "Mala autoeficacia"; 8 (10,7 %), una "Regular autoeficacia" y 66 (88 %), una "Buena autoeficacia".

En la Tabla 18 y la Figura 13 se observa la distribución de los pacientes según la presencia de adherencia al tratamiento, diferenciado por tipo de terapia de reemplazo renal.

Tabla 18*Adherencia al tratamiento en los pacientes*

			¿Tiene buena adherencia al tratamiento?		Total
			No	Si	
Tipo de terapia de reemplazo renal	Hemodiálisis	Recuento	4	36	40
		% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	10 %	90 %	100 %
		% del total	5,3 %	48 %	53,3 %
	Diálisis peritoneal	Recuento	0	35	35
		% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	0 %	100 %	100 %
		% del total	0 %	46,7 %	46,7 %
Total	Recuento	4	71	75	
	% dentro de tipo de terapia de reemplazo renal	5,3 %	94,7 %	100 %	
	% del total	5,3 %	94,7 %	100 %	

Figura 13*Presencia de adherencia al tratamiento en los pacientes*

En el grupo de pacientes que reciben hemodiálisis, 4 (10 %) no tienen buena adherencia al tratamiento, mientras que 36 pacientes (90 %) sí la tienen. Este grupo de hemodiálisis constituye el 53,3 % del total de pacientes.

Por otro lado, 35 pacientes que reciben diálisis peritoneal (100 %) presentan buena adherencia al tratamiento, y representan el 46,7 % del total de pacientes.

En conjunto, 4 pacientes (5,3 %) no tienen buena adherencia al tratamiento y 71 (94,7 %) sí la tienen.

5.3 Resultados en relación con las hipótesis de la investigación

La hipótesis general abarcó lo siguiente:

Hi: Existe relación positiva moderada entre la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar en pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, en el periodo 2024.

H0: No existe relación positiva moderada entre la adherencia al tratamiento y la funcionalidad en pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, en el periodo 2024.

La Tabla 19 muestra los resultados de la prueba de chi-cuadrado para analizar la correlación entre los fenómenos de estudio.

Tabla 19

Correlación entre las variables de estudio mediante chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación
Chi-cuadrado de Pearson	4,853	1	0,028
Asociación lineal por lineal	4,788	1	0,029
Phi (ϕ)	0,254	-	0,028
V de Cramer	0,254	-	0,028
Coefficiente de contingencia	0,247	-	0,028
Número de casos válidos	-	-	75

El chi-cuadrado de Pearson y el chi-cuadrado de asociación lineal por lineal muestran valores significativos (0,028 y 0,029, respectivamente) con un grado de libertad, ello indica una asociación estadísticamente significativa al 95 % de confianza. El phi (ϕ), el v de Cramer y el coeficiente de contingencia también reflejan una asociación moderada entre las variables, con valores significativos de 0,254 y 0,247, respectivamente. Por tal sentido, con estos resultados se acepta la H_1 .

La primera hipótesis específica comprendió lo siguiente:

H_{11} : El nivel de adherencia al tratamiento en la mayoría de pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé mediante la escala de adherencia terapéutica (EAT) en Huancayo, en el periodo 2024, es buena.

H_{01} : El nivel de adherencia al tratamiento en la mayoría de pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé mediante la escala de adherencia terapéutica (EAT) en Huancayo, en el periodo 2024, no es buena.

La Tabla 20 muestra que en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé durante 2024 el 94,7% de los pacientes con terapia de reemplazo renal presenta una buena adherencia al tratamiento, mientras que solo el 5,3 % muestra adherencia regular.

Tabla 20

Nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes

	N	%
Regular adherencia al tratamiento	4	5,3
Buena adherencia al tratamiento	71	94,7
Total	75	100,0

La asimetría negativa y la alta curtosis de los datos sugirieron una distribución significativamente sesgada hacia una buena adherencia, lo que confirmó que la mayoría de los pacientes cumple eficazmente con el tratamiento. Estos resultados

validaron la hipótesis alternativa de que la adherencia al tratamiento en la mayoría de los pacientes es buena.

La segunda hipótesis específica englobó lo siguiente:

H₁₂: La mayoría de los pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé mediante la escala de funcionalidad familiar IV (Faces IV) en Huancayo, en el periodo 2024, presenta funcionalidad familiar.

H₀₂: La mayoría de los pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé mediante la escala de funcionalidad familiar IV (Faces IV) en Huancayo, en el periodo 2024, no presenta funcionalidad familiar.

La Tabla 21 muestra que en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, desde el 1 de abril hasta el 6 de agosto del año 2024, un total 72 pacientes (96 %) con terapia de reemplazo renal presenta funcionalidad familiar, mientras que solo 3 pacientes (4 %) no la presenta. La asimetría negativa y la alta curtosis de los datos sugirieron una distribución significativamente sesgada hacia la presencia de funcionalidad familiar, lo que confirmó que la mayoría de los pacientes mantiene un adecuado nivel de funcionalidad familiar. Estos resultados validaron la hipótesis alternativa de que la mayoría de los pacientes presenta funcionalidad familiar.

Tabla 21

Presencia de funcionalidad familiar en los pacientes

	N	%
Pacientes que no presentan funcionalidad familiar	3	4
Pacientes que presentan funcionalidad familiar	72	96
Total	75	100

La tercera hipótesis específica refirió lo siguiente:

H₃: Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de funcionalidad familiar y en la adherencia al tratamiento entre pacientes con hemodiálisis y pacientes con diálisis peritoneal.

H₃: No existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de funcionalidad familiar y en la adherencia al tratamiento entre pacientes con hemodiálisis y pacientes con diálisis peritoneal.

La Tabla 22 muestra los resultados de la comparación de adherencia al tratamiento y funcionalidad familiar entre pacientes con hemodiálisis y diálisis peritoneal mediante la prueba de chi-cuadrado.

Tabla 22

Comparación de los dos grupos de pacientes mediante chi-cuadrado

¿Tiene buena adherencia al tratamiento?					
	No	Si	X ²	gl	Sig.
Hemodiálisis	4	36	3,697	1	,055
Diálisis peritoneal	0	35			
Total	4	71			
¿Presenta funcionalidad familiar?					
	No	Si	X ²	gl	Sig.
Hemodiálisis	2	38	0,223	1	,637
Diálisis peritoneal	1	34			
Total	3	72			

Para la adherencia al tratamiento, se observó un valor de chi-cuadrado (X²) de 3,697 con un grado de libertad (gl) de 1 y una significancia (Sig.) de 0,055, indicando que no hay diferencias estadísticamente significativas en la adherencia al tratamiento entre los dos grupos ($p > 0,05$).

En cuanto a la funcionalidad familiar, se encontró un valor de chi-cuadrado (X^2) de 0,223 con un grado de libertad (gl) de 1 y una significancia (Sig.) de 0,637, lo que también sugirió que no hay diferencias estadísticamente significativas en la funcionalidad familiar entre los pacientes con hemodiálisis y los pacientes con diálisis peritoneal ($p > 0,05$).

Por lo expuesto, se rechazó la hipótesis alternativa en favor de la hipótesis nula, indicando que no se encontró evidencia suficiente para apoyar una relación significativa entre las variables estudiadas.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue investigar la relación entre la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar, así como determinar los niveles de ambos fenómenos y comparar estos constructos en pacientes sometidos a terapias de reemplazo renal. Se abordaron dos tipos de terapias: hemodiálisis y diálisis peritoneal, excluyendo el trasplante renal debido a la baja disponibilidad de donantes en el Perú, lo cual dificultaba obtener una muestra representativa de esta población.

Una de las hipótesis planteadas fue determinar si existía una relación entre la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar. Los resultados mostraron un valor de chi-cuadrado (X^2) de 4,853, con un grado de libertad (gl) de 1 y un p-valor de 0,028, indicando una relación significativa. Además, los coeficientes phi (ϕ) de 0,254, v de Cramer de 0,254 y el coeficiente de contingencia de 0,247 reflejaron una relación moderada entre estos fenómenos.

Comparando estos resultados con estudios previos, se observó una discrepancia en la magnitud de la relación encontrada. Por ejemplo, Mezquite (2023) reportó una correlación alta a nivel internacional ($\phi = 0,602$, $p < 0,05$), Reyes (2023) también encontró una correlación alta a nivel nacional ($\rho = 0,945$, $p < 0,05$) y Ruiz (2018) evidenció una relación fuerte a nivel local ($r = 0,9$). Estas diferencias podrían deberse a que los estudios mencionados se centraron exclusivamente en pacientes bajo hemodiálisis.

Aunque la teoría aún no clarifica completamente las diferencias entre hemodiálisis y diálisis peritoneal, la práctica sugiere que cada terapia demanda diferentes comportamientos y apoyos familiares, lo que podría influir en la adherencia al tratamiento. Alternativamente, estas diferencias podrían atribuirse al azar.

Otra hipótesis planteada en este estudio fue que la mayoría de los pacientes mostraría una buena adherencia al tratamiento. Los resultados confirmaron esta

hipótesis, ya que 71 pacientes (94,7 %), específicamente 35 pacientes de diálisis peritoneal (100 %) y 36 de hemodiálisis (90 %), reportaron seguir estrictamente el tratamiento prescrito.

Al comparar estos hallazgos con otros estudios, se observó que Arias (2023) a nivel internacional encontró que el 52,8 % de los pacientes presentaba una buena adherencia al tratamiento. A nivel nacional, Reyes (2023) reportó que solo el 40 % de los pacientes tenía una buena adherencia. Cabe destacar que estos estudios se centraron únicamente en pacientes con hemodiálisis.

La diferencia observada entre el presente estudio y los antecedentes podría atribuirse a varios factores. Una posible explicación teórica es que los pacientes sometidos a diálisis peritoneal tienden a desarrollar una mayor adherencia debido a la necesidad de un régimen más intensivo y frecuente, lo que puede fomentar una rutina más estricta y un mayor compromiso con el tratamiento. Además, la diálisis peritoneal, al realizarse en el hogar, podría involucrar más a los familiares en el proceso, lo que mejora el apoyo y, por ende, la adherencia.

En contraste, los pacientes en hemodiálisis pueden experimentar mayores barreras debido a la naturaleza de los tratamientos, los cuales requieren visitas frecuentes a centros especializados, lo que puede afectar la adherencia debido a factores como el tiempo de desplazamiento y el estrés asociado con el procedimiento.

Otra hipótesis considerada en este estudio fue que la mayoría de los pacientes presentaría funcionalidad familiar. Los resultados confirmaron esta hipótesis, ya que 72 pacientes (96 %), específicamente 34 pacientes de diálisis peritoneal (97,1 %) y 38 de hemodiálisis (95 %), demostraron tener funcionalidad familiar.

Comparando estos resultados con la investigación de Mezquite (2023) a nivel internacional, se observó que el 60,6 % de los pacientes presentaba funcionalidad familiar. A nivel nacional, Reyes (2023) evidenció que solo el 43,3 % de los pacientes

presentaba funcionalidad familiar. Cabe destacar que estos dos estudios se centraron exclusivamente en pacientes con hemodiálisis.

Las diferencias observadas entre el presente estudio y los antecedentes podría deberse a que la muestra utilizada tendría un mayor acceso a recursos de apoyo y servicios sociales, lo cual influye positivamente en la funcionalidad familiar. Además, la cultura y las estructuras familiares en diferentes contextos geográficos pueden variar significativamente, afectando la percepción y la realidad de la funcionalidad familiar.

Otra posible causa podría ser la diferencia en los criterios y métodos utilizados para evaluar la funcionalidad familiar entre las investigaciones. Mientras que el presente estudio utilizó el Faces IV, Mezquite (2023) empleó el FFL-SIL y Reyes (2023), la escala FES, lo que explicaría las discrepancias en los resultados. Además, los pacientes sometidos a diálisis peritoneal, al realizar el tratamiento en casa, podrían recibir un mayor apoyo familiar, contribuyendo a una mayor funcionalidad.

Finalmente, se planteó la hipótesis de que existirían diferencias significativas entre pacientes que se realizan diálisis peritoneal y hemodiálisis en relación con los fenómenos estudiados. Sin embargo, los resultados mostraron que no existe una diferencia estadísticamente significativa en la adherencia al tratamiento (p -valor $> 0,05$) ni en la funcionalidad familiar (p -valor $> 0,05$) entre ambos grupos de pacientes.

Este resultado no se puede comparar directamente con otros estudios, ya que la mayoría de las investigaciones encontradas se centran exclusivamente en pacientes de hemodiálisis. Una posible explicación para la falta de diferencias significativas podría ser que ambos grupos de pacientes, a pesar de las diferencias en los procedimientos de tratamiento, reciben un nivel de apoyo familiar y servicios de salud similares, lo que resulta en una adherencia y funcionalidad familiar comparables. Además, tanto la diálisis peritoneal como la hemodiálisis requieren un compromiso

considerable por parte de los pacientes y sus familias, lo cual podría homogenizar los efectos en términos de adherencia y funcionalidad familiar.

Otra posible causa es que las diferencias individuales entre los pacientes, como la motivación personal, el nivel de educación sobre su condición y el acceso a recursos adicionales, podrían jugar un papel más determinante en la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar que el tipo específico de terapia de reemplazo renal. Sin embargo, faltan más investigaciones para determinar bien la causa.

CONCLUSIONES

1. Existe una relación positiva y moderada entre la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar en pacientes que reciben alguna terapia de reemplazo renal en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, en el año 2024. Los valores encontrados fueron $X^2=4,853$, $gl=1$, $p\text{-valor}=0,028$, $\phi=0,254$.
2. Un total de 71 pacientes (94,7 %) que reciben alguna terapia de reemplazo renal en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, en el año 2024, presentan una buena adherencia al tratamiento.
3. Un total de 72 pacientes (96 %) que reciben alguna terapia de reemplazo renal en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, en el año 2024, presentan funcionalidad familiar.
4. No existe diferencia estadísticamente significativa que evidencie que la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar sean diferentes en pacientes que reciben hemodiálisis y diálisis peritoneal.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé fortalecer la atención psicológica y médica destinada a pacientes sometidos a terapias de reemplazo renal. Es crucial mejorar la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento, dado que los cuestionarios pueden no reflejar fielmente la situación real de los pacientes debido a respuestas por compromiso. La implementación de programas educativos y de apoyo continuo puede proporcionar un ambiente más propicio para el tratamiento exitoso y el bienestar general de los pacientes.
2. Se aconseja a los pacientes analizar periódicamente su adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar; además, tener una colaboración activa con otros investigadores ya que es esencial para mejorar la calidad de la atención recibida. Al compartir sus experiencias y participar en estudios adicionales, los pacientes pueden contribuir significativamente a la mejora de los servicios y al desarrollo de estrategias más efectivas para el manejo de su condición.
3. A otros investigadores, se les sugiere efectuar estudios más rigurosos que incluyan tanto a pacientes de hemodiálisis como de diálisis peritoneal. Ampliar la población estudiada permitirá obtener una visión más completa y precisa de la relación entre la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar.

REFERENCIAS

- Aguilar, T., González, A. & Pérez, A. (2015). Funcionalidad familiar y apego al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben terapia sustitutiva con diálisis peritoneal. *Atención Familiar*, 21(2).
<https://doi.org/10.22201/FACMED.14058871P.2014.2.47916>
- Alva, E. & Espinoza M. (2019). *Funcionalidad familiar y cumplimiento del tratamiento de quimioterapia en pacientes del servicio de oncología. Hospital regional José Cayetano Heredia. Piura 2017* [Tesis de segunda especialidad, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio Institucional.
<https://hdl.handle.net/20.500.12759/5471>
- Arellan, L. & León, R. (2022). Situación de la enfermedad renal crónica en la región Junín, Perú. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 15(2), 300-301. <https://doi.org/10.35434/RCMHNAAA.2022.152.1358>
- Arias, M. (2023). *Adherencia terapéutica y apoyo familiar del paciente con enfermedad renal crónica* [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Ambato]. Repositorio Institucional. <https://repositorio.uta.edu.ec:8443/jspui/handle/123456789/38692>
- Arias, J. & Covinos, M. (2021). *Diseño y metodología de la investigación*. Enfoques Consulting EIRL.
https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w26022w/Arias_S2.pdf
- Arrivillaga, M., Correa, D. & Salazar, I. (2007). *Psicología de la salud: abordaje integral de la enfermedad crónica*. El Manual Moderno.
<http://books.google.es/books?isbn=9789589446454>
- Avilés, L. (2021). *Asociación entre grado de funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos tipo 2 del Centro Médico*

- Metropolitano del Cusco, 2020* [Tesis de licenciatura, Universidad Andina del Cusco]. Repositorio Institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.12557/4082>
- Bouwmans, P., Skalli, Z., Vernooij, R., Hemmelder, M., Konijn, W., Lips, J., Mulder, J., Bonenkamp, A., van Jaarsveld, B. & Abrahams, A. (2023). Differences in mental health status during the COVID-19 pandemic between patients undergoing in-center hemodialysis and peritoneal dialysis. *Journal of Nephrology*, 36(7), 2037-2046. <https://doi.org/10.1007/S40620-023-01747-0>
- Casallo, P. (2019). Propiedades psicométricas de las dimensiones de cohesión y flexibilidad de la Escala Faces IV en universitarios de Bogotá y Lima [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio Institucional. <http://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/948>
- Caycho, A. & Castilla, C. (2020). Evaluación de un modelo bifactorial y propiedades psicométricas del Faces III en estudiantes peruanos. *Interacciones*, 6(2), 1-9. <https://doi.org/10.24016/2020.V6N2.160>
- Chalco, M., López, C. & Pascual, J. (2023). Propiedades psicométricas de la Escala de Adherencia Terapéutica basada en comportamientos explícitos en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista de Investigación en Psicología*, 26(1), 43-60. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v26i1.25070>
- Córdova, G. (2023). *Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial* [Tesis de licenciatura, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio Institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.12759/10913>
- Cueva, C. (2016). Propiedades psicométricas de la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar Faces IV en estudiantes de secundaria de Florencia de Mora [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/281>

- Datarus (2024). Granmo [Calculadora de Tamaño Muestral]
<https://www.datarus.eu/aplicaciones/granmo>
- Domingo, A. (2018). *Ética de la investigación: ingenio, talento y responsabilidad*. Herder.
- García, A. & Arredondo, A. (2018). La psiconefrología: un campo de estudio en desarrollo. *Psicología y Salud*, 28(2), 261-269.
<https://doi.org/10.25009/PYS.V28I2.2562>
- González, F., Escoto, M. & Chávez, J. (2017). *Estadística aplicada en psicología y ciencias de la salud*. El Manual Moderno.
- Goya, G. (2016). *Calidad de vida, funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en el paciente en hemodiálisis ambulatoria, Pasaje 2016* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Loja]. Repositorio Institucional.
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/18312>
- Lorenzo, V. & Luis, D. (2023). Enfermedad renal crónica. *Nefrología al día*, 1-24.
<https://www.nefrologiaaldia.org/136>
- Loza, C. (2022). *Situación de la enfermedad renal crónica en el Perú y análisis de la mortalidad por falla renal durante la pandemia del Covid-19* [Presentación]. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA. <https://www.spn.pe/archivos/SITUACION-DE-LA-ENFEREMEDAD-RENAL-CRONICA-EN-EL-PERU-2020-2021.pdf>
- Méndez, Antonio. (2017). *Nefrología para enfermeros* (2.ª ed.). El Manual Moderno.
- Mezquite, J. (2023). *Asociación entre la funcionalidad y la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis* [Tesis de especialidad, Universidad Autónoma de Querétaro]. Repositorio Institucional. <https://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/8151>

- Molina, M. & Alarcón, B. (2022). Niveles de depresión en pacientes con insuficiencia renal. *Dominio de las Ciencias*, 8(3), 2019-2031.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8635223>
- Niebla, I., Montero, X. & Rivera, M. (2023). Síntomas psiquiátricos en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en México. *Psicología y Salud*, 33(1), 31-42. <https://doi.org/10.25009/PYS.V33I1.2770>
- Olson, D. (2019). *FACES IV. Encyclopedia of Couple and Family Therapy*, 997-1004.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-49425-8_394
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/41182/adherencia-largo-plazo.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud conexos*.
<https://iris.who.int/handle/10665/250907>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2022). *Día Mundial del Riñón 2022: HEARTS en las Américas y Salud Renal para Todos*.
<https://www.paho.org/es/noticias/9-3-2022-dia-mundial-rinon-2022-hearts-americas-salud-renal-para-todos>
- Ortega, C. (s.f.). ¿Qué es el muestreo por conveniencia? *QuestionPro*.
<https://www.questionpro.com/blog/es/muestreo-por-conveniencia/>
- Pisano, M. & González, A. (2014). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enfermería Clínica*, 24(1), 59-66. <https://doi.org/10.1016/J.ENFCLI.2013.10.006>
- Reyes, L. (2023). *Clima social familiar y adherencia al tratamiento de pacientes con terapia renal sustitutiva de hemodiálisis en una clínica de Chiclayo* [Tesis de

maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional.

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/108150>

Rini, I., Rahmayani, T., Sari, E. & Lestari, R. (2021). Differences in the quality of life of chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Journal of Public Health Research*, 10(2).

<https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2209>

Rosas, F., Aguirre, A. & Agudelo, M. (2024). Cuantificación de la carga de la enfermedad renal crónica en América Latina: una epidemia invisibilizada. *Revista Panamericana de Salud Pública*, (48), 1-11. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.41>

Ruiz, J. & Gutiérrez, A. (2022). *Asociación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento con HBA1C en pacientes con DMT2 en Soacha-Colombia* [Tesis de maestría, Universidad del Rosario]. Repositorio Institucional.

<https://repository.urosario.edu.co/items/5d58ee49-7904-4f69-9a10-5778bb51add3>

Ruiz, M. (2018). *Funcionalidad familiar, afrontamiento y adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica de un hospital de Huancayo* [Tesis de doctorado, Universidad Femenina del Sagrado Corazón]. Repositorio Institucional.

<https://repositorio.unife.edu.pe/repositorio/handle/20.500.11955/499>

Ruiz, C. & Valenzuela, M. (2022). *Metodología de la investigación*. Fondo Editorial UNAT. <https://doi.org/10.56224/EdiUnat.4>

Soria, R., Vega, C. & Nava, C. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos.

Alternativas en Psicología, 14(20), 89-103.

[https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008)

[339X2009000100008](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008)

Unsal, E., Ayvaz, I., Özgursoy, B, Gülizar, J., Sofulu, F. & Pamuk, G. (2020). Opinions of hemodialysis and peritoneum patients regarding depression and psychological problems which they experience: A qualitative study. *Journal of Infection and Public Health*, 13(12), 1988-1992. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.02.041>

Valverde, M. (2021). *Soporte familiar y adherencia al tratamiento de los pacientes*, Centro Nefrológico Santa Lucía S.A.C., Trujillo, 2021 [Tesis de grado, Universidad Nacional de Trujillo]. Repositorio Institucional.

<https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/4758032>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Título preliminar: Adherencia al tratamiento y funcionalidad familiar en pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo.				
Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Adherencia al tratamiento Definición. Desde una perspectiva biopsicosocial, se conceptualiza la adherencia al tratamiento como la participación activa y deliberada del paciente, con el propósito de alcanzar los resultados preventivos o terapéuticos deseados (Pisano & González, 2014).	Población: Para el presente estudio se abordarán 300 pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, en el periodo 2024. Muestra: Para el presente estudio se abordarán 75 pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, en el periodo 2024.
¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar en pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, en el periodo 2024?	Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar en pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, en el periodo 2024.	Hi: Existe relación positiva moderada entre la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar en pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, en el periodo 2024. HO: No existe relación positiva moderada entre la adherencia al		

		tratamiento y la funcionalidad en pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, en el periodo 2024.		<p>Técnica y tipo de muestreo: Muestreo probabilístico.</p> <p>Técnica de recolección de datos: Encuesta</p> <p>Instrumento de recolección de datos: Para el presente estudio se utilizarán la escala de evaluación del funcionamiento familiar (Faces IV) y la escala de adherencia al tratamiento (EAT).</p>
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas	Funcionalidad familiar	
¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé mediante la escala de adherencia	Conocer cuál es el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé mediante la escala de adherencia terapéutica (EAT)	H₁: El nivel de adherencia al tratamiento en la mayoría de pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé mediante la escala de adherencia terapéutica (EAT) en Huancayo, en el periodo 2024, es buena.	Definición. La funcionalidad familiar se refiere a la capacidad de un sistema familiar para desempeñar sus roles, alcanzar sus metas y atender las demandas de sus miembros de manera eficiente y saludable (Olson, 2019).	

<p>terapéutica (EAT) en Huancayo, en el periodo 2024? ¿Cuál es el tipo de funcionalidad familiar en pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé mediante la escala de funcionalidad familiar IV (Faces IV) en Huancayo, en el periodo 2024? ¿Existen diferencias de afectación</p>	<p>en Huancayo, en el periodo 2024. Conocer cuál es el tipo de funcionalidad familiar en pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé mediante la escala de funcionalidad familiar IV (Faces IV) en Huancayo, en el periodo 2024. Demostrar la ausencia de diferencias estadísticamente significativas a nivel de afectación</p>	<p>Hi2: La mayoría de los pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé mediante la escala de funcionalidad familiar IV (Faces IV) en Huancayo, en el periodo 2024, presenta una adecuada funcionalidad familiar. Hi3: Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de funcionalidad familiar y en la adherencia al tratamiento entre pacientes con hemodiálisis y pacientes con diálisis peritoneal.</p>		
--	---	---	--	--

psicológica entre los pacientes que se realizan hemodiálisis y diálisis peritoneal?	psicológica entre pacientes que se realizan hemodiálisis y diálisis peritoneal.			
Bibliografía de sustento para la justificación y delimitación del problema			Bibliografía de sustento usada para el diseño metodológico	
<p>Aguilar, T., González, A. & Pérez, A. (2015). Funcionalidad familiar y apego al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben terapia sustitutiva con diálisis peritoneal. <i>Atención Familiar</i>, 21(2). https://doi.org/10.22201/FACMED.14058871P.2014.2.47916</p> <p>Arias, J. & Covinos, M. (2021). <i>Diseño y metodología de la investigación</i> (1a ed.). Enfoques Consulting EIRL. https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w26022w/Arias_S2.pdf</p> <p>Caycho, A. & Castilla, C. (2020). Evaluación de un modelo bifactorial y propiedades psicométricas del Faces III en estudiantes peruanos. <i>Interacciones</i>, 6(2), 1-9. https://doi.org/10.24016/2020.V6N2.160</p>			<p>Arias, J. & Covinos, M. (2021). <i>Diseño y metodología de la investigación</i> (1a ed.). Enfoques Consulting EIRL. https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w26022w/Arias_S2.pdf</p> <p>Domingo, A. (2018). <i>Ética de la investigación: ingenio, talento y responsabilidad</i> (1a ed.). Herder.</p> <p>González, F., Escoto, M. & Chávez, J. (2017). <i>Estadística aplicada en Psicología y Ciencias de la Salud</i> (1a ed.). El Manual Moderno. http://books.google.es/books?isbn=9786074486407</p> <p>Olson, D. H. (2019). Faces IV. <i>Encyclopedia of Couple and Family Therapy</i>, 997–1004. https://doi.org/10.1007/978-3-319-49425-8_394</p>	

Chalco, M., López, C. & Pascual, J. (2023). Propiedades psicométricas de la Escala de Adherencia Terapéutica basada en comportamientos explícitos en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista de investigación en Psicología*, 26(1), 43-60.

<https://doi.org/10.15381/rinvp.v26i1.25070>

Goya, G. (2016). *Calidad de vida, funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en el paciente en hemodiálisis ambulatoria, Pasaje 2016* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Loja]. Repositorio Institucional.

<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/18312>

Arias, M. (2023). *Adherencia terapéutica y apoyo familiar del paciente con enfermedad renal crónica* [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Ambato]. Repositorio Institucional.

<https://repositorio.uta.edu.ec:8443/jspui/handle/123456789/38692>

Olson, D. H. (2019). *FACES IV. Encyclopedia of Couple and Family Therapy*, 997–1004. https://doi.org/10.1007/978-3-319-49425-8_394

Ruiz, M. (2018). *Funcionalidad familiar, afrontamiento y adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica de un hospital de Huancayo* [Tesis de doctorado, Universidad

Ruiz, C. & Valenzuela, M. (2022). *Metodología de la investigación*.

Fondo Editorial UNAT. <https://doi.org/10.56224/EdiUnat.4>

Soria, R., Vega, C. & Nava, C. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 89-103.

https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008

Femenina del Sagrado Corazón]. Repositorio Institucional.
<https://repositorio.unife.edu.pe/repositorio/handle/20.500.11955/499>

Ruiz, C. & Valenzuela, M. (2022). *Metodología de la investigación*.

Fondo Editorial UNAT. <https://doi.org/10.56224/EdiUnat.4>

Valverde, M. (2021). *Soporte familiar y adherencia al tratamiento de los pacientes, Centro Nefrológico Santa Lucía S.A.C., Trujillo, 2021* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Trujillo].

Repositorio Institucional.

<https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/4758032>

Anexo 2. Carta de aceptación del área de nefrología del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé

Carta de aceptación para la realización de la investigación por el jefe del departamento de servicio o jefe inmediato superior

Señor

Dr. Ernesto Molina Loza

Gerente de la Red Asistencial Junín

De mi consideración:

El jefe del departamento/servicio/área de nefrología del establecimiento de salud del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de la Red Asistencial Junín, donde se ejecutará el estudio titulado "Adherencia al tratamiento y funcionalidad familiar en pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo", tiene el agrado de dirigirse a usted para manifestarle mi visto bueno para el proyecto señalado previamente se ejecute en el departamento/servicio/área de nefrología

Este proyecto deberá contar además con la evaluación del Comité de Ética en la Investigación y la aprobación correspondiente por la unidad de capacitación, investigación y docencia de la Red Asistencial Junín antes de su ejecución.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente,



Dr. Robert Leon Gonzales
C.M.P. 22373 - R.N.E. 25401
MÉDICO NEFRÓLOGO
HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ - RAJ
EsSalud

León González Robert

Jefe de departamento/servicio/área de nefrología

Anexo 3. Oficio del Comité de Ética de Humanidades



Huancayo, 16 de febrero del 2024

OFICIO N°0128-2024-CIEI-UC

Investigadores:

SILVA FIGUEROA LUIS ORLANDO

Presente-

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarles cordialmente y a la vez manifestarles que el estudio de investigación titulado: **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL DEL HOSPITAL NACIONAL "RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ" DE HUANCAYO.**

Ha sido **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo las siguientes precisiones:

- El Comité puede en cualquier momento de la ejecución del estudio solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas.
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente




 Walter Calderón Gerstein
 Presidente del Comité de Ética
 Universidad Continental

C.c. Archivo.

Arequipa

Av. Los Incas S/N,
José Luis Bustamante y Rivero
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara
(054) 412 030

Huancayo

Av. San Carlos 1980
(064) 481 430

Cusco

Urb. Manuel Prado - lote B, N° 7 Av. Collasuyo
(084) 480 070

Sector Angostura KM. 10,
carretera San Jerónimo - Saylla
(084) 480 070

Lima

Av. Alfredo Mendiola 5210, Los Olivos
(01) 213 2760

Jr. Junín 355, Miraflores
(01) 213 2760

Anexo 4. Constancia del Comité de Ética del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé



COD. CIEIRAJ 66-24

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
 “Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N° 66-CIEI-GRAJ-ESSALUD-2024

Huancayo, 31 de julio de 2024

Investigador (a) Principal
Silva Figueroa Luis Orlando
 Presente. –

Título del Protocolo : “Adherencia al tratamiento y funcionalidad familiar en pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo”

Versión y Fecha del Protocolo: Versión 02, 30 de mayo de 2024.

Tipo de Estudio : Observacional

De nuestra consideración:

El Comité Institucional de ética en Investigación ha revisado la solicitud de evaluación de revisión del protocolo de investigación expresada en su carta del 30 de mayo de 2024.

Para la aprobación se ha considerado el cumplimiento de las consideraciones éticas para la investigación en salud con seres humanos señaladas en la Resolución Ministerial N°233-2020. En virtud a ello ha **aprobado** el siguiente documento:

- Protocolo de “Adherencia al tratamiento y funcionalidad familiar en pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo”, Versión 03, 22 de julio de 2024.

El periodo de vigencia de la presente aprobación será de (03) meses; desde el 31 de julio de 2024 hasta el 31 de octubre de 2024, debiendo solicitar la renovación con 30 días de anticipación al Comité Institucional de Ética en la Investigación.

Asimismo, mencionar que cualquier enmienda en los objetivos secundarios, metodología y aspectos éticos debe ser solicitada a este CIEI.

Sírvase hacernos llegar los **informes de avance del estudio en forma digital semestralmente** al correo electrónico ciei.redjunin@gmail.com a partir la presente aprobación y el informe final una vez concluido el estudio.

JFQP/ascp
 NIT : 1302-2024-6526

Dr. FRANCK QUISPE ARI
 PRESIDENTE
 COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN
 RED ASISTENCIAL JUNÍN

www.essalud.gob.pe

Av. Independencia 296
 El Tambo Huancayo
 Junín Perú
 T.: (064) 248366



BICENTENARIO
 DEL PERÚ
 2021 - 2024

Anexo 5. Autorización de la aplicación de la investigación



PERÚ Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo Seguro Social de Salud EsSalud



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

CARTA N° 84-UCID-GRAJ-ESSALUD-2024

Huancayo, 31 de julio de 2024

Señor (a)
Silva Figueroa Luis Orlando
Investigador(a) Principal
Presente. –

ASUNTO : Autorización para la ejecución de proyecto de Investigación

Referencia : a. Constancia N° 66-CIEI-GRAJ-ESSALUD-2023

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y en mención al documento de la referencia a) el Comité Institucional de Ética en la Investigación de la Red Asistencial Junín, emite la Constancia de Aprobación de Proyecto de Investigación.

En ese sentido, la Unidad de Capacitación, Investigación y Docencia de la Red Asistencial Junín **AUTORIZA LA EJECUCIÓN** de la investigación titulada "*Adherencia al tratamiento y funcionalidad familiar en pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo*".

Es preciso señalar, que el periodo de vigencia de la presente autorización será de **03 meses**; desde el **31 de julio de 2024 hasta el 31 de octubre de 2024** debiendo solicitar la renovación de ejecución al Comité de Ética en Investigación, si transcurrido el tiempo de autorización señalado líneas arriba no se culminó con la investigación.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente.



Mg. Alexander R. Ayala Huamán
Jefe(e) de la Unidad de Capacitación
Investigación y Docencia
RED ASISTENCIAL JUNIN


ARAH/arah
NIT*: 1302-2023-6526
Folios: ()

www.essalud.gob.pe

Av. Independencia 296
El Tambo Huancayo
Junin Perú
T.: (064) 248366



Anexo 6. Instrumentos

Escala de adherencia al tratamiento (EAT)

INSTRUCCIONES: Por favor, marque la respuesta que cree conveniente para usted frente a la afirmación. Tache la opción que más describa su condición.

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre

1. Ingiere mis medicamentos de manera puntual.	1	2	3	4	5
2. Me hago mis análisis en los períodos que el médico me indica.	1	2	3	4	5
3. Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto.	1	2	3	4	5
4. Atiendo a las recomendaciones del médico en cuanto a estar pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud.	1	2	3	4	5
5. Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite.	1	2	3	4	5
6. Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento.	1	2	3	4	5
7. Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.	1	2	3	4	5
8. Cuando me dan los resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.	1	2	3	4	5
9. Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago.	1	2	3	4	5
10. Como me lo recomienda el médico, me hago análisis clínicos periódicamente, aunque no esté enfermo.	1	2	3	4	5
11. Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad.	1	2	3	4	5
12. Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago todo lo que esté en mis manos para aliviarme	1	2	3	4	5

¡MUCHAS GRACIAS!

Escala de evaluación del funcionamiento familiar (Faces IV)

INSTRUCCIÓN: Lee atentamente cada una de las afirmaciones presentadas a continuación y marca con una "X" la alternativa que consideres adecuada. Para responder, ten en cuenta tu realidad familiar, es decir, las experiencias que se viven dentro de tu familia. No existen respuestas buenas ni malas.

1	2	3	4	5
Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo

1. Los miembros de la familia se relacionan entre sí.	1	2	3	4	5
2. Nuestra familia busca nuevas maneras de lidiar con los problemas.	1	2	3	4	5
3. Nos llevamos mejor con gente ajena a la familia que con nuestra propia familia.	1	2	3	4	5
4. Mi familia y yo pasamos demasiado tiempo juntos.	1	2	3	4	5
5. Hay estrictas consecuencias por romper reglas en nuestra familia.	1	2	3	4	5
6. Parecemos nunca estar organizados en nuestra familia.	1	2	3	4	5
7. Los miembros de la familia se sienten muy cerca el uno del otro.	1	2	3	4	5
8. Los padres comparten por igual el liderazgo en nuestra familia.	1	2	3	4	5
9. Los miembros de la familia parecen evitar contacto entre ellos mismos cuando están en casa.	1	2	3	4	5
10. Los miembros de la familia se sienten presionados a pasar más tiempo libre juntos.	1	2	3	4	5
11. Hay claras consecuencias cuando un miembro de la familia hace algo malo.	1	2	3	4	5
12. Es difícil saber quién es el líder en nuestra familia.	1	2	3	4	5
13. Los miembros de la familia se apoyan el uno al otro durante tiempos difíciles.	1	2	3	4	5
14. La disciplina es imprescindible en nuestra familia.	1	2	3	4	5
15. Los miembros de la familia saben muy poco acerca de los amigos de otros miembros de la familia.	1	2	3	4	5
16. Los miembros de la familia son demasiado dependientes el uno del otro.	1	2	3	4	5
17. Nuestra familia tiene una regla para casi todas las situaciones posibles.	1	2	3	4	5
18. En nuestra familia, las cosas no suelen realizarse como deberían.	1	2	3	4	5
19. Los miembros de la familia se consultan unos a otros sobre decisiones importantes.	1	2	3	4	5
20. Mi familia es capaz de hacer cambios cuando sea necesario.	1	2	3	4	5
21. Los miembros de la familia están juntos cuando hay un problema por resolver.	1	2	3	4	5
22. Para los miembros de la familia no son indispensables las amistades fuera de la familia.	1	2	3	4	5
23. Nuestra familia es muy organizada.	1	2	3	4	5
24. Es poco claro quién es responsable por cosas (tareas, actividades) en nuestra familia.	1	2	3	4	5
25. A los miembros de la familia les gusta compartir su tiempo libre con los demás miembros de la familia.	1	2	3	4	5
26. Nos turnamos las responsabilidades del hogar de persona a persona.	1	2	3	4	5
27. Nuestra familia casi nunca hace cosas juntos.	1	2	3	4	5
28. En nuestra familia, nos sentimos muy conectados entre sí.	1	2	3	4	5
29. Nuestra familia se frustra cuando hay un cambio en nuestros planes o rutinas.	1	2	3	4	5
30. Nuestra familia carece de liderazgo.	1	2	3	4	5
31. Aunque los miembros de la familia tienen intereses individuales, aun así, participan en las actividades familiares.	1	2	3	4	5
32. Tenemos reglas y roles muy claros en nuestra familia.	1	2	3	4	5

33. Los miembros de la familia raras veces dependen el uno del otro.	1	2	3	4	5
34. Nos resentimos cuando los miembros de la familia hacen cosas ajenas a la familia.	1	2	3	4	5
35. Es importante seguir las reglas en nuestra familia.	1	2	3	4	5
36. Nuestra familia tiene dificultades para hacer seguimiento de quienes hacen diversas tareas en el hogar.	1	2	3	4	5
37. Nuestra familia concibe perfectamente lo que es estar juntos o separados.	1	2	3	4	5
38. Cuando los problemas surgen, nos comprometemos en solucionarlos.	1	2	3	4	5
39. Los miembros de la familia actúan principalmente de manera independiente.	1	2	3	4	5
40. Los miembros de la familia sienten culpabilidad si pasan mucho tiempo alejados entre sí.	1	2	3	4	5
41. Una vez que se toma una decisión es muy difícil modificarla.	1	2	3	4	5
42. Nuestra familia se siente ajetreada y desorganizada	1	2	3	4	5
43. Los miembros de la familia están satisfechos de cómo ellos se comunican entre sí.	1	2	3	4	5
44. Los miembros de la familia son muy buenos oyentes.	1	2	3	4	5
45. Los miembros de la familia expresan afecto el uno al otro.	1	2	3	4	5
46. Los miembros de la familia son capaces de preguntarse entre sí que es lo que desean.	1	2	3	4	5
47. Los miembros de la familia pueden discutir tranquilamente los problemas entre ellos.	1	2	3	4	5
48. Los miembros de la familia discuten sus ideas y creencias con los demás miembros de la familia.	1	2	3	4	5
49. Cuando los miembros de la familia se hacen preguntas entre sí, obtienen respuestas honestas.	1	2	3	4	5
50. Los miembros de la familia tratan de entender los sentimientos de cada uno de ellos.	1	2	3	4	5
51. Cuando los miembros de la familia están molestos, raras veces se dicen cosas negativas entre sí.	1	2	3	4	5
52. Los miembros de la familia expresan sus verdaderos sentimientos entre sí.	1	2	3	4	5

¿Qué tan satisfecho está usted con:

1	2	3	4	5
Muy insatisfecho	De alguna manera insatisfecho	Generalmente satisfecho	Muy satisfecho	Extremadamente satisfecho

53. El nivel de cercanía entre los miembros de la familia.	1	2	3	4	5
54. La capacidad de la familia para manejar el estrés.	1	2	3	4	5
55. La flexibilidad de la familia para adaptarse.	1	2	3	4	5
56. La disposición de la familia para compartir momentos positivos.	1	2	3	4	5
57. La forma en que hablan y se entienden en la familia.	1	2	3	4	5
58. La capacidad de la familia para resolver desafíos.	1	2	3	4	5
59. La cantidad de tiempo que la familia pasa junta.	1	2	3	4	5
60. La forma en que la familia trata de solucionar los problemas.	1	2	3	4	5
61. La manera en que se expresan cuando hay problemas en la familia.	1	2	3	4	5
62. El nivel de preocupación que muestran unos hacia otros en la familia.	1	2	3	4	5

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Anexo 7. Validación de jueces

CONSTANCIA

Juicio de experto

Yo, **BADILLO MALDONADO LUISA**, con el grado académico de magíster, carrera profesional de Psicología, constato que realicé la evaluación por juicio de experto a la “Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar (Faces IV)” y de la “Escala de Adherencia al Tratamiento (EAT)” presentado por **SILVA FIGUEROA, LUIS ORLANDO**.

Valoración del evaluador hacia la escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar (Faces IV)

DEFICIENTE	REGULAR	ADECUADO	EXCELENTE
		X	

Valoración del evaluador hacia la escala de Adherencia al Tratamiento (EAT)

DEFICIENTE	REGULAR	ADECUADO	EXCELENTE
			X


 Ps. Luisa Badillo Maldonado
 SERVICIO DE PSICOLOGIA
 C.Ps. P. 3348
 HOSPITAL NACIONAL "TRAMIRO FIGUEROA PRALLE" RAJ


Firma y Sello del experto

Huancayo, 16 de febrero de 2024

CONSTANCIA

Juicio de experto

Yo, **SALCEDO REYES, JOSÉ**, con el **grado académico de magíster**, carrera profesional de **Psicología**, constato que realicé la evaluación por juicio de experto a la “Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar (Faces IV)” y de la “Escala de Adherencia al Tratamiento (EAT)” presentado por **SILVA FIGUEROA, LUIS ORLANDO**.

Valoración del evaluador hacia la escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar (Faces IV)

DEFICIENTE	REGULAR	ADECUADO	EXCELENTE
		X	

Valoración del evaluador hacia la escala de Adherencia al Tratamiento (EAT)

DEFICIENTE	REGULAR	ADECUADO	EXCELENTE
			X



 HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
 CLÍNICA QUIRÚRGICA
 DANIEL ALCIDES CERDA TRUJILLO
 Huancayo
 José F. Salcedo Reyes
 PSICÓLOGO - PSICOTERAPÉUTA
 C. P. 15993
 Firma

Huancayo, 16 de febrero de 2024

CONSTANCIA

Juicio de experto

Yo, **ARELLAN BRAVO, LUIS**, con el **grado académico de magíster**, carrera profesional de **Medicina**, constato que realicé la evaluación por juicio de experto a la “Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar (Faces IV)” y de la “Escala de Adherencia al Tratamiento (EAT)” presentado por **SILVA FIGUEROA, LUIS ORLANDO**.

Valoración del evaluador hacia la escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar (Faces IV)

DEFICIENTE	REGULAR	ADECUADO	EXCELENTE
		X	

Valoración del evaluador hacia la escala de Adherencia al Tratamiento (EAT)

DEFICIENTE	REGULAR	ADECUADO	EXCELENTE
			X



Dr. Luis Arellan Bravo
 CMP. 72335 - RNE. 39144
 MÉDICO NEFRÓLOGO
 HOSPITAL NACIONAL DE NEFROLOGÍA - PIAJALE - PIAJALE - RAJ


Firma y Sello del experto

Huancayo, 16 de febrero de 2024

Anexo 8. Alfa de Cronbach de los instrumentos

A continuación, se muestra el alfa de Cronbach que se realizó de las pruebas con los datos obtenidos:

Tabla 23

Alfa de Cronbach del EAT y sus dimensiones

	α
D1: Control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos	,750
D2: Seguimiento médico conductual	,645
D3: Autoeficacia	,764
Global	,842

Tabla 24

Alfa de Cronbach del Faces IV y sus dimensiones

	α
D1: Cohesión	,809
D2: Flexibilidad	,724
D3: Desunión	,498
D4: Sobreinvolucramiento	,450
D5: Rigidez	,488
D6: Caótico	,794
Global	,823

	α
D7: Comunicación	,870
D8: Satisfacción	,922

Anexo 10. Consentimiento informado

Consentimiento Informado para participantes de la investigación

Estimado/a señor(a),

Le saluda **Luis Orlando Silva Figueroa**, responsable de la investigación titulada “Adherencia al tratamiento y funcionalidad familiar en pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo”. Agradezco de antemano su disposición para formar parte de este estudio.

Propósito del estudio:

El propósito de este estudio es identificar la relación entre la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar en pacientes con terapia de reemplazo renal del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, durante el año 2024.

Consentimiento informado para los participantes:

Lo invito a participar voluntariamente en esta investigación, la cual tiene como objetivo identificar la relación entre la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar en pacientes con terapia de reemplazo renal en el mencionado hospital durante el año 2024. Su participación implica el llenado de cuestionarios relacionados con la temática de estudio y no tomará más de 30 minutos.

Su participación en este estudio es completamente libre, voluntaria y anónima. La información proporcionada será tratada de manera confidencial y se utilizará únicamente con fines investigativos. No se utilizará con propósitos de diagnóstico individual.

Procedimientos del estudio:

Se completarán cuestionarios sobre adherencia al tratamiento y funcionalidad familiar.

La duración estimada para la participación no excederá los 30 minutos.

Riesgos:

La participación en este estudio no implica riesgos para su salud.

Beneficios:

Se beneficiará al contribuir a la comprensión de la relación entre adherencia al tratamiento y funcionalidad familiar en pacientes con diálisis. Los resultados serán tratados de manera confidencial y los costos serán cubiertos por el estudio.

Costos y compensación:

No deberá pagar nada por participar y no se ofrecerá ninguna compensación económica ni de otra índole.

Confidencialidad:

La información será tratada de manera confidencial, utilizando códigos en lugar de nombres. En caso de publicación, no se revelará información que permita la identificación de los participantes.

Derechos del participante:

Si decide participar, puede retirarse en cualquier momento sin perjuicio alguno. Se le entregará una copia de este consentimiento informado.

Por favor, indique su decisión respecto a su participación marcando la opción correspondiente:

Acepto participar voluntariamente en la investigación.

No acepto participar en la investigación.

_____ Fecha:

Gracias por su atención y apoyo.

CONTACTO DEL INVESTIGADOR:

Luis Orlando Silva Figueroa

Teléfono: 915 354 124

Correo electrónico: 73001738@continental.edu.pe