



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Fuentes González N, Ojeda Medina AA. Soporte y red social en el adulto maduro con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus tipo II en riesgo de insuficiencia renal. Biblioteca Lascasas, 2007; 3(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0261.php>

“SOPORTE Y RED SOCIAL EN EL ADULTO MADURO CON HIPERTENSION ARTERIAL Y/ O DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN RIESGO DE INSUFICIENCIA RENAL”

“SUPPORT AND SOCIAL NETWORK IN THE MATURE ADULT WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND / OR DIABETES MELLITUS IN RISK OF RENAL INSUFFICIENCY “

**NIEVES FUENTES GONZÁLEZ
ÁNGELA ANDREA OJEDA MEDINA**

**Directora
YOLIMA BOLIVAR S
Enfermera Magíster en Salud Familiar
Docente**

**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA D ENFERMERÍA
TUNJA
2007**

RESUMEN

El propósito fundamental de esta investigación es describir el soporte y red social en los pacientes con enfermedades crónicas, particularmente aquellos con Hipertensión arterial y/o Diabetes Mellitus tipo II en riesgo de insuficiencia renal con el fin de corroborar la importancia que tiene en el paciente el soporte social en la adaptación e incorporación de aptitudes, valores y conocimientos requeridos para vivir en situación de enfermedad crónica. El profesional de enfermería al conocer las implicaciones que tiene el soporte social en los pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus en riesgo de insuficiencia renal, podrá establecer estrategias de intervención enfocadas a la prevención y el manejo de situaciones estresantes y al fortalecimiento de grupos de apoyo para garantizar el cuidado del paciente y su familia.

Este trabajo corresponde a un estudio de tipo descriptivo de corte transversal enmarcado dentro de la investigación cuantitativa, la muestra la conforman 30 pacientes entre 45 a 59 años (adultos maduros) con diagnóstico de hipertensión Arterial y/o diabetes Mellitus en riesgo de insuficiencia renal afiliado a la EPS Instituto Seguro Social que reciben servicios de salud en la ESE Policarpa Salavarrieta CAA Sogamoso.

Para la recolección de la información se utilizó el instrumento de Norbeck (NSSQ-1995), el cual mide el soporte y la red social y goza de validez, confiabilidad y reconocimiento dentro de la comunidad de investigación en enfermería.

Las principales Conclusiones fueron:

- La muestra del estudio esta representada en un 66.6% por pacientes con Diabetes mellitus tipo II, el 20% con Hipertensión arterial y un 13.3% concomitantemente. Enfermedades que genera en el adulto maduro, transformaciones en sus relaciones sociales, personales y familiares a causa de los cambios que deben asumir por su situación crónica.
- El apoyo emocional se ubica en un rango de bastante a mucho. En cuanto al apoyo tangible en general se ubica en el rango de moderado a bastante, lo que indica que a pesar de tener fuerte apoyo emocional, el apoyo económico es moderado por las condiciones económicas actuales de su familiares y amigos más cercanos que hacen parte de su red de apoyo.
- En cuanto a la dimensión red total se observa que el promedio de personas en

listadas por los paciente es de 12, con una frecuencia de contacto para la mayoría semanales a diarios y la duración de la relación tienen el rango máximo de 5 años y más. Analizando cada una de estas variables se confirma la frecuencia de contacto y la duración de la relación lo que significa que el adulto maduro cuenta con una red no muy grande de familiares, amigos, vecinos pero son el apoyo permanente e incondicional en los momentos más difíciles por los que atraviesa el enfermo crónico. el contacto es personal, frecuente y duradero con los grupos de apoyo lo que les permite a los pacientes un proceso de interacción estable y dinámica que les provee seguridad para cumplir regímenes de tratamiento y expectativas de la vida.

- El soporte y la red social que se evidencia en la población de estudio es aportado en su mayoría por los familiares en un segundo lugar el compañero (a), seguido por los amigos, vecinos y en último lugar los profesionales de la salud, quienes al parecer no representan para los pacientes un apoyo social.

- Este estudio permite conocer como el apoyo y la red social en situación de enfermedad crónica fortalece la interrelación del paciente, su familia y el profesional de enfermería, debido a que ofrece espacios para el crecimiento mutuo y se genera la posibilidad de conocer las perspectivas, experiencias y necesidades de cada uno para participar activamente en el cuidado.

Palabras Claves: Soporte y Red Social, Adulto maduro, Paciente crónico.

ABSTRACT

The fundamental purpose of this investigation is the of describing the support and social network in the patients with chronic illnesses, particularly those with arterial Hypertension and/or Diabetes Mellitus in risk of renal inadequacy with the purpose of corroborating the importance that has in the patient the social support in the adaptation and incorporation of aptitudes, values and necessary knowledge to live in situation of chronic illness and likewise the infirmity professional when knowing the implications that has the social support in the patients with arterial hypertension and diabetes mellitus in the risk of renal inadequacy, will be able to establish intervention strategies focused to the prevention and the handling of situations estresantes and to the invigoration of support network to guarantee the patient's care and her family. This work corresponds to a study of descriptive type inside the quantitative investigation, with hermeneutic focus where the mature adult population that understands the ages from 45 to 59 years that they suffer chronic illnesses (Arterial hypertension and/or Mellitus Diabetes) in risk of renal inadequacy and be users of the EPS and receive services of health in the ESE Policarpa Salavarrieta CAA Sogamoso.

For the gathering of the information the instrument of Norbeck was used, to measure support and social network, instrument with validity 0.89 to 0.92, dependability and recognition inside the investigation community in nursing.

The main Conclusions were:

- the population of the study this it represents in 66.6% for patient with Diabetes mellitus , 20% with arterial Hypertension and 13.3% concomitantly. Illnesses that it generates in the mature or intermediate adult, transformations in their social, personal and family relationships because of the changes that should assume for their chronic situation.
- The emotional support is located in a range of enough to a lot. As for the tangible support in general is located in the range of moderate to enough, what indicates that in spite of having emotional strong support, the economic support is moderated by the economic current conditions of its relatives and nearer friends that make part of its support network.
- As for the dimension total network it is observed that the average of people in list by the patient one is of 12, with a contact frequency for most weekly to newspapers and the duration of the relationship they have the 5 year-old maximum range. Analyzing each one of these variables you confirm the contact frequency and the duration of the relationship what means that the adult mature bill with a net not very big of family, friends, neighbors that are the permanent and unconditional support in the more moments.

Difficult for what the chronic sick person crosses. the contact is personal, frequent and durable with the support group what allows the patients a process of stable interaction and dynamics that it provides them security to complete treatment régimes and expectations of the life.

-The support and the social net in the study population are contributed in their majority by the relatives in a second place the partner (to), continued by the friends, neighbors and in last place the professionals of the health who apparently don't represent for the patients a social support.

-This studio allow to know as the support and the social net in situation of chronic illness it strengthens the patient's interrelation, its family and the infirmary professional, because he/she offers spaces for the mutual growth and the possibility is generated of knowing the perspectives, experiences and necessities of each one to participate actively in the care.

Key Words: Support and Social network, mature, chronic Patient Adult

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas son una situación en la vida de muchas personas, las cuales ocurren sin importar el sexo, nivel socioeconómico, ni el grupo étnico, cultural y racial. La enfermedad crónica hace referencia a la presencia, acumulación y latencia irreversible de estados de enfermedad o impedimentos que incluyen todo el ambiente humano en busca de un cuidado de apoyo y autocuidado, un mantenimiento de la función y la prevención de una mayor incapacidad.¹

Los hábitos de las sociedades actuales contribuyen al aumento del índice de enfermedades crónicas. Las dietas con alto contenido de grasa saturada y colesterol, los estilos de vida sedentarios, el abuso del tabaquismo y los niveles elevados de estrés se relacionan en conjunto con el surgimiento de enfermedades crónicas en personas genéticamente susceptibles. Aunque en años recientes se ha dado mayor énfasis en los estilos de vida poco saludables.²

Las condiciones crónicas de salud afectan la vida de las personas, y tienen repercusiones en el área personal y social del individuo y su familia o de las personas que lo rodean. Agregado a esto el individuo que vive en situación de enfermedad crónica experimenta niveles altos de estrés a causa de la remisión y exacerbación de síntomas, fallas en la terapia, cambios en el estilo de vida, dificultades económicas, falta de medicamentos y temor por el futuro.

En el caso particular de los pacientes Hipertensos y diabéticos en riesgo de insuficiencia renal, para mantener las enfermedades bajo control deben cumplir los regímenes terapéuticos de manera precisa, puesto que la no adhesión al plan de tratamiento o acatar el régimen de manera inconsciente puede acarrear e incrementar el riesgo de complicaciones y acelera el proceso de la enfermedad. Sin embargo, es importante considerar que las respuestas y reacciones del paciente ante la hipertensión arterial, diabetes o concomitantes dependen, en gran parte, de la comprensión acerca del padecimiento, la percepción de los posibles efectos en su vida, familia y estilo de vida y del Apoyo o Soporte social con que cuenta. Las personas con enfermedad crónica deben asumir la responsabilidad del tratamiento cotidiano de la enfermedad, tomar decisiones acerca de su estilo de vida y el cuidado de su salud, adquirir habilidades en el manejo y control de la misma. Por tanto el apoyo y la red social se convierten en fuente primordial de suministro de ayuda, afecto, expresiones de amor, afirmación de sus acciones de

¹ Abaunza M, Acosta S, Alzate MI, Amaya P, Barbosa G, Barrera L, et al. La investigación y el cuidado en América Latina. En Pinto A.N, compiladora. Comprender la situación de cronicidad que viven nuestros pacientes. Bogotá: editorial Unibiblios; 2005. p. 307.

² Brunner y Suddarth. Enfermería medicoquirúrgica. México: editorial McGraw-Hill; 1998. p. 325.

cuidado y seguridad al individuo, condiciones que generan en el paciente deseos y motivaciones para realizar o no los ajustes impuestos por la hipertensión arterial y la diabetes y finalmente lograr adaptarse a vivir en situación de enfermedad crónica.

El presente trabajo de investigación, describe el Soporte y la Red Social con que cuentan los adultos intermedios o maduros con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus en riesgo de insuficiencia renal, usuarios de la ESE Policarpa Salavarrieta CAA Sogamoso. Para la recolección de los datos se utilizó, el Instrumento de Soporte Social de Norbeck (NSSQ-1995), instrumento que goza de validez y confiabilidad reconocida dentro de la comunidad de investigación de enfermería. La aplicación del instrumento se llevo a cabo a través de cita previa a los pacientes seleccionados de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión.

Conocer el Soporte o Apoyo Social, que tiene el enfermo crónico, permite identificar los aspectos positivos y negativos aportados o surgidos de la interacción del paciente con su Red Social y que finalmente influyen en la forma en que el paciente realiza los ajustes en sus hábitos de vida, se incorpora y se adhiere al tratamiento y busca la ayuda tangible y emocional para disminuir los niveles de estrés generados por los cambios emocionales, físicos y sociales que presenta a causa de la enfermedad crónica.

El profesional de enfermería al interactuar con el paciente en situación de enfermedad crónica debe valorar la cultura, los valores, los factores socioeconómicos, los recurso personales, la capacidad intelectual y el apoyo de la familia, amigos, vecinos y compañeros de trabajo, elementos que están entrelazados y determinan la respuesta y la adaptación del individuo a la enfermedad y al régimen terapéutico impuesto por su condición crónica. Esta información es útil para la asignación de recursos y servicios en las instituciones de salud, así como plantear programas educativos que garanticen apoyo a la familia y al paciente, lo cual conducirá a la obtención de una mejor calidad de vida de los pacientes hipertensos y diabéticos en riesgo de insuficiencia renal.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿CUÁL ES EL SOPORTE Y LA RED SOCIAL DEL ADULTO MADURO CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y/O DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN RIESGO DE INSUFICIENCIA RENAL?

2. SITUACIÓN PROBLEMA

Las condiciones crónicas abarcan una categoría extremadamente grande, con muchos elementos que están interrelacionados entre sí. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas constituyen un problema de salud mundial pues de 58 millones de defunciones previstas para 2005 por todas las causas, se estima que 35 millones corresponderán a enfermedades crónicas, lo que supone el doble del número de defunciones correspondiente al conjunto de todas las enfermedades infecciosas (incluidos el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria), las enfermedades maternas y perinatales³.

Las condiciones crónicas de salud representan un punto en común: Están aumentando en el mundo, son persistentes, requieren un nivel permanente de cuidado, por lo tanto representan un serio desafío por cuanto requieren de eficiencia y efectividad por parte de los sistemas de salud, además causan serias consecuencias sociales en todas las regiones, y demandan grandes recursos económicos de salud en cada país.⁴

Según la oficina para las Américas de la OMS, las enfermedades crónicas, son responsables, en la región del 44% de las muertes de hombres y mujeres hasta los 70 años, predominando las causadas por enfermedades de origen cardiovascular, el cáncer y la diabetes.⁵

La hipertensión arterial se ha definido como una enfermedad de las sociedades industriales ya que afecta entre el 8% y el 50% de la población adulta en el mundo, con el agravante de ser una afección silenciosa, que no siempre presenta síntomas⁶.

En Estados Unidos, más de 43 millones de personas cumplen con los criterios para el diagnóstico de hipertensión (presión arterial sistólica mayor de 140 mm Hg o presión arterial diastólica mayor de 90 mm Hg), aproximadamente 20 millones de estas personas no reciben tratamiento, y más de 23 millones presentan niveles medio-altos de presión arterial.⁷

³ Chicaiza Liliana. Fallas del mercado de la salud en Colombia: El caso de la insuficiencia renal crónica. Economía Institucional [seriada en línea] 2006; 12(7):[20 paginas] [fecha de acceso 10n de oct 2006]. Disponible en URL: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index1.htm.

⁴Abaunza M, Acosta S, Alzate MI, Amaya P, Barbosa G, Barrera L, et al. La investigación y el cuidado en América Latina. En: Pinto Natividad, Compiladora, Op. Cit., p. 308- 309.

⁵ Ibid., p 1.

⁶Arrivilaga M, Cáceres D, Correa D, Holguín L.E, Varela MT. ¿Puede una intervención biopsicosocial reducir los niveles de presión arterial?. Med UNAB. 1 de Abr 2006; 9(1): 20-22

⁷ Ibid., p 21.

En cuanto a la diabetes, es el tercer problema de salud pública más importante en el mundo; en el año de 1995 la población de diabéticos a nivel global era de 135 millones y se incrementará a 300 millones en el 2025 con un aumento de 120%, del cual los países desarrollados aportan el 40% y los países en vía de desarrollo el 170%, de manera que el 80% de los Diabéticos del mundo vivirán en países en vía de desarrollo.⁸

No obstante en Colombia la hipertensión arterial y la diabetes son dos enfermedades crónicas que constituyen un importante problema de salud pública. Estas afecciones ocupan los primeros lugares dentro de las causas de morbi-mortalidad nacional.

La Asociación Colombiana de Diabetes ha estimado que el 7% de la población colombiana tiene diabetes Mellitus tipo 2 y alrededor de un 30% al 40% de los afectados desconocen su enfermedad.⁹

Particularmente la hipertensión arterial y la diabetes se caracterizan por compartir el daño en órganos blancos como el corazón, el cerebro y el riñón, por el compromiso que generan sobre la microcirculación, por lo cual son causa importante de desenlaces patológicos como los eventos o accidentes cerebrovasculares, la enfermedad coronaria y la enfermedad renal crónica, todas demandantes de servicios de alta tecnología y costo en imagenología, medicamentos y unidades de cuidados intensivos, entre otros.

A su vez la hipertensión arterial y la diabetes tienen factores de riesgo compartidos como son la obesidad, el sobrepeso, el sedentarismo, el tabaquismo, el alcohol, y los hábitos nutricionales inadecuados, coexistiendo frecuentemente con otras condiciones como la dislipidemias, lo cual agrava su pronóstico.

La insuficiencia renal crónica, es una enfermedad de alto costo, puesto que su tratamiento exige tecnología sofisticada y costosa, personal calificado y sistemas de salud complejos y eficaces. La IRA sería evitable mediante acciones preventivas de carácter integral, interviniendo los factores de riesgo multifactoriales comunes en la hipertensión arterial y la diabetes.

En Colombia la EPS Instituto de los Seguros Sociales (ISS) asume cerca del 86% de la población con enfermedades crónicas, lo cual genera en esta institución particular atención en este grupo de usuarios. Según datos de la vicepresidencia del ISS entre enero y junio de 2003 las EPS del país reportaron al Ministerio de Salud en cumplimiento del acuerdo 217 de 2.001, 2'483.398 atenciones, de ellas

⁸ Ley 412. guía de atención de la diabetes tipo II; 2000. p. 3.

⁹ Ibid.,p. 3.

1'165.155 fueron realizadas por el ISS.

El costo total de dichas atenciones fue de \$269.821 millones de pesos, de los cuales el ISS asumió el 63% a pesar de que sólo tiene el 27.4% de la población total del régimen, siendo evidente que el impacto continúa siendo muy relevante, expresándose en una problemática que incluye aspectos políticos, administrativos, económicos y sanitarios que repercuten sobre la entidad y naturalmente sobre los asegurados en términos de enfermedad, incapacidad o muertes evitables.

Por eso el fortalecimiento de políticas y estrategias de promoción de la salud y prevención de estas enfermedades toma mayor importancia. En el caso de la hipertensión arterial y la diabetes se ha utilizado tradicionalmente como forma de control el tratamiento farmacológico junto con la modificación del estilo de vida, el desarrollo de hábitos de vida saludables y de conductas de *autocuidado* para mantener la salud. Pero para que el paciente cumpla con estos requerimientos propios de la enfermedad y se adapte a ella, debe contar con el *apoyo familiar, social, profesional e institucional*, de acuerdo con la magnitud de sus necesidades, de tal forma que se establezca una cooperación firme pero sin que pierda su identidad y su capacidad de decidir con responsabilidad.

El concepto de apoyo social ha surgido como una variable psicosocial principal en el cuidado de la salud. Investigadores como Nuckolls, Cassel, Cobb y Kaplan han demostrado que el aislamiento social o una pobre integración social tienen efectos perjudiciales sobre el estado de salud y las personas son más propensas a morir que aquellas que tienen un alto nivel de contacto social. El soporte social atenúa los factores de estrés, mientras fortalece la salud mental de un individuo y su familia, por lo tanto el soporte social es considerado como una estrategia preventiva o de cobertura crucial que las familias tienen disponible en tiempos de dificultad, para reducir el estrés y sus consecuencias negativas.¹⁰

Por lo anterior es necesario indagar sobre las condiciones de apoyo social que actualmente tienen los pacientes con enfermedad crónica (Hipertensos y Diabéticos en riesgo de insuficiencia renal) y que van a incidir de forma activa en el proceso de adaptación, afrontamiento y cumplimiento del régimen terapéutico de la enfermedad.

El profesional de Enfermería a partir del conocimiento de la dinámica de la Hipertensión arterial, la Diabetes y de la evaluación del Apoyo y red Social recibido por los pacientes, orientara sus acciones de cuidado a la creación de estrategias dirigidas al fortalecimiento de las redes sociales que contribuyan de manera positiva en la adaptación y afrontamiento a la enfermedad.

¹⁰ Pinzón ML. Soporte social y afrontamiento a la enfermedad en adultos jóvenes sometidos a diálisis peritoneal ambulatoria. [Tesis de Maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2000. p 68-78.

3. JUSTIFICACION

En la actualidad las enfermedades crónicas han cobrado un mayor impacto en el perfil Epidemiológico de América Latina, el cual señala que la enfermedad crónica es una situación de salud que ocupa en la población los primeros lugares de morbi-mortalidad, con una tendencia a incrementarse. Dicha situación, junto con los actuales esquemas de atención, los cuales están enfocados a la curación y la asistencia en las etapas agudas de la enfermedad, hace difícil lograr el cuidado de quienes lo requieren a largo plazo, como las personas que viven en situación de enfermedad crónica.¹¹

En Colombia, la hipertensión arterial y la Diabetes son dos de las enfermedades crónicas de mayor impacto del perfil epidemiológico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ocupan el segundo y tercer lugar respectivamente dentro de las cinco primeras causas de mortalidad. Las cifras indican que en los últimos años, las muertes por hipertensión arterial han aumentado en promedio de un 132% y en el caso de la Diabetes se estima un aumento 170% diabéticos para el 2025.¹²

Los determinantes para la hipertensión arterial y la Diabetes están relacionados con el contexto social, el estilo de vida, la carga genética o la historia familiar. además factores de riesgo como el sedentarismo, el consumo excesivo de carbohidratos, azúcar y grasas saturadas, la ingesta exagerada de bebidas alcohólicas y el tabaquismo son los principales factores desencadenantes de la hipertensión y la Diabetes , enfermedades que sino se controlan a tiempo se convierten en un factor de riesgo para múltiples alteraciones cardiovasculares, cerebrovasculares, renales y oftalmológicas.

La enfermedad crónica genera en el paciente incertidumbre, desgaste físico, dependencia, cambios en el estilo de vida de la persona, y tiene repercusiones sobre el área personal y social del individuo, de modo que si el paciente no cuenta con él suficiente apoyo o soporte social no logrará la readaptación a la crisis circunstancial que vive.

Según P.L. Moreno Flórez (2000), citado por Pinto Afanador; la readaptación debe entenderse como la integración de un individuo que es partícipe de una nueva realidad dentro de la sociedad, ejerciendo sus posibilidades de modo que le

¹¹ Abaunza M, Acosta S, Alzate MI , Amaya P, Barbosa G, Barrera L, et al. La investigación y el cuidado en América Latina. En: Barrera Ortiz L, Compiladora. Investigar en el cuidado de cuidador de personas que viven en situación de enfermedad crónica. Bogotá: editorial unibiblios; 2005. p 272.

¹² Arrivilaga M, Cáceres D, Correa D, Holguín L.E, Varela MT. Op cit., 21.

permitan el máximo desarrollo psicológico, personal y social. La readaptación está directamente relacionada con las capacidades energéticas y funcionales que le quedan al individuo, con la sociedad, con el grado educativo y, fundamentalmente con su personalidad y con la fuerza de las motivaciones efectivas para superar su déficit; siendo responsabilidad del equipo de salud y la red familiar y social.¹³

En cuanto a los pacientes con hipertensión arterial, diabetes mellitus o concomitantemente en riesgo de insuficiencia renal, el apoyo y la red social es fundamental para la continuidad del tratamiento que incluye: la ingesta diaria de medicamentos, dieta, ejercicio y controles médicos permanentes, por tanto el soporte social surge como una variable importante en el cuidado de la salud de este grupo de personas.

Estudios realizados sobre soporte social demuestran la importancia que este tiene para disminuir los niveles de estrés producto de las crisis circunstanciales que se presentan a lo largo del ciclo vital humano. Entre los estudios que referencia esta temática se encuentra el de M. Ellerton, M. Stewart y Ritchie (1996) donde describieron cómo se utiliza el soporte social en los niños con condiciones crónicas de salud. Ellos consideraron la importancia del soporte social para responder a las demandas de la vida diarias y las condiciones relacionadas con la situación de salud que genera mayor requerimiento de soporte. De igual forma los autores señalan que el soporte social se considero importante para encarar las situaciones de estrés.

C.B. Hughes y G. Caliandro (1996) investigaron los efectos del soporte social, el estrés, los niveles de enfermedad en los cuidadores de los niños con SIDA. En el estudio se encontró que el soporte social afecta el estilo de vida, el sentido de competencia de la persona cuidadora y la autoestima; se estableció que la falta de soporte social genera aumento en los problemas y estrés intrafamiliar.

En otro estudio realizado por Kazak, Reber y Carter en el año de 1988, demuestran, que las familias de niños con enfermedades crónicas que tienen un grupo social pequeño presentan niveles altos de estrés. Además informan que estas madres son incapaces de participar en actividades fuera de casa, por lo cual manifiestan mayor frustración e infelicidad; por tanto, el soporte social puede disminuir la carga que implica el cuidar, así como la fatiga del cuidador.¹⁴

En Colombia también se han realizado investigaciones sobre el apoyo social en algunos grupos de pacientes y en diferentes situaciones de vida por ejemplo: En pacientes con EPOC; en pacientes ancianos con Hipertensión, durante la lactancia

¹³ Pinto Afanador, Op. cit., p. 319.

¹⁴ Abaunza M, Acosta S, Alzate MI, Amaya P, Barbosa G, Barrera L, et al. La investigación y el cuidado en América Latina. En: Díaz L.P, Compiladora. Soporte social en situación de enfermedad crónica. Bogotá: editorial unibiblios; 2005. p 326-327.

Materna, en pacientes sometidos a cirugía ambulatoria, en gestantes adolescentes y por último en individuos sometidos a diálisis.

Las anteriores investigaciones de muestran que el estrés tiene un efecto negativo en la salud, y que el apoyo social sería un catalizador de los efectos nocivos del estrés en la salud. El mecanismo a través del cual actúa es desconocido, sin embargo, se plantean tres hipótesis al respecto. La primera hipótesis postula que el apoyo social previene la presencia del estrés; la segunda postula que el apoyo social actúa como catalizador una vez que el estrés está presente en los individuos, reduciendo sus efectos tóxicos y la tercera de las hipótesis formula que el apoyo social puede tener un efecto positivo directo sobre las conductas en salud de las personas, especialmente en las conductas de prevención y promoción de la salud.¹⁵

El paciente con enfermedad crónica participa de forma activa en el mantenimiento de la estabilidad de la enfermedad. Por tanto los profesionales de Enfermería a partir de la vigilancia y seguimiento permanente del enfermo deben realizar acciones y actividades enfocadas a potencializar las capacidades del individuo, y a impartir conocimiento de manera continua e individualizada para que el paciente tenga herramientas que lo comprometan con su autocuidado, siendo el autocuidado la esencial en el mantenimiento de la salud.

El apoyo social es fuente de amor, cuidado, afirmación y autoayuda en los pacientes con enfermedad crónica. Ver la interrelación del paciente con su medio social proporciona datos objetivos que permiten ofrecer estrategias educacionales y de atención acorde con su contexto social en el que se desenvuelve.

Por lo anterior, surge el interés por conocer e investigar el apoyo y la red Social que poseen los pacientes con enfermedad crónica como en el caso de la Hipertensión arterial y Diabetes que se encuentra en riesgo de insuficiencia renal y que son usuarios de la ESE Policarpa Salavarrieta CAA Sogamoso con el fin de enfocar el cuidado de enfermería en una realidad propia y única aportada por las personas que viven en esta situación.

El estudio hará aportes a la disciplina y Profesión de Enfermería, ya que permite reconocer la importancia que el soporte social tiene en el desarrollo de las acciones de cuidado ofrecidas por los profesionales de enfermería. Además se debe buscar a la luz del soporte social estrategias para generar cambios en los

¹⁵ Muñoz L. Cuidado y práctica de Enfermería. Bogotá: Editorial Unibiblos; 2000. p 99.

pacientes y sus cuidadores, y de alguna manera hacer más fácil el camino del cuidado de la persona con enfermedad crónica.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- Describir el soporte y la red social con que cuentan el adulto maduro con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2 en riesgo de insuficiencia renal afiliados a la EPS Seguro Social y usuarios de la ESE Policarpa Salavarrieta CAA Sogamoso.

4.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar el tamaño, la estabilidad y disponibilidad de la red social con la que cuenta el adulto maduro con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2 en riesgo de insuficiencia renal afiliados a la EPS Seguro Social y usuarios de la ESE Policarpa Salavarrieta CAA Sogamoso.
- Describir el nivel de afecto, afirmación y ayuda que tienen el adulto maduro con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2 en riesgo de insuficiencia renal afiliados a la EPS Seguro Social y usuarios de la ESE Policarpa Salavarrieta CAA Sogamoso.
- Describir las pérdidas de relaciones importantes que afectan el soporte social en el adulto maduro con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2 en riesgo de insuficiencia renal afiliados a la EPS Seguro Social y usuarios de la ESE Policarpa Salavarrieta CAA Sogamoso.

❖ PROPÓSITO

Describir el soporte y red social en los pacientes con enfermedades crónicas, particularmente aquellos con Hipertensión arterial y/o Diabetes Mellitus tipo 2 en riesgo de insuficiencia renal con el fin de corroborar la importancia que tiene el soporte social en la adaptación e incorporación de conocimientos aptitudes, valores requeridos para vivir en situación de enfermedad crónica.

El profesional de enfermería al conocer las implicaciones que tiene el soporte social en los pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 en riesgo de insuficiencia renal, establecerá estrategias de intervención enfocadas a la prevención y el manejo de situaciones estresantes y al fortalecimiento de grupos de apoyo para garantizar el cuidado del paciente y su familia.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 ABORDAJE DEL CICLO VITAL DEL ADULTO MEDIO (45 A 59 Años)

El abordaje del ciclo de vida incluye el desarrollo individual como incluido en una compleja matriz de influencias sociales y contextuales que interactúan a través del tiempo. De esta matriz evolucionan relaciones recíprocas, o interacciones “dinámicas”, entre variables que ayudan a estructurar el comportamiento y el desarrollo humano. Además este sistema de niveles integrados de organizaciones esta por si mismo incluido e interactuando con la historia del individuo. Por lo tanto, la perspectiva de ciclo de vida ofrece más y diversas explicaciones de los patrones de desarrollo humano que los enfoques tradicionales en individuos y sus contextos sociales inmediatos.

Las influencias en el desarrollo pueden ser vistas como una interacción de normativa graduada por edad, normativa graduada por historia y factores no normativos que, “mediados a través del individuo en desarrollo, actúan e interactúan para producir desarrollo del ciclo de vida”. Las influencias normativas graduadas por la edad incluyen los determinantes biológicos y ambientales que tienen una fuerte relación con la edad cronológica del individuo.¹⁶

Las influencias normativas graduales por la historia son aquellos determinantes influenciados por los cambios históricos en el tiempo (ej., guerras mundiales, epidemias).

De otro lado, las influencias no normativas en el desarrollo se refieren a “determinantes que aunque son significativos sobre la historia del individuo, no ocurre para todos y no ocurre necesariamente en una forma fácilmente discernible y con variados patrones y secuencias. Las influencias no normativas en el desarrollo son típicamente impredecibles y al azar, e incluyen influencias tales como cambios inesperados en el estado de salud, empleo u hogar.

Aunque fisiológicamente el proceso de envejecimiento inicia desde el nacimiento para algunos, o desde los 18 años para otros, es en esta etapa del ciclo vital individual del adulto maduro, cuando los cambios empiezan a hacerse evidentes y

¹⁶ Turner-Henson. RN, DSN, Holaday, Banier. Experiencias de la vida diaria para los crónicamente enfermos: una perspectiva de ciclo de vida. Profesoras Escuela de Enfermería Universidad de la Alabama y Universidad de Vanderbilt. 1994. p.2.

cuando la persona comienza a hacer balance de sus logros tanto en lo personal como en lo laboral.

Generalmente los adultos maduros pertenecen a familias en plataforma de lanzamiento, o en algunas otras ya los hijos han salido del hogar y la pareja ha quedado sola (nido vacío), en el caso de la familia propia. Respecto a la familia de origen, los padres están en nido vacío o la familia se ha disuelto por la muerte de uno de los padres.

Los cambios que ocurren en esta etapa de la vida son el resultado de procesos multifactoriales. Algunos pueden ser atribuidos a cambios determinados genéticamente, fisiológicamente o del desarrollo biológico. Otros son el resultado de la interacción de las fuerzas sociales, culturales y ambientales.

Durante esta etapa de la vida existen numerosos cambios físicos entre ellos encontramos: cabello gris, piel arrugada, disminuye tono muscular, espalda se encorva, disminuye la fuerza física, disminuye la estatura, aumenta la presión sistólica y diastólica, aumento de glicemia, disminución de la agudeza auditiva y visual.

Existen pocos estudios científicos sobre los cambios emocionales y sociales en el adulto maduro, sin embargo en el trabajo de Ericsson, Vaillant y Levinson sobre el hombre maduro son aporte importante para comprender mejor los cambios en esta etapa de la vida. Algunas consideraciones reportan que la edad madura empieza cuando la persona es consciente de que los mejores años de su vida están pasando. Esto da origen a realizar un balance de las metas y logros hasta el momento presente y a hacerse la pregunta de si todavía hay tiempo para corregir errores; también puede decirse que es una época de reflexión en el cual se comparan las expectativas, esperanzas, sueños y deseos con realidad alcanzada. Hay un cambio en la perspectiva del tiempo, ya no se mira tanto cuando se ha vivido, sino cuanto queda por vivir.

Para Eric Ericsson la edad madura es la séptima edad del hombre. Aquí la generatividad se opone al estancamiento. La generatividad surge como respuesta íntima del adulto, como una necesidad de guiar la siguiente generación.

Esta igualmente se manifiesta como creación artística, producción científica o en la ejecución de su rol como padres. También puede realizarse a través del trabajo como tutores, maestros, con grupos de jóvenes de la comunidad, etc.¹⁷

¹⁷ Ministerio de Salud. Interacción humana, integralidad y ciclos vitales. Enfoque integral del adulto joven y del adulto medio maduro.2000

6.2 CARACTERÍSTICAS DE LA CRONICIDAD

La cronicidad es definida por Lubkin (1986) como un estado de indisposición producido por discapacidad o incapacidad que requiere alta intervención medico social.¹⁸ Esta definición coincide con el concepto de cronicidad expresado por la comisión de enfermeras crónicas de New York en 1949 quienes caracterizan el concepto por los siguientes aspectos:

- Permanencia
- Incapacidad residual
- Causada por irreversible alteración patológica
- Requiere rehabilitación
- Requiere un largo periodo de supervisión, observación y cuidado.

La cronicidad no sigue un modelo, esta puede desarrollarse insidiosamente donde la salud individual puede ser afectada por la herencia y los estilos de vida. De otra manera una condición crónica podría desarrollarse como el natural acompañamiento de un agudo episodio.¹⁹

La cronicidad no respeta edad, la enfermedad crónica ha remplazado a la enfermedad aguda con una mayor incidencia en niños recién nacidos con espina bifida, parálisis cerebral y múltiples enfermedades congénitas que requieren de cuidado toda la vida. Los adolescentes son de alto riesgo para desarrollar colitis ulcerativa y accidentes, Jóvenes de mediana edad y adultos demuestran un incremento de Diabetes, Alteraciones de corazón, Artritis, Reumatismo e Hipertensión, combinado con el proceso de envejecimiento, disminución de calcio, lo que hace mas fácilmente se presentan fracturas con sus respectivas secuelas.²⁰

6.3 FASES DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA

A medida que el padecimiento evoluciona, se modifica su efecto en el paciente y su familia, el modelo de trayectoria de la enfermedad crónica identifica nueve fases en el curso de la enfermedad, así como los problemas médicos, personales

¹⁸ Vidaver Virginia. Concepts in chronic illness and Home Care. Measurement of nursing outcomes. Vol. Tour publishing company. New Cork, 1990. Traducido y adaptado por Natividad pinto Afanador. Profesora asistente Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia.p.2

¹⁹ Ibid., p 5.

²⁰ Ibid., p 4.

y cotidianos que se suscitan en las diferentes fases del trastorno.²¹

Las fases son:

Fase Pretrayectoria: Describe la etapa en que la persona se encuentra en riesgo de una enfermedad crónica a causa de factores genéticos o conductas que incrementan su susceptibilidad al padecimiento.

Fase de trayectoria: Se caracteriza por las manifestaciones de los síntomas que se relacionan con la enfermedad crónica y por lo general se acompaña de incertidumbre a medida en que se evalúa los síntomas y se realizan las pruebas diagnósticas.

Fase estable: Surge cuando se controlan los síntomas y el curso de la enfermedad.

Fase inestable: Se caracteriza por el surgimiento de síntomas que no se alivian o complicaciones que requieren hospitalización para su tratamiento y en ocasiones precisa cambios importantes en las actividades habituales del paciente.

Fase de crisis: Se caracteriza por una situación crítica o peligro de muerte que requiere tratamiento o cuidado de urgencia.

Fase del retorno: Es el regreso de una forma aceptable dentro de las limitaciones que impone el cuadro crónico.

Fase de declive: Ocurre cuando el curso de la enfermedad avanza y se acompaña de mayor grado de incapacidad o dificultad para tratar los síntomas.

Fase de muerte: Denota la disminución paulatina o rápida de las funciones y el aislamiento del individuo.

La identificación de cada fase permite al enfermo crónico, familiares y personal médico determinar los factores que influyen en los problemas cotidianos que entraña vivir con un padecimiento crónico, así como el cuidado, apoyo y enseñanza que se requiere en las diferentes fases. Es así como la enfermera que tiene claro y utiliza en su ejercicio profesional el modelo de trayectoria de la enfermedad crónica, proporciona asistencia de apoyo, es decir, respalda los esfuerzos que realiza la persona para tratar el cuadro crónico en la medida de lo posible.²²

²¹ Bruner y Suddart. Enfermería Médicoquirúrgica. 8 ed. Vol. 1. México: MacDraw-Hill, 1998. p. 327

²² Ibid., p 328- 329.

La asistencia de apoyo se orienta con base en el proceso de enfermería. Los aspectos de este proceso son específicos para cada enfermedad y persona.

6.4 ESTRÉS

El estrés se ha definido al menos de tres formas diferentes: como un estímulo, como una respuesta y como la relación entre estímulo- respuesta.

La definición de estrés como un estímulo se centra en los eventos estresores (que puede ser cualquier evento) que requieren algún tipo de respuesta adaptativa. En este contexto, estrés significará cualquier fuerza externa sobre un objeto o una persona.²³

Una definición de estrés como respuesta esta asociada con lo que más comúnmente se refiere a “forzar” o “violentar”. Hans Selye(1984) detalló los ejes biológicos a través de los cuales se ejecuta la transformación del organismo, y supuso que la secuencia de respuestas (fases de alarma, de resistencia y de claudicación) decidía si el organismo se sobreponía o no a la adversidad, cualquiera que fuese. El estrés pasó a ser entendido entonces como una respuesta específica en sus manifestaciones pero inespecífica en su acusación, ya que cualquier estímulo (externo o Interno) podía promoverla. Así pues, el estrés se ha entendido como una respuesta restauradora de la homeostasis.²⁴

El estrés puede ser definido también como la relación estímulo respuesta, o sea que se está haciendo referencia a la interacción de los estímulos del medio ambiente y las respuestas del individuo.

Teniendo en cuenta lo anterior, actualmente el concepto de estrés se ha expandido para incluir aspectos subjetivos, haciendo evidente que hay grandes diferencias individuales entre el estrés producido por un mismo estímulo o acontecimiento. La amenaza percibida depende de una serie de variables intermedias, tales como la personalidad del sujeto, sus experiencias anteriores, su capacidad de afrontamiento y el apoyo y la red social con que cuenta. Las teorías cognitivas del estrés, tienden a conceder un papel cada vez mayor en la génesis

²³ Bordón I, Doral C. Estrés y salud. Monografías.com [seriada en línea] 2006; [10 páginas] [fecha de acceso 15 de oct 2006]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos10/estre/estre.shtml>.

²⁴ Ibid., p 1.

del estrés, a la capacidad individual para “manejar” las situaciones amenazadoras y a la evaluación que el propio individuo hace de esa capacidad, en un caso dado. Se puede concluir que la definición de estrés plantea que se trata de una relación entre la persona y el ambiente, apreciada por ésta como amenazante o excediendo sus recursos y que pone en peligro su bienestar. Esto significa que el estrés no puede ser definido sin referencia al individuo expuesto y reaccionante.²⁵

²⁵ Ibid., p 1.

6.5 ESTRÉS Y ENFERMEDAD CRÓNICA

Existen cada vez más evidencias de que el estrés desempeña un papel importante en la enfermedad y la salud. Se ha observado que el estrés lleva a diversas reacciones corporales. El corazón, los pulmones, los sistemas digestivo, endocrino y nervioso, trabajan tiempo extra cuando las personas experimentan estrés. De igual forma, se estimula las secreciones hormonales (sobre todo de las glándulas pituitaria y adrenal), se activa el sistema autónomo, se producen cambios químicos y por ende se altera el nivel eléctrico del cerebro. Cuando estos síntomas se presentan durante periodos de tiempo prolongados en la vida de una persona, aumenta la probabilidad que ocurra algún tipo de debilidad o desequilibrio físico. Por lo tanto tiene sentido para la medicina estudiar las características personales y los aspectos de la vida que acompañan las reacciones de estrés fuertes y persistentes o que pueden predisponer a una persona al colapso psicológico o físico. El estrés surge cuando el individuo enfrenta situaciones difíciles y tiene que preguntarse, ¿cómo voy a manejar esto? O ¿puedo hacerlo?.²⁶

Durante la enfermedad crónica el estrés suele ser causado por: las remisiones y exacerbaciones de la enfermedad, la incertidumbre en su evolución futura, el desgaste físico, la dependencia, los sentimientos de pérdida de energía para vivir, los cambios de roles y de estilo de vida, las exigencias del tratamiento, la necesidad de acudir al médico o al servicio de salud, las exploraciones y pruebas para obtener ciertos resultados que determinen el estado de salud actual. Cada uno de estos estresores exigen al paciente crónico un proceso de adaptación y afrontamiento para alcanzar los objetivos que le permitan poder sobrevivir en medio de las limitaciones ocasionadas por la enfermedad crónica.

Frente a eventos amenazantes, estresantes o cambios de la vida cotidiana, las personas responden de diferentes maneras. Estas diferentes respuestas cognitivas y comportamentales que los sujetos emplean para manejar y tolerar el estrés se conocen como estrategias o estilos de afrontamiento.

Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como

²⁶ Ibid., p 2.

excedentes o desbordantes con los recursos del individuo. Estos autores mencionan el efecto protector que tiene el éxito en el afrontamiento del estrés, para nuevas situaciones del mismo tipo e incluso más conflictivas, que sucedan en el futuro. Sin embargo, si el proceso de afrontamiento falla y siguen presentes las circunstancias que generan el estrés durante mucho tiempo, la persona puede hacerse más vulnerable a los futuros acontecimientos conflictivos, introduciéndose en un círculo vicioso que puede desembocar en un serio deterioro de su funcionamiento biológico, psíquico y social.²⁷

A continuación se presentan algunas de las habilidades cuya ausencia incrementa el estrés y el riesgo de enfermedad.

- Capacidad para adaptarse a los cambios en las demandas del entorno.
- Capacidad para manejar sentimientos y emociones fuertes, así como para expresarlos de manera realista.
- Capacidad para interpretar las demandas, limitaciones y oportunidades de forma correcta.
- Capacidad para establecer lazos interpersonales provechosos y duraderos.

En la actualidad se ha puesto gran énfasis en la identificación de moderadores sociales y personales de las fuentes de estrés. Dentro de los primeros ha recibido especialmente gran atención el apoyo y la red social del individuo crónicamente enfermo. Por otro lado, existe amplia evidencia de que un apoyo social personal estable, sensible, activo y confiable protege a la persona en contra de enfermedades, actúa como agente de ayuda y moviliza al individuo a la utilización de servicios de salud, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevida. Desde finales de la década de los setenta se ha reiterado la noción de que las personas que viven aisladas o disponen de pocos o malos contactos sociales, tienen más riesgo de enfermar o empeorar la mala evolución de sus enfermedades crónicas, destacándose la importancia del apoyo social, sobre las bases de la idea de que los lazos de una persona con sus familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc., pueden ser fuente de afecto, de recursos o ayudas prácticas y de información, de modo tal que estos lazos ejercen una función de amortiguamiento ante las tensiones naturales de la vida y de cierto modo protegen del impacto que esas tensiones pueden tener sobre la salud.²⁸

La carencia de soporte social ha sido asociada en la etiología tanto de la enfermedad física como del malestar psicológico. Además, existe evidencia razonable para establecer relaciones entre integración social y mortalidad y para

²⁷ Pinto Afanador, Op. Cit., p 320.

²⁸ Borda , Doral, Op. Cit., p 2.

sugerir que el soporte y la red social son considerados como una variable protectora contra el estrés y los efectos de la sobre activación orgánica que éste causa. La manifestación de estas variables estimula y mejora las estrategias de afrontamiento y hace menos necesaria la utilización de mecanismos de defensa (como la negación, por ejemplo). Mientras mayor es el aislamiento social, más frecuentes son las quejas somáticas y más probable el malestar psicológico.

6.6 EL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA

La enfermedad crónica o proceso crónico es un termino que engloba las enfermedades de larga duración, se asocia a menudo con un grado de incapacidad y tiene diferentes repercusiones sobre la persona, la familia y comunidad a la que pertenece; demandan cuidados o alternativas de solución de necesidades y problemas que van mas allá del escenario hospitalario y por tanto, requiere múltiples fuentes de cuidado y apoyo, bien sea familiar, de la enfermera, de trabajadores sociales, entre otros.²⁹

La reacción de las familias ante una enfermedad crónica no es igual en todos los casos. La mayoría de los pacientes y sus familias se adaptan adecuadamente a la nueva situación y a pesar de las tensiones y reestructuraciones que exige, son capaces de reorganizarse e incluso fortalecer los lazos .El profesional de Enfermería que se encuentre abordando la situación debe estar atento a aquellas familias que se encierran en si mismas y que quedan atrapadas, llegando a asumir en exceso la responsabilidad del cuidado del enfermo, limitando la autonomía e independencia.³⁰

En lo individual se inicia con la incertidumbre a partir del diagnostico y los síntomas, en donde las personas empiezan a visionar su futuro y hacerse preguntas sobre la situación, de igual manera el temor puede acompañar la incertidumbre, la falta de conocimiento acerca de la enfermedad, podría proporcionar mas depresión en el paciente y en su familia, es importante evaluar y discutir sobre los recursos disponibles para asistir al individuo y su familia.

La aflicción, es experimentada por individuos crónicamente enfermos y puede ser reexperimentada con cada disminución de una función de independencia. En relación con el déficit de conocimiento repercute negativamente en el manejo de la enfermedad por lo que se hace necesario una información veraz y oportuna, con el fin que los profesionales de la salud y el paciente tenga puntos claros a cerca de la enfermedad y se ilustren en aspectos que le son desconocidos. El aislamiento, es un problema causado principalmente por vergüenza y perdida de la independencia sentida por el paciente y su familia en casos de enfermedad.

²⁹ Abaunza M, Acosta s, Albis T, Barrera L, Duran MM, Galvis CR, et al. El arte y la ciencia del cuidado. Bogota: editorial uinibiblios; 2002. p 247.

³⁰ Ibid., p 248.

La confirmación de una enfermedad crónica afecta los aspectos sociales, psicológicos, físicos y económicos de la vida de una persona; muchas veces de manera cíclica. Cada área actúa como su propio estresor, los problemas inevitablemente enfrentados son el estrés intrafamiliar, el sexual, aislamiento social, conflictos de dependencia vs. Independencia, modificaciones de la autoimagen, presiones económicas y la amenaza de la muerte. La forma en que un individuo responde al diagnóstico y luego maneja la cronicidad, usualmente relaciona las experiencias anteriores como crisis, fortalezas y debilidades acumuladas.³¹

El impacto familiar: la familia del enfermo crónico experimenta algunos problemas al igual que el individuo en un grado mayor o menor. Entre ellos se puede mencionar el cambio de rol al no poder realizar las actividades de la vida diaria, el cambio de rol requiere un aporte de todos los miembros de la familia, los cuales generan frecuentemente sentimientos y expresiones de enojo. Los gastos, y costos de la enfermedad crónica son altos hasta el punto de afectar el presupuesto familiar. El impacto en la comunidad está dado por el incremento de servicios ofrecidos por la comunidad como es el cuidado directo de su salud, y el de las otras actividades de responsabilidad de la vida diaria.³²

Impacto Socio Cultural: Hasta la fecha, la sociedad define los síntomas y la debilidad ampliamente con un enfoque específico de enfermedad, colocando a las personas crónicamente enfermas en desventaja, por subestimación y aislamiento negando muchas veces la posibilidad de superación y convivencia con los signos y síntomas. Las personas crónicamente enfermas necesitan ser consideradas con limitaciones en vez de no productivas, tal perspectiva lleva a la maximización del bienestar, creatividad y productividad.³³

Aspectos de Cantidad y Calidad de Vida: La adaptación a los imprevistos cambios de la enfermedad crónica están influenciados por diferentes factores como son la personalidad, mantenimiento de los valores, la cultura, las creencias, comunicación y económicos. La adaptación es un proceso constante y continuo que requiere un cambio a nivel estructural, funcional o conductual con el objetivo que la persona se adecue más a su entorno. El proceso implica una adaptación entre el individuo y el medio, al tiempo que el resultado, depende del grado de concordancia entre la habilidad, capacidad de la persona y sus fuentes de apoyo social.³⁴

Adaptarse exitosamente a la enfermedad crónica incluye la convicción de que una

³¹ Ibid., p 49.

³² Pinzón Rocha ML, op. Cit., p 48.

³³ Ibid., p 51.

³⁴ Ibid., p 52.

calidad de vida significativa vale la pena para luchar. La enfermedad se vuelve uno de los innumerables factores que afectan la totalidad de la calidad de vida de una persona. En principio, la misma condición médica puede ser tolerable para una persona y ser increíblemente intolerable para otra. Las metas de calidad de vida pueden ser estándares para medir el desempeño del cuidado de la salud, ya que la calidad incluye la capacidad funcional e independencia de la persona afectada y da medios para evaluar el logro de las metas de la persona.

6.7 CARACTERÍSTICAS DEL ENFERMO CRÓNICO

El enfermo crónico se considera que es una persona humana que pasa por un estado de enfermedad que perdura por un periodo indeterminado, muy importante de su vida; que posee ciertas características promovidas por su enfermedad como son: impotencia, exacerbación de síntomas, vive fallas en la terapia médica, deterioro físico a pesar de seguir un régimen prescrito, los efectos secundarios de los medicamentos lo absorben, alteraciones iatrogénicas, fallas en la red de apoyo familiar o de las personas más cercanas. En esta vivencia el paciente crónico presenta una importante demanda de cuidados de salud, que en gran medida es cubierto en el hogar por su red familiar inmediata. En la mayoría de los casos esta red se halla configurada por una sola persona, la cuidadora principal, sobre la que recae toda la carga de cuidado. Además la enfermedad crónica produce en la vida del paciente una gran distorsión, que tiene repercusiones sobre el área social y personal del individuo y de sus familias.

Por tanto, durante la situación de enfermedad crónica, no solo se debe identificar el impacto que esta ocasiona en el paciente, si no también en su familia y en su cuidador familiar, ya que cuando un miembro de la familia es afectado por una enfermedad crónica, este proceso afecta, a toda la familia, o a un gran número de miembros cercanos al él.

En la cronicidad, también se debe tener en cuenta el factor emocional y los comportamientos. Ante la enfermedad crónica el paciente y su familia experimentan una enorme carga de estrés. Las causas más identificadas que lo proporcionan son: dificultades económicas, la carga de trabajo, la carga de la enfermedad, las necesidades no satisfechas, la falta de una voz eficaz en la decisiones que afectan a ellos y a sus familias, la falta de claridad sobre lo que supone sufrir una enfermedad crónica, falta de medicamentos, inseguridad y temor al futuro. Por lo anterior, es necesario no considerar enfermedad como algo exclusivamente médico y ajeno a la persona que puede controlar y empezar a pensar que el comportamiento y área emocional ejercen una influencia; es preciso comenzar a sentir que cada persona puede controlar su propia salud, es decir hacerse responsable tanto de su salud como de su enfermedad y tratar de descubrir que cosas puede hacer.³⁵

³⁵ Abaunza de González M, Acosta S, Álzate Posada ML, Amaya P, Barbosa G, Barrera L, et al. La investigación y el cuidado en América Latina. En: Natividad Pinto A, compiladora. Comprender la situación de cronicidad que viven nuestros pacientes, Bogotá: editorial unibiblios; 2005. p 311.

En el cuidado de personas en situación de enfermedad crónica donde las crisis son innumerables, continuas e incalculables, las intervenciones del profesional de enfermería serán orientadas en busca de la calidad de vida del paciente, de sus cuidadores y de su familia. Se ha planteado gran número de estrategias que sugieren valoración cultural, enseñanza, y educación, consejería individual y a la familia, trabajo con grupos de soporte, elaboración de balance de situaciones, tregua o consenso con la familia y soporte a los cuidadores.³⁶

La relación que se establece entre el profesional de enfermería y el enfermo tiene una gran importancia. El encuentro, entre el personal de la salud y el enfermo crónico está siempre cargado de emociones, es una relación intensa por parte de los dos. El paciente en este encuentro deposita en el profesional de enfermería una serie de dolores, sufrimientos, miedos y angustias y espera del profesional de enfermería el reconocimiento de su enfermedad y el de si mismo como persona enferma. Es esencial entonces, conocer las posibles reacciones del paciente ante su enfermedad. Es aquí en donde el soporte y la red social adquieren una dimensión especial. Para el enfermo crónico, las personas disponibles para ayudarlo y la percepción de esta disponibilidad es fundamental en la readaptación a la enfermedad.

6.8 CARACTERSTÍCAS DEL PACIENTE CON DIABETES

La diabetes es una enfermedad metabólica que se caracteriza por el aumento de la glicemia (azúcar en la sangre). Cuando una persona tiene Diabetes Mellitus tipo II el organismo no puede utilizar el azúcar por resistencia tisular a la insulina y a una deficiencia concomitante en la respuesta de las células beta pancreáticas a la glucosa. La insulina es una hormona producida por las células beta del páncreas cuya función es regular el metabolismo de los azúcares, grasas, almidones y algunas proteínas.

Los principales factores de riesgo que aumentan la predisposición para presentar la Diabetes son: La obesidad, el ser mayor de 40 años, Hipertensión arterial, elevación de triglicéridos y colesterol, sedentarismo, antecedentes familiares de esta enfermedad, estrés emocional y físico, dieta poco balanceada (consumo de muchas harinas y azúcares), alcoholismo, enfermedades del páncreas. Así mismo dicha enfermedad presenta diversos síntomas como lo son: la pérdida de peso, debido a que el organismo no utiliza los azúcares y hace uso de la grasa para obtener energía; fatiga y debilidad los músculos para cumplir sus funciones necesitan de azúcar y si no ingresan al este no puede utilizarla; sed en

³⁶ Ibid., p 312.

exceso (polidipsia) debido a la necesidad que tiene el organismo de diluir las altas concentraciones de azúcar en la sangre; aumento de la cantidad de orina (poliuria) las altas concentraciones de azúcar en sangre se eliminan a través de la orina; Aumento del apetito (polifagia): mecanismo compensatorio para regular la pérdida de grasa corporal.

La Diabetes Mellitus tipo 2 es la forma más común. Aproximadamente del 90 al 95 por ciento de las personas con diabetes tienen diabetes mellitus tipo II. Esta forma de diabetes normalmente se desarrolla en los adultos mayores de 40 años y es aun más común entre los adultos mayores de 55 años de edad.

En el caso de la diabetes mellitus o tipo 2, el páncreas normalmente produce insulina pero por alguna razón el organismo no puede usarla eficazmente. El resultado final es la acumulación perjudicial de glucosa en la sangre y la incapacidad del organismo de usar eficientemente su principal fuente de energía.

A partir de la Diabetes se puede presentar la llamada nefropatía diabética, es decir, el riñón pierde la capacidad para funcionar apropiadamente por la razón de que cada riñón está compuesto de más de un millón de unidades llamadas nefronas y cada nefrona tiene un montón de vasos sanguíneos llamados glomérulos que filtran la sangre y forman la orina, la cual baja a través de los conductos colectores hacia el uréter; El primer cambio detectable en el curso de una nefropatía diabética es un engrosamiento en el glomérulo. En esta etapa, el riñón puede comenzar a permitir el paso de albúmina (proteína) en la orina y esto se puede detectar por medio de pruebas sensibles para la albúmina. Esta etapa se llama "microalbuminuria" (micro se refiere a las pequeñas cantidades de albúmina).

A medida que la nefropatía diabética progresa, se destruye un creciente número de glomérulos. Ahora las cantidades de albúmina que están siendo excretadas se incrementan y presenta marcado deterioro de la filtración glomerular situación que conlleva a que el cuerpo retenga algunos materiales de desecho como la creatinina, es por ello que esta se constituye en una prueba de laboratorio que ayuda a determinar el grado de deterioro de la filtración renal.

Esta nefropatía diabética finalmente puede llevar a que se presente [insuficiencia renal crónica](#) y continúa progresando hacia una [enfermedad renal en estado Terminal](#), usualmente en un período de 2 a 6 años después de la aparición de la proteína alta en la orina (proteinuria).

6.9 CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Cincuenta millones de estadounidenses presentan incremento de la presión arterial (presión arterial sistólica Mayor o igual de 140 mm Hg o presión arterial diastólica mayor o igual de 90 mm Hg). De éstos, 70 % está consciente de su diagnóstico, pero sólo el 50% está en tratamiento y 25% está bajo control dentro de los límites 140/90 mm Hg. La hipertensión aumenta con la edad y es más común en individuos de raza negra que en los de raza blanca.³⁷

En los últimos tres decenios, las tasa de mortalidad por evento vascular cerebral y enfermedades coronarias, dos de las principales complicaciones de la hipertensión arterial, han disminuido 60%, manteniéndose en estos niveles. Continua aumentando la incidencia de la enfermedad renal en etapa Terminal y de la insuficiencia cardiaca, los dos trastornos en los cuales la hipertensión tiene y una participación causal importante.³⁸

En la actualidad la hipertensión arterial se diagnostica con base en el aumento de cualquiera de las presiones arteriales sistólica o diastólica y el objetivo del tratamiento es lograr la normalización de ambas.

Se utiliza el término de hipertensión esencial o primaria en los casos que no se logra identificar la causa. El trastorno se presenta en 10 a 15% de los adultos de raza blanca y en 20 a 30% de los adultos de raza negra. Por lo general, el inicio tiene lugar entre los 25 y 55 años de edad; es poco frecuente antes de los 20 años.³⁹

La génesis de la hipertensión esencial es multifactorial. Los factores genéticos desempeñan una función importante, al igual que los factores ambientales como son: la ingesta excesiva de sal, la obesidad, el consumo excesivo de alcohol, el tabaquismo y la disminución en la ingesta de potasio. Estos factores probablemente no sean suficientes para aumentar la presión arterial a niveles anormales, pero son sinérgicos con la predisposición genética.

Las complicaciones de la hipertensión arterial se relacionan con los aumentos sustanciales de la presión arterial y los cambios consecuentes en la vasculatura y en el corazón o con la aterosclerosis que acompaña la hipertensión de larga duración y a su vez se acelera por ella. La hipertensión arterial produce daño en

³⁷ Lawrence M, Tierney JR, Stephen J. Diagnostico clínico y tratamiento. México D.F: Editorial manual moderno; 2005. p 420.

³⁸ Ibid., p 421.

³⁹ Ibid., p 421.

los órganos blancos: corazón, riñón y cerebro.

La modificación del estilo de vida puede ser tener un impacto sustancial sobre la mortalidad y morbilidad. Se ha observado que una dieta abundante en frutas, vegetales y lácteos con poca grasa y escasa en grasas saturadas y totales disminuyen la presión arterial. Las medidas adicionales capaz de mitigar la hipertensión o sus complicaciones en órganos blancos son: La pérdida de peso en caso de sobrepeso, limitar la ingesta de alcohol a no más de 30 mL de etanol diarios, incrementar la actividad física aeróbica (30 a 40 minutos la mayor parte de los días de la semana), disminuir la ingesta de sodio a 2.4 g o 6 g de cloruro de sodio, mantener la ingesta adecuada de potasio en la dieta aproximadamente 90 mmol/día, mantener una adecuada ingesta de calcio y magnesio dietéticos para la salud general, interrumpir el tabaquismo y disminuir la ingesta grasas saturadas.⁴⁰

6.10 INSUFICIENCIA RENAL

Una de las características fundamentales que deben particularizar el que hacer clínico en Atención Primaria es la detección precoz y el seguimiento no solo de procesos mórbidos agudos sino de enfermedades crónicas en sus estadios iniciales.

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC), constituye un problema de salud cada vez más frecuente, con una tasa de crecimiento anual entre un 5%-8%, interviniendo en dicho crecimiento múltiples factores aunque de manera primordial encontramos: mayor longevidad de la población y mayor presencia de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

El equipo de atención primaria juega un papel clave en la identificación precoz de los pacientes con insuficiencia renal, lo cual permite realizar tratamientos que limitan la progresión del daño renal y modificar los factores de riesgo asociados que contribuyen al aumento de la morbilidad de esta población; dado que, en los estadios iniciales la insuficiencia renal es habitualmente sintomática, su identificación suele tener lugar de forma accidental o en análisis solicitados en pacientes de riesgo, como hipertensos o diabéticos.

Uno de los parámetros clínicos que se utiliza con mayor frecuencia para la detección temprana de la insuficiencia renal es la creatinina sérica, pero esta infravalora el grado de función renal, porque sus valores no se elevan por encima

⁴⁰ Ibid., p 422.

del rango normal hasta que se ha producido un deterioro significativo del filtrado glomerular (FG). Además, el descenso progresivo de masa muscular que se asocia con la edad hace que la Creatinina sérica no ascienda a pesar de la pérdida fisiológica progresiva de la FG; por lo que hoy en día se utiliza de manera sistemática el cálculo de aclaramiento de creatinina a partir de la fórmula Cockcroft-Gault, este cálculo no se aplica en edades extremas de la vida (niños, jóvenes menores de 18 años o pacientes mayores de 80 años) ni en pacientes con peso y talla extremas, principalmente aquellos con índice de masa corporal menor de 20 y mayor de 40 gr/m², de igual manera el resultado puede verse afectado por enfermedades músculo-esqueléticas, paraplejia y cuadriplejía y una dieta vegetariana.⁴¹

El cálculo de Cockcroft-Gault estima la tasa de filtración Glomerular (TFG). Tiendo en cuenta: el peso (en kilogramos) y la edad (en años) del paciente, así como el resultado de la creatinina sérica.

$$\text{En hombres: } TFG = \frac{(140 - \text{EDAD en años}) \times \text{PESO en Kg.}}{72 \times \text{CREATININA en mg /dL}}$$

$$\text{En mujeres: } TFG = \frac{(140 - \text{EDAD en años}) \times \text{PESO en Kg.}}{72 \times \text{CREATININA en mg /dL}} \times 0.85$$

De igual forma el cálculo de aclaramiento de creatinina resulta pertinente a la hora de evaluar, clasificar y estratificar la insuficiencia renal, la cual la clasifica en cinco estadios dependiendo del grado de afectación y/o función renal:

- Insuficiencia renal crónica estadio 1: Aclaramiento de creatinina de 90 ml/min.
- Insuficiencia renal crónica estadio 2: Aclaramiento de creatinina entre 60-89 ml/min.
- Insuficiencia renal crónica estadio 3: Aclaramiento de creatinina entre 30-59 ml/min.

⁴¹ Instituto Seguro Social (ISS). Lineamientos de promoción y mantenimiento de la salud. Op. Cit., p 16.

- Insuficiencia renal crónica estadio 4: Aclaramiento de creatinina entre 16-29 ml/min.
- Insuficiencia renal crónica estadio 5: Aclaramiento de creatinina menor de 15 ml/min.⁴²

En las fases iniciales de la IRC, los pacientes suelen estar asintomático. Cuando la FG disminuye por debajo de 30 ml/min., pueden aparecer ciertos síntomas como astenia y malestar general, en relación con anemia secundaria al déficit de eritropoyetina, así como alteraciones hidroelectrolíticas (acidosis, hiperpotasemia) y del metabolismo calcio-fósforo. Por debajo de 15 ml/min. suelen aparecer síntomas digestivos (náuseas, anorexia), cardiovasculares (disnea, edemas, cardiopatía isquemia) y neurológicos (insomnio, déficit de concentración). Por debajo de estos niveles es necesaria la diálisis para evitar complicaciones potencialmente mortales. Como ya se menciono anteriormente la hipertensión arterial y la diabetes mellitus constituyen factores de riesgo de IRC. Si no se ejerce un adecuado control y tratamiento sobre estas enfermedades pueden llegar a producir deterioro progresivo y significativo de la filtración glomerular, aspecto que acelera el desenlace de la nefropatía. Por lo tanto, es de vital importancia realizar actividades e intervención sobre dichos factores para evitar y disminuir el daño renal, adquiriendo en esta dinámica un papel primordial el profesional de enfermería, por ser el primer agente de salud en contacto con la población.

El profesional de enfermería al establecer una estrecha relación con el paciente crónico y su familia, podrá conocer los aspectos sociales, biológicos y psicológicos que enmarcan el evento crónico, los cuales proporcionan suficiente conocimiento para comprender lo que representa y significa la enfermedad crónica para el individuo, y de acuerdo con ello, realizar intervenciones enfocadas a proporcionar al paciente crónico y a su familia una plan de cuidados individualizados y acordes con la enfermedad, retrasando así la progresión de la misma, previniendo las potenciales complicaciones y modificando los hábitos de vida inadecuados.

Los cambios en el estilo de vida es uno de los principales aspectos que demanda el tratamiento de la hipertensión arterial y la diabetes. Entre los cuales se encuentran la pérdida de peso, reducción de la ingesta de sodio, alcohol, práctica de ejercicio, abandono del tabaquismo, restricciones en la dieta y el consumo habitual de medicamentos. Cada una de estas modificaciones en el estilo de vida requieren del soporte y la red social, la cual ejerce una mayor influencia en la

⁴² Ibid., p 17.

habilidad de los pacientes para afrontar y adaptarse a la enfermedad crónica, amortigua el estrés de la misma e incrementa la habilidad del enfermo para afrontarlo. El soporte social toma muchas formas, y puede proveerle al individuo el amor, el cuidado, la afirmación, la autoayuda para salir adelante, además de proveer el conocimiento y la información necesario para resolver muchos de los problemas generados por la enfermedad crónica. La información es un modo de combatir la incertidumbre y el miedo, elimina las fantasías y temores en torno a la muerte, y reduce la frecuencia de recaídas, y complicaciones. Ayuda al paciente a tolerar las frustraciones que llevan consigo la enfermedad y las limitaciones que se derivan del tratamiento. De igual forma los amigos, vecinos y familiares del enfermo crónico desempeñan un papel continuo en el mantenimiento de la salud, ayudan a minimizar los efectos de la enfermedad y mejorar el autocuidado del individuo para obtener una respuesta positiva y satisfactoria al tratamiento de la hipertensión arterial y la diabetes contribuyendo así a la prevención de la Insuficiencia renal aguda.

6.11 RED SOCIAL

Dean define la red social como: " un grupo de relaciones en las que el individuo está envuelto. Hall y Wellman (1985) la define como: la estructura a manera de telaraña que comprende las relaciones de un individuo:

Kahn también propuso un término metafórico como el "convoy", es decir el vehículo que puede cambiar en el tiempo y a través del cual se proporciona el apoyo social, con unas propiedades que permiten a las personas confiar en él como apoyo y ser medidas bajo los conceptos de la teoría del análisis de la red (Barnes, 1972).

Otros autores ven la red como " interrelaciones estructuradas de la familia, amigos, y vecinos, compañeros de trabajo y otros que dan apoyo ".

A las redes sociales se les reconocen varias propiedades:

- ◆ **Tamaño:** El número de personas con parentesco que están disponibles y reconocidas por las personas que lo necesitan, para ofrecer apoyo.
- ◆ **Densidad:** Son las líneas de comunicación entre los integrantes de la red; implica coherencia, conocimiento y nexos entre ellos; es decir, el número de personas del grupo que se reconocen unos a otros.

- ◆ Rango: Se refiere a la frecuencia de contactos, tipo de contacto; es decir los contactos pueden o no compartir valores y creencias comunes, lo cual facilitará o dificultará el apoyo.
- ◆ Accesibilidad: Es la facilidad con que una persona que necesita el apoyo puede utilizar y contactar otra persona importante para este apoyo. Esto facilitará un mayor número de contactos y la duración de los mismos, lo cual puede ser valioso y significativo según los requerimientos de la persona necesitada.

Dean concluye que las redes sociales no son sustitutas de tratamiento pero sí dan elementos de apoyo, como lo han mostrado diversos estudios para prevenir problemas de salud.⁴³

Un clásico dentro de los estudios que antecedieron el uso del término de apoyo social, fue el estudio sobre complicaciones del embarazo realizado por la enfermera investigadora Nuckoll, publicado en 1972 por los epidemiólogos Cassel y Kaplan.

Norbeck, enfermera investigadora en apoyo social desde la década de los 70, y pionera con sus aportes conceptuales e instrumentales a esta temática, presenta una reseña de los estudios conducidos por investigadora enfermeras sobre apoyo social, y en búsqueda bibliográfica encontró 67 publicaciones escritas por enfermeras, de las cuales 53 representaban investigaciones sobre esta temática.⁴⁴

Estas investigaciones fueron analizadas en tres categorías: primera el desarrollo de instrumentos; segunda estudios descriptivos en el área de transición en la vida, actuación del rol, comportamientos de la salud, comportamientos en crisis y enfermedad; y tercera estudios de intervención.

En las áreas de transición en la vida el apoyo social ha sido estudiado desde la perspectiva del embarazo y la vejez. Los resultados de siete estudios confirman la importancia del apoyo en relación a las complicaciones del embarazo, la salud psicológica y física de los futuros padres de familia y la adaptación para la maternidad y paternidad.

Norbeck y Tilden (1983) Estudiaron las complicaciones del embarazo ante el estrés de la vida el apoyo social y el desequilibrio emocional en una población " médicamente" normal de clase media. En la muestra de las 117 mujeres, solo el estrés diario fue pronóstico de todas las complicaciones, y el desequilibrio emocional, de las complicaciones en el infante.⁴⁵

⁴³ Grupo de cuidado Universidad de Colombia, Op. Cit., p101.

⁴⁴ Ibid., p 103.

⁴⁵ Ibid.,p 103.

Tilde también reporto en 1984, con respecto a la diferencia entre mujeres solteras y con pareja apoyadas. Que las mujeres solteras presentan un alto estrés, altos niveles de ansiedad y bajo nivel de soporte social tangible en comparación con aquellas mujeres que cuentan con una pareja que apoya.

Cronewett (1984 – 1985) estudio las propiedades mas sobresalientes de la red y del apoyo social en un grupo de parejas de clase media que esperaban su primer hijo; el estudio reporto que el apoyo instrumental y emocional estaban relacionados con la adaptación a la maternidad y paternidad.⁴⁶

Lo anterior es apenas una muestra de los múltiples estudios que se han realizado y que comprueban la importancia y utilidad del apoyo social para el cuidado de la salud en las diferentes etapas de la vida del ser humano y de La familia.

En el caso de pacientes con enfermedad crónica en riesgo de insuficiencia renal es fundamental el apoyo o soporte social para la continuidad del tratamiento que incluye: autocuidado, peso y tensión arterial diaria, complicaciones y urgencias, administración de medicamentos, dieta y ejercicio físico.

El apoyo social ha ganado por bastante tiempo la aprobación científica como el “niño bueno”, más de 20 años de investigación sobre la salud lo han señalado como una variable importante. Los primeros conocimientos como aquellos del ahora considerado estudio clásico, conseguido por Nuckolls, Cassel y Kaplan (1972), fueron proclamados con alborozo, lo cual condujo a un periodo de gran actividad investigativa. El apoyo Social congrego tales conceptos como la “unión”, el “sitio de control” para convertirlos en una nueva panacea.⁴⁷

Existen numerosos instrumentos que miden el apoyo Social, algunos desarrollados por enfermeras investigadoras, fueron recibidos de acuerdo a diversos aspectos identificados en la literatura general del soporte social: tipo, fuente, dirección, resultados, disposición, descripción, evaluación, duración y nivel. Los aspectos estudiados del soporte social tal y como se refleja en los instrumentos de medición diseñados por enfermeras investigadoras, enfatizan en el soporte social recibido y disponible, el soporte percibido y recibido y frecuentemente se evalúa la valoración de la satisfacción.⁴⁸

⁴⁶ Ibid., p 104.

⁴⁷ Pinzon ML .Soporte social y afrontamiento a la enfermedad en adultos jóvenes sometidos a diálisis peritoneal ambulatoria [tesis maestría]. Bogota: Universidad Nacional de Colombia; 2001.

⁴⁸ Ibid., p 78

Las investigaciones han estudiado el fenómeno del soporte social desde tres perspectivas: Estructura de la Red (Lazos básicos entre miembros de la red social) Funciones De Apoyo (funciones de la fuente de apoyo que fluyen a través de estos lazos de la red) y la Naturaleza de las relaciones (contacto de los individuos con los integrantes o miembros de la red).

Los Instrumentos de soporte social miden tres aspectos de las relaciones del soporte social; existencia o cantidad (estructura), contenido o tipo (función) y calidad o adecuación (naturaleza). Las ocho dimensiones seleccionadas para tomar el marco evaluativo explican específicamente tres perspectivas en el soporte social: fuente (miembros de la red) que proporcionan apoyo), Disposición (disponibilidad, duración (estabilidad de apoyo), Tipo(contenido funcional o categoría de las propiedades/funciones), Positivos o Negativo(beneficios o perjuicios/costos de apoyo), dirección(apoyo dado y/o percibido, descrito o evaluado (características de satisfacción con el apoyo) y nivel (interacciones de 7 dimensiones)⁴⁹.

En general en 1981 dos equipos de investigadores reportaron instrumentos de soporte social que ahora cuentan con una bien conocida credibilidad y validez; entre ellos se encuentran el cuestionario de recursos personal (PQR); diseñado por Brandt y Weinert (1981); el index de costos y reciprocidad (CRI), diseñado por Tilden (1985); y el cuestionario de Norbeck (NSSQ) diseñado por Jane Norbeck (1981). Estos instrumentos se ha utilizado en varios trabajos investigativos y han tenido modificaciones con el objeto de lograr medir más acertadamente el fenómeno propuesto, de manera que reflejen las condiciones del soporte social como fenómeno multidimensional.

Particularmente en este estudio se utilizará el cuestionario de soporte social diseñado por Norbeck, el cual permite evaluar las características de la red y el tipo de soporte recibido, duración y las pérdidas con respecto a la red del soporte. Es un instrumento sencillo, de fácil aplicación que proporciona una información consistente e importante para determinar el soporte y la red social. A cada persona le puede ayudar a evaluar su red y soporte social. Dicho instrumento se basa en la definición del soporte social de Kahn (1979) que mide múltiples dimensiones (afecto, afirmación, ayuda y pérdidas), el cual permitirá cumplir los objetivos propuestos en esta investigación.

Según el concepto de Khan de Convoy (vehículo a través del cual la ayuda social

⁴⁹Ibid., p 79

es provista), se mide por tres propiedades de las redes de trabajo: número en la red, duración de las relaciones y frecuencia de contacto con los miembros de la red, debido a que el Convoy del individuo puede cambiar con el tiempo. En cuanto a las pérdidas recientes de algunos miembros de la red, se incluyen en el NSSQ como una variable de interés secundario. Los puntajes para los tres componentes funcionales y de las tres propiedades de la red, se derivan en clasificaciones hechas por los sujetos para cada persona en la red de la persona. Los datos descriptivos relacionados con las fuentes de ayuda pueden ser calculados para la red como un todo y para la subescala y variables específicas.⁵⁰

⁵⁰ Norbeck.Op.cit.,p 5-6.

6.12 APOYO SOCIAL

Una tendencia que comparte el ser humano con otras especies y que desde el punto de vista funcional es de gran importancia para la salud, el ajuste y el bienestar, es el de buscar compañía y apoyo de otros, particularmente ante situaciones estresantes que acompañan al ser humano a lo largo de su ciclo de vida.

El interés sobre el concepto de soporte social se inició a mediados de 1970 con la publicación de los artículos de Kaplan (1974) Cassel (1976) y Cobb (1976), estos autores describieron los efectos perjudiciales que tiene el aislamiento social o la baja integración social sobre el estado de salud. Dentro de la enfermería los estudios investigativos tanto nacionales como internacionales sobre soporte social se realizaron a partir de 1985. El modelo básico conceptual que se relaciona con la investigación de soporte social, demuestra que el estrés está relacionado al estado de salud, el soporte social también tiene efectos sobre el estrés y en el estado de salud. El soporte social se ha convertido en una variable ambiental principal de particular importancia para las enfermeras investigadoras por que han demostrado tener un profundo efecto en la restauración de la salud y su promoción. Aunque la definición de soporte social varía, las diferentes investigaciones indican que el soporte social puede ayudar en la recuperación de hospitalizaciones, cirugías y enfermedades puede reducir las complicaciones durante el embarazo en mujeres bajo estrés, protege en contra de la angustia a nivel psicológico en situaciones adversas.⁵¹

Kahn (1979), define el apoyo social como: "Transacciones interpersonales que incluyen uno o varios de los siguientes: la expresión de afecto positivo de una persona hacia la otra, la afirmación o respaldo de los comportamientos de otra persona, percepciones o puntos de vista expresados y la entrega de ayuda material o simbólica". La anterior definición de Kahn tiene como elementos claves la afirmación, el afecto y la ayuda.⁵²

Cobb (1976) define "el apoyo social como un moderador del estrés de la vida que lleva al individuo a creer que se cuida de él y se le ama, que es estimado, valorado y que pertenece a una red de obligaciones mutua".⁵³

El apoyo social ha sido estudiado desde tres perspectivas: la estructura, la función y la naturaleza. La estructura se refiere a los lazos básicos entre los miembros de

⁵¹ Norbeck JS. Apoyo social. Material traducido por Rincón Adela Universidad Nacional de Colombia. 2001. p 3.

⁵² Grupo de Cuidado Universidad Nacional de Colombia, Op.cit.,p 99.

⁵³ Ibid.,p 100.

la red social y contiene:

- Fuente de apoyo, que pueden ser: miembros de la familia, amigos, compañero(a), vecinos, profesionales, religiosos, etc.
- Disposición: se refiere al apoyo subjetivo y objetivo. El apoyo social puede ser percibido disponible y como recibido. Estos dos conceptos son importantes para tener en cuenta por que una persona puede utilizar y buscar el apoyo, deacuerdo con la percepción que esta tenga sobre la ayuda disponible.
- Duración: tiene que ver con la estabilidad de la red en el tiempo. Algunas personas pueden requerir un apoyo mas largo en el tiempo y es conveniente que las fuentes estén disponibles.

La función se refiere a los tipos de apoyo que ofrecen las fuentes:

- Emocional: la fuente es asilo, descanso y contribuye al dominio emocional de la persona necesitada.
- Informativa. la Fuente es un colector y diseminador acerca del mundo de las experiencias vividas.
- Alabanza, apreciativo o valorativo: la fuente actúa como retroalimentación, guía y media la solución de problemas, contribuye a mejorar la autoestima del usuario.
- Instrumental: la fuente brinda ayuda práctica y concreta.

La naturaleza se refiere a las características de los contactos del individuo con los integrantes y miembros de la red contempla:

- Soporte negativo y positivo: se refiere a los costos y beneficios asociados con el dar y recibir ayuda. En algunos casos el apoyo proporcionado puede ser percibido como inútil o de poca ayuda.
- Dirección: se refiere a la reciprocidad, ya que el soporte social debe ser bidireccional, para prevenir con el tiempo sentimientos desagradables de deuda o dependencia.
- Descripción o evaluación se refiere a la claridad que se debe tener con relación a diferencia entre el soporte disponible y el soporte recibido.
- Nivel: se refiere a la frecuencia de la interacción, a la duración y la intensidad de las relaciones.⁵⁴

⁵⁴ Ibid.,p 100-101.

Con estos planteamientos, la influencia del apoyo social en la salud y el ajuste psicológico y social ha despertado un gran interés de disciplinas como la psicología, epidemiología, enfermería y en general de todos los profesionales responsables de la salud pública y de la intervención social, produciéndose una convergencia de ideas, resultados de investigaciones y nuevas formas de entender la provisión de ayuda que son indicativos de la importancia que han adquirido este constructo.⁵⁵Berton Kaplan y Otros (1975) en el artículo de apoyo social y la salud, plantean tres clases de procesos psicosociales de importancia en la etiología de la enfermedad. El primero consiste en aquellos factores de deterioro o estrés los cuales empeora la susceptibilidad de la enfermedad; la segundo hace referencia a los factores de protección que estabilizan o alivian el organismo de los efectos de estímulos nocivos y un tercero es la capacidad del individuo para obtener información significativa de que estas acciones son dirigidas a consecuencias deseadas. Considera que los factores de protección son una función de la naturaleza, fortaleza y disponibilidad de apoyo social, los dos factores enunciados inicialmente son estimados como factores que determinan ampliamente la susceptibilidad del organismo a la enfermedad por causa de agentes psicoquímicos (incluyendo microorganismos, toxinas, químicos, diferencias nutricionales etc.), si tales apreciaciones son correctas indicaría que la acciones estipuladas para prevenir la enfermedad deberían enfocarse hacia un intento por cambiar tales factores psicosociales en lugar de basar los esfuerzos en la detección de la enfermedad. La modificación de estos factores debe dar como resultado la prevención de una gran variedad de manifestaciones negativas en el estado de salud. Por tanto el fortalecimiento del apoyo social es mucho más práctico que intentar reducir la ocurrencia de situaciones estresantes.⁵⁶Es importante destacar que por muchos años se consideró el Apoyo Social como positivo o benéfico, no siendo siempre así. El Soporte social que intenta ser positivo puede ser negativo porque quien lo recibe lo percibe como negativo. Vaux (1988), citado por Luz Patricia Díaz, reportó que el soporte social puede tener efectos tanto negativos como positivos, o incluso no tener ningún efecto sobre el nivel de estrés de los pacientes y sus cuidadores.⁵⁷Igualmente Tilden y Galyen (1987), afirman que los costos y beneficios del dar y recibir apoyo son relevantes al tema de la reciprocidad; este se define como la percibe de un intercambio bidireccional de recursos valiosos entre los participantes de la red. Pero no solo el Soporte Social está enmarcado por aspectos positivos; también se han determinado los negativos, que surgen cuando los lazos con familiares y amigos

⁵⁵Norbeck , Op cit., p 3

⁵⁶ Kaplan BC. El apoyo social y la salud. Traducción realizada como referencia de la investigación: factores que afectan las prácticas de autocuidado de la salud de la mujer. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. p 3-4.

⁵⁷ Abaunza M, Acosta S, Alzate MI, Amaya P, Barbosa G, Barrera L, et al. En: Díaz LP, Compiladora. Op. Cit., p. 325.

son más fuente de estrés y de conflicto que de soporte; de hecho muchas situaciones estresantes tienen diferentes formas de soporte y pueden ser categorizadas de acuerdo con su duración. Por ejemplo las personas de edad avanzada a menudo perciben comportamientos negativos por parte de las personas que les proporcionan cuidado, por eso el soporte social debe ser examinado en el contexto de los procesos de influencia social involucrando las obligaciones y las recompensas, porque al parecer el soporte social bidireccional con el tiempo previene sentimientos desagradables de deuda o dependencia.⁵⁸ Estudios realizados tanto en animales como en humanos han comprobado que la ausencia de un apoyo social incrementa la susceptibilidad del organismo a diversas formas de enfermedad. La mayoría de los estudios realizados con seres humanos demuestran que el apoyo social es de vital importancia para la salud del ser humano y de la familia que entrega cuidado. Se ha observado que gente a la que se le ha diagnosticado con la misma condición de severidad y tratados con el mismo régimen terapéutico tiene una variación considerable en los patrones de recuperación, en la adaptación y ajuste a vivir con dicha condición. Estas observaciones han llevado a los investigadores a considerar el apoyo o soporte social como una de las variables que ha recibido mayor atención por tener una influencia significativa sobre los resultados de salud ya que actúa como medida de protección en el mantenimiento de la salud y está relacionada con una consecuencia positiva de salud.⁵⁹

6.13 APOYO DE PROVEEDORES

La responsabilidad del cuidado a largo plazo requiere del compromiso tanto de el individuo como de la familia a sí mismo una variedad de tipos de experiencia dada por la variedad de profesionales. La individualidad y familiar, debe obtener información y consejo acerca de los cuidados para obtener el cuidado. Estas personas necesitan acceso a las oportunidades de retroalimentación sobre cuidado y aprender a identificar y reportar el inicio de complicaciones.

En general la comunidad profesional y la sociedad han unido responsabilidades para ayudar a la persona crónicamente enferma y a la familia, con el propósito de lograr una función máxima posible y para disminuir y prevenir la incapacidad funcional.

⁵⁸ Abaunza M, Acosta S, Alzate MI, Amaya P, Barbosa G, Barrera L, et al. En: Camacho Plazas M, Compiladora. Op. Cit., p. 454.

⁵⁹ Ibid., p 4.

6.14 IMPLICACIONES DE ENFERMERÍA

La mayoría de personas que requieren cuidados de enfermería continuos se enfrentan a problemas relacionados con padecimientos crónicos. El trabajo con este grupo de personas depende de la percepción que tiene sobre calidad de vida y que en ultimas determina el comportamiento del individuo frente a la enfermedad crónica. Aunque puede ser difícil para la enfermera y otros miembros del equipo de salud permanecer impasibles mientras el paciente toma decisiones imprudentes acerca de su salud, estos profesionales deben aceptar el hecho que las personas tienen derecho a realizar elecciones individuales acerca de su estilo de vida y autocuidado. Es importante que el paciente tome estas decisiones y alternativas sin temor al ridículo o a que se les niegue tratamiento.

Ante las implicaciones de “vivir” con un padecimiento crónico, las enfermeras necesitan modelos de práctica que les permitan comprender el efecto de este tipo de trastornos en el individuo y sus familiares. La imposición de un” modelo para cuidados agudos “en una enfermedad crónica ignora las diferencia entre los padecimientos agudos y crónico e incrementa el riesgo de que la enfermera pase por alto muchos problemas sutiles y no médicos que se relacionan con estas enfermedades.⁶⁰

⁶⁰ Brunner y Suddarth. Op. Cit. P. 326

7. REVISIÓN DE LITERATURA CIENTÍFICA

INVESTIGACIÓN SOBRE SOPORTE SOCIAL EN ENFERMEDAD CRÓNICA

A continuación se presentan algunos resultados de trabajos de investigativos relacionados con el Soporte y la Red Social en pacientes con enfermedad crónica, realizados en Colombia. Los cuales sirven para nutrir el marco teórico del presente estudio.

Gómez y colaboradoras (2000), realizaron un estudio sobre el Soporte social en pacientes con EPOC. Ellas hallaron una influencia positiva en el Soporte Social en la evolución de la enfermedad, pero no suficiente para proteger al paciente crónico de las demandas de su condición, tampoco para adaptarse a la situación crónica en la que vive.

Otro trabajo realizado en Colombia sobre soporte Social es el de Pinzón Rocha (2001), quien a través de su estudio correlacional cuantitativo no encontró relación entre el soporte social y la capacidad de afrontamiento en pacientes con diálisis. Esta autora halló sin embargo, que la red con que cuentan estos pacientes es estable y duradera, y que les permite tener una actitud positiva ante La enfermedad.

Por ultimo Galvis (2001), analizó el Soporte Social en pacientes ancianos con hipertensión arterial, en su trabajo descriptivo cuantitativo de corte transversal halló que el apoyo emocional recibido del grupo familiar fue importante y que se expresó a través del afecto, afirmación y ayuda tangible. el porcentaje más relevante de la Red Social estaba constituido por los familiares.⁶¹

⁶¹ Abaunza M, Acosta S, Alzate MI, Amaya P, Barbosa G, Barrera L, et al. En: Díaz LP, Compiladora. Op. Cit., p. 326.

8. METODOLOGÍA

8.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo corresponde a un estudio de tipo descriptivo de corte transversal enmarcado dentro de la investigación cuantitativa.

El diseño de tipo descriptivo, que tiene como objetivo “observar, describir y documentar aspectos de una situación que ocurre de manera natural”⁶², en otras palabras “busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Se seleccionan una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así, describir lo que se investiga”⁶³ permitiendo de esta manera elaborar una imagen más clara del fenómeno. En esta investigación se pretende describir los aspectos que involucran la estructura y funcionamiento del soporte social que recibe el paciente con enfermedad crónica en riesgo de insuficiencia renal que asiste al grupo de crónicos de la ESE Policarpa Salavarrieta CAA Sogamoso.

Para el análisis de la información se utilizó el programa estadístico SPSS word Versión 11, que contó con la asesoría del Docente FRED GUSTAVO MANRIQUE ABRIL, de la escuela de enfermería de la Universidad Pedagógica Y Tecnológica De Colombia, quien tiene licencia para la ejecución de dicho programa.

8.2 UNIDAD DE ANÁLISIS Y DE TRABAJO

8.2.1 UNIVERSO: adulto maduro que comprende las edades de 45 a 59 años con diagnóstico de hipertensión arterial y/o Diabetes Mellitus tipo 2 en riesgo de insuficiencia renal estadio 1 y 2 afiliados a la EPS Seguro Social y usuarios de la ESE Policarpa Salavarrieta CAA Sogamoso.

8.2.2 MUESTRA: Esta se determinará por medio del cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión planteados para la investigación en el adulto maduro de

⁶² Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. México: Editorial Mc Graw Hill – Interamericana; 2000. p 194-95.

⁶³ Hernández R, Fernández C, Bautista P. Metodología de la investigación. México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana ; 2000. p 60.

45 a 59 años de edad con enfermedad crónica (hipertensión y/o diabetes mellitus tipo 2) en riesgo de insuficiencia renal estadio 1 y 2 afiliados a la EPS Instituto Seguro Social y usuarios de la ESE Policarpa Salavarrieta CAA Sogamoso.

8.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN

El instrumento para la recolección de la información es el Cuestionario de Soporte Social de NORBECK (NSSQ), 1995 (**ver anexo 1**), el cual fue diseñado para medir múltiples dimensiones del Soporte Social.

El instrumento mide múltiples dimensiones de ayuda social, los componentes funcionales que se miden son: El afecto, la afirmación, la ayuda y la pérdida. La ayuda social provista se mide por medio de tres propiedades de la red de trabajo: Número de la red, duración de las relaciones y frecuencia de contacto con los miembros de la red. El tiempo para completar el instrumento es de 10 minutos (rangos de 5 a 20 minutos). Este instrumento puede ser calificado directamente del cuestionario o las respuestas pueden ser transferidas a un solo página de calificación. Se aplica este instrumento por la validez y confiabilidad de 0.85 a 0.92 para una prueba repetida después de una semana, con correlaciones de 0.58 a 0.78 para una prueba repetida después de siete meses. La consistencia interna fluctuó de 0.89 a 0.92.⁶⁴

El cuestionario de Soporte Social de Norbeck contiene nueve preguntas, las seis primeras miden las propiedades de afecto, afirmación y asistencia que proporcionan los miembros de la red. La pregunta séptima y octava identifican la extensión de la relación y la frecuencia de contacto con cada uno de los miembros de la red. La novena pregunta consta de dos partes y está relacionada con personas que ya no están disponibles para el encuestado y sobre que tanto apoyo brindaron estas personas. Cada pregunta solicita a los encuestados calificar a los miembros de su red de acuerdo a la escala de Likert de cinco puntos.

⁶⁴ Norbeck , Op cit., p 7.

Con el instrumento NSSQ de Norbeck, se han realizado varios estudios para facilitar una base de datos normativa y una posterior prueba de validez, el primer estudio se realizó con estudiantes en donde se tomaron 75 sujetos inicialmente y 67 de estos participaron en la re prueba una semana después. Se tomó la decisión de esperar una semana para reducir la tendencia a ocultar cambio en la verdad por parte de los estudiantes en sus redes sociales, en lo que se van conociendo y acercando los unos con los otros durante el programa. Cada uno de los temas funcionales: Afecto, afirmación y ayuda y los temas de propiedades de la red obtuvieron un alto grado de probabilidad de prueba y re prueba (rango de de .85 a .92). En la re prueba, 55 de los 67 sujetos respondieron como si o no a la pregunta sobre recientes pérdidas de integrantes de sus redes de la misma forma que lo habían hecho inicialmente. Mediante este estudio se estableció la validez del instrumento a través de la comparación de constructores convergentes determinantes. Por tanto el instrumento aparenta estar libre de vías de respuesta de soporte social. Las bases para la validez del contenido fue el uso explícito de definiciones conceptuales del soporte social (Khan, 1979) y las propiedades de la red (Barnes, 1972) en la generación de temas. Reobtuvo evidencia de validez constructiva a través de moderadas correlaciones con otros cuestionarios elaborados para medir el soporte social. Los resultados de este estudio sugieren que NSSQ puede ser una herramienta útil en la investigación.⁶⁵

Entre los estudios realizados en Colombia con el instrumento NSSQ- 1995 encontramos el de Soporte social y afrontamiento a la enfermedad en adultos jóvenes sometidos a diálisis peritoneal ambulatoria. (Tesis de Maestría) de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia; 2001.

Para garantizar confiabilidad y coherencia del instrumento NSSQ en relación con los objetivos del presente estudio, éste se sometió a una prueba piloto, la cual se realizó con 15 pacientes usuarios de la ESE Policarpa Salavarrieta CAA Belencito que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente para la investigación.

⁶⁵ Nobeck JS El desarrollo de un instrumento para medir el soporte social..Nusing research; 30(5).1995.Material traducido como referencia para la investigación: factores que afectan las practicas de autocuidado de la salud de la mujer Facultad de Enfermería. Universidad Nacional DE Colombia. p 5-8.

Se procedió a dar a conocer los objetivos del estudio, se les solicitó a los pacientes que analizaran los siguientes aspectos del cuestionario de Soporte Social de Norbeck: claridad y precisión en las instrucciones para el diligenciamiento, dificultades presentadas en cada pregunta, claridad en el lenguaje utilizado y tiempo necesario para responder.

Una vez se les proporcionó el cuestionario, éste fue contestado por los pacientes en un promedio de 20 minutos. Después haber terminado la recolección de la información de la muestra piloto se procedió a la tabulación y análisis de los datos y las sugerencias que planteó cada participante. El 90% de los participantes prefiere que el cuestionario sea tramitado por el investigador, para el 100% de los participantes de la prueba piloto la pregunta cinco no es comprensible, por tanto esta pregunta se modificó para la aplicación del cuestionario NSSQ a la población de estudio.

8.4 ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Para la aplicación del Cuestionario Soporte Social de Norbeck, primero se les dio a conocer a los participantes de esta investigación la esencia del estudio, los objetivos y los aportes al cuidado de la enfermedad crónica, se aclararon dudas y se explicó el consentimiento informado, el cual debían firmar si aceptaban participar en la investigación.

Para la utilización de el instrumento NSSQ -1995 se ha consultado la pagina de Jane Norbeck la autora donde por medio de un articulo NSSQ-Scoring.pdf reitera el permiso para el uso y copia de del instrumento por parte de los investigadores y médicos. La información se encuentra disponible en la página:
<http://nurseweb.ucsf.edu/www/ix-fd.shtml>.

En esta investigación se tendrá en cuenta los siguientes principios éticos:

- **Autonomía:** Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

Este término se ha ampliado en la actualidad y se utiliza para las personas adquiriendo significados bastante diversos, como autogobierno, derechos de libertad, intimidad, elección individual, libre voluntad, elegir el propio comportamiento y ser dueño de uno mismo.

Se respetará la decisión de las personas de aceptar o rechazar participar en el estudio, una vez se les haya explicado de forma clara en que consiste el trabajo de investigación y la forma de participar en el mismo.

- **Beneficencia:** Se refiere a evitar el daño y hacer un esfuerzo por el bienestar de las persona. Por tanto se protegerá de cualquier daño físico o psicológico a los participantes de la investigación y se estará atento a suspender el diligenciamiento del instrumento NSSQ en cualquier caso que se observe molestia o preocupación.

- **Confidencialidad:** se garantizará a los participantes de la investigación que los datos registrados en el instrumento NSSQ, tendrán como única finalidad el trabajo de investigación.

- **Veracidad:** En la investigación realizada se garantiza que la información obtenida es real y verdadera así mismo los resultados expuestos.

- **Fidelidad:** Este principio se plantea básicamente en la relación de confianza entre el participante de la investigación y la enfermera quién recolecta la información, donde se garantiza el cumplimiento de promesas y confidencialidad.

8.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de Inclusión:

- Personas con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes Mellitus tipo 2.
- Personas afiliadas a la EPS Instituto Seguro Social y que sean usuarios de la ESE Policarpa Salavarrieta CAA Sogamoso.
- Pacientes entre 45 y 59 años de edad.
- Pacientes cuyo índice de filtración glomerular según el cálculo de Cockcroft-Gault este entre 60 y 89 ml/min. que corresponde al estadio I y II de riesgo de insuficiencia renal.
- Resultados de creatinina sérica del presente año.
- Pacientes que estén dispuestos a participar en el estudio.

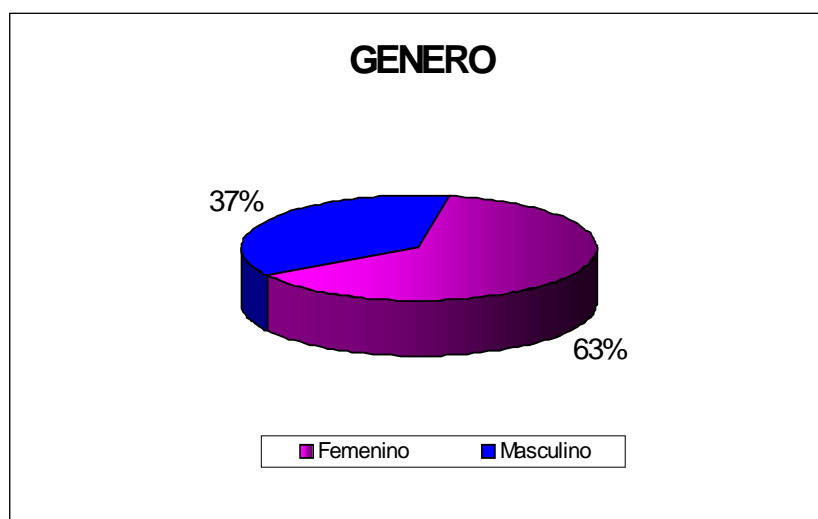
Criterios de Exclusión:

- Trastornos Psíquicos, retraso mental o cualquier alteración psíquica u orgánica que afecte el juicio o contacto con la realidad.
- Pacientes hospitalizados o en estado grave durante el estudio.
- Pacientes mayores de 59 años o menores de 45 años.
- Pacientes cuya filtración glomerular sea mayor a 90ml/min. o menor a 60 ml/min, ya que estos datos no se ubican dentro la clasificación de estadio I y II de riesgo de insuficiencia renal según el cálculo de Cockcroft-Gault.
- Pacientes que no estén afiliados a la EPS Instituto Seguro Social CAA Sogamoso.
- Laboratorios de creatinina sérica no reciente.

9. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Cuadro 1. Genero

Genero	Número	%
Femenino	19	63.3333333
Masculino	11	36.6666667
Total	30	100



Fuente. Resultados obtenidos de la investigación

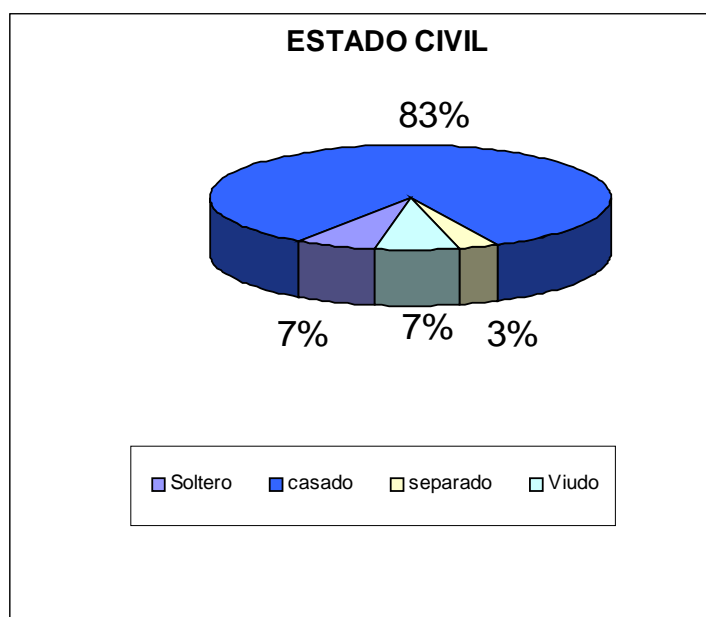
Figura 1. Genero

La distribución por genero que muestra el cuadro1, indica que del 100% de la muestra constituida por 30 participantes, 19 (63.3%) son mujeres y el 36.6% que corresponde a 11 participantes son hombres.

Según el Departamento Administrativo (DANE), en el año 2005 encontró que del total de la población de Sogamoso, el mayor número de personas pertenece al genero femenino en un 53,1% y el 46,9% son hombres, lo cual se evidencia en los resultados encontrados en el estudio

Cuadro 2. Estado Civil

Estado civil	Número	%
Soltero	2	6.66666667
casado	25	83.33333333
separado	1	3.33333333
Viudo	2	6.66666667
Total	30	100



Fuente. Resultados obtenidos de la investigación

Figura 2. Estado Civil

Según cifras reportadas por el DANE para el año 2005, el 43.5 % de personas de la ciudad de Sogamoso se encuentran solteras, el 33 % están casadas, en unión libre el 14.2% y finalmente en un menor porcentaje se encuentran los viudos y

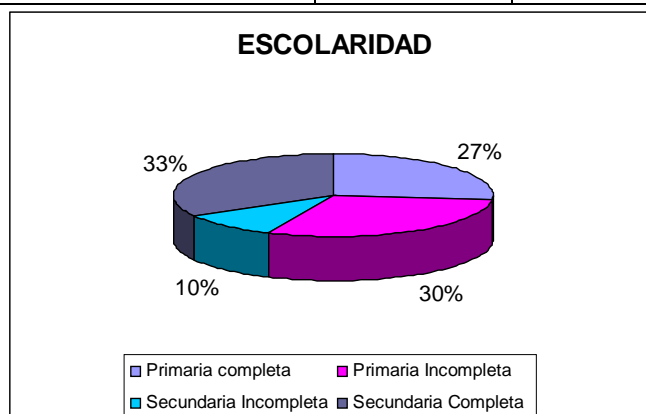
separados o divorciados en un 4.7 % y 4.6 % respectivamente.

Respecto a esta variable, como se muestra en el cuadro 2 el 6.6% de los participantes del estudio son solteros (2 personas), separados 3.3% que corresponde a 1 persona, 25 participantes son casados para un total de 83.3%; finalmente viudos el 6.6% de la población para un total de 2 personas.

En relación con el estado civil se puede observar que la mayoría de las personas se encuentran casadas, lo que puede constituir un soporte importante para ellas, pero en ocasiones también puede agregar una carga emocional estresante.

Cuadro3. Escolaridad

Escolaridad	Número	%
Primaria completa	8	26.6666667
Primaria Incompleta	9	30
Secundaria Incompleta	3	10
Secundaria Completa	10	33.3333333
Total	30	100



Fuente. Resultados obtenidos de la investigación

Figura3. Escolaridad

Según el cuadro 3, se observa que ningún participante del estudio reporta tener estudios universitarios. El 33% curso bachillerato completo, que corresponde de 10 persona, el 30% tiene primaria incompleta (9 personas), secundaria incompleta el 10%,(3 personas), y el 26.6% tiene primaria completa que

corresponde a 8 personas. Al analizar la cifras del Dane para el 2005, en cuanto al nivel educativo se encuentra que el 35,2% de la población residente en Sogamoso, ha alcanzado el nivel básica primaria y el 33,6% secundaria; el 9,1% ha alcanzado el nivel profesional y el 1,4% ha realizado estudios de especialización, maestría o doctorado. La población residente sin ningún nivel educativo es el 7,1%. De tal forma que el nivel educativo, el medio social en el que se desenvuelve y la cultura, influyen en las actitudes, los comportamientos y las habilidades del individuo para el cuidar de su salud, lo cual en últimas determinan la forma de sentir y vivir la enfermedad crónica.

La habilidad para cuidarse le provee al individuo estrategias de adaptación para tratar los problemas relacionados con la enfermedad, y le da destrezas de automanejo, logrando así un control en el sentir y en el actuar sobre la enfermedad crónica y los cambios de su cuerpo.⁶⁶

A lo largo de la trayectoria de la hipertensión arterial y la diabetes o concomitantemente, el paciente experimenta cambios constantes a nivel físico, psicológico y social. Circunstancias en las que el individuo requiere del soporte informativo para afirmar sus conocimientos y sortear el curso y el camino a seguir de acuerdo con sus condiciones de salud, determinando de esta manera la autonomía en el cuidado de la salud.

La enfermedad crónica requiere cuidados médicos prolongados, medicamentos por el resto de la vida o cambios en el estilo de vida, situaciones que suscitan en los participantes del estudio una búsqueda constante de conocimientos e información acerca de su condición crónica, lo cual se convierte en un aspecto positivo, ya que le proporciona al individuo elementos para mejorar su estado de salud y disminuir los factores de riesgo que predisponen a la insuficiencia renal.

En general el nivel educativo del grupo de estudio es alto, siendo un factor positivo a la hora de modificar conductas y mantener los cambios en el estilo de vida. La desinformación y la falta de conocimientos acerca de la hipertensión arterial y la diabetes tipo 2, genera en el adulto maduro o intermedio incapacidad para determinar el significado de la enfermedad y consecuentemente no sabe como identificar o detectar las posibles complicaciones producto de la enfermedad y corroborar si funciona o no los diferentes tratamientos. El paciente mitiga esta situación a través de la búsqueda de información en el personal de salud y en su red social, los cuales les proporcionan los medios para conocer y determinar como afrontar, sentir y vivir la enfermedad crónica.

La Educación para la Salud se inscribe hoy en día en el marco de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, cuyo propósito es preservar la salud

⁶⁶ Abauza M, Acosta S, Alzate MI, Amaya P, Barbosa G, Barrera L, et al. . En: Diaz L.P, Compiladora. Op. Cit., p 326-327.

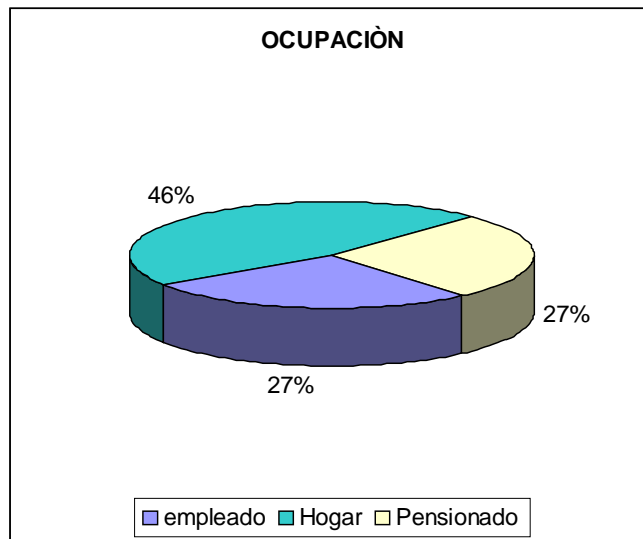
integral de las personas, la familia y la comunidad, mejorar o fomentar la salud transformando la información sobre salud en conocimientos que sirvan para adquirir comportamientos positivos en relación con la salud y reforzar hábitos saludables. En este proceso los valores y las actitudes de la persona influyen notablemente en la decisión de adoptar o mantener hábitos de vida saludable que contribuyan a prevenir los problemas de salud y obtener una vida digna y con calidad.⁶⁷

En especial la educación para la salud, Juega un papel esencial en el tratamiento del paciente diabético e hipertenso, pues es la única arma con que cuenta el equipo de salud para optimizar el cumplimiento terapéutico e involucrar al paciente y a su familia en el tratamiento. La información suministrada por el personal de salud, le proporcionará al paciente y a su familia pautas para analizar críticamente y reflexionar sobre lo que significa la salud, los factores que la condicionan o aquellos que la favorecen, y ser participes en la detección, prevención y solución de los problemas que inciden en su vida y su salud.

Cuadro 4. Ocupación

Ocupación	Número	%	
empleado	8	26,67%	
Hogar	14	46,67%	
Pensionado	8	26,67%	
Total	30	100,00%	

⁶⁷ Abaunza M, Acosta S, Alzate MI, Amaya P, Barbosa G, Barrera L, et al. Op. Cit., p. 156.



Fuente. Resultados obtenidos de la investigación

Figura 4. Ocupación

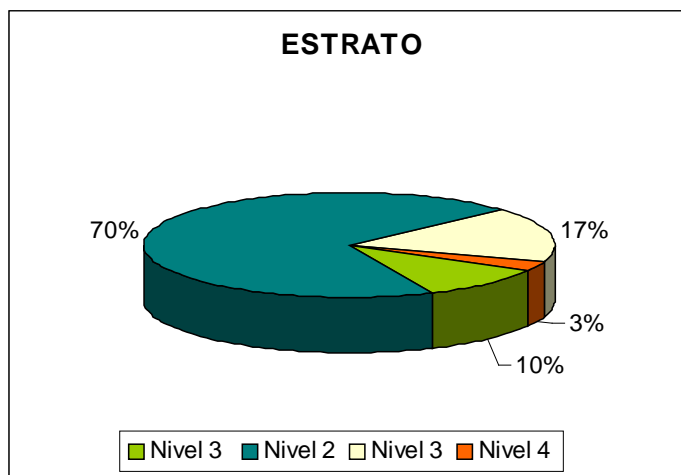
El vivir con una enfermedad crónica trae inminentemente cambios en el estilo de vida, a nivel social, físico, y en el rol familiar y profesional del individuo, El cuadro 4 revela que el 46.6% de la población a quien se le aplicó el instrumento tiene como ocupación el hogar, son amas de casa, un total de 14 personas que conforman un grado bastante representativo, en segundo y tercer lugar se encuentran los pensionados y empleados con un 26.6%, que corresponde a 8 personas respectivamente.

La enfermedad crónica y la ocupación de trabajador dependiente desencadenan en el adulto maduro o intermedio niveles altos de estrés asociado con la responsabilidad con los hijos, en el hogar, el sustento económico, la capacidad laboral, el cumplimiento de horarios, etc. En comparación con la ocupación de pensionados, que corresponde a 8 personas y la de ama de casa, integrada por 14 personas del estudio, la cual es un factor positivo, a favor de estas personas, ya que este grupo cuenta con mayor tiempo libre para la realización de actividades recreativas y deportivas y la práctica de algún tipo de hobby, todo ello en beneficio de su salud física, emocional y mental.

Cuadro 5. Nivel Socioeconómico

Estrato	Número	%
Nivel 1	3	10
Nivel 2	21	70
Nivel 3	5	16.6666667

Nivel 4	1	3.33333333
Total	30	100



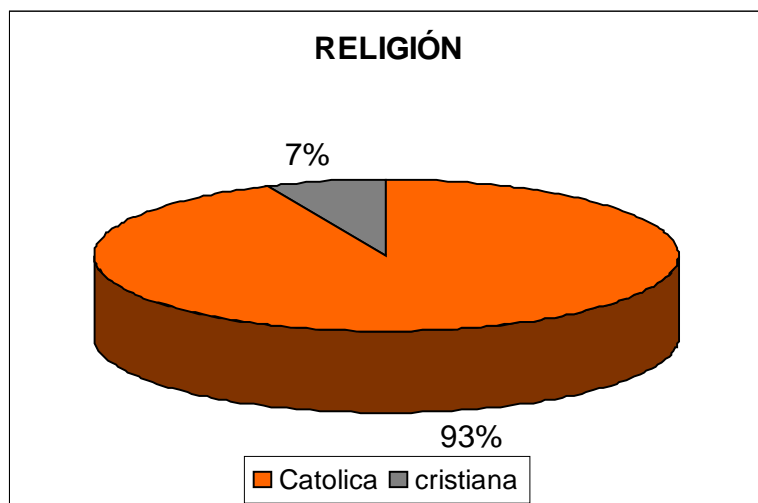
Fuente. Resultados obtenidos de la investigación

Figura 5. Estrato

Al relacionar el nivel de escolaridad con estrato socioeconómico de la población se puede observar que los porcentajes son directamente proporcionales encontrando que el mayor porcentaje de la población se ubica en un nivel 2 con un 70% y un mínimo de 3.3% en el nivel 4.

Cuadro 6. Religión

Religión	Número	%
Católica	28	93.33333333
cristiana	2	6.66666667
total	30	100



Fuente. Resultados obtenidos de la investigación

Figura 6. Religión

La enfermedad es descrita e interpretada por cada paciente tal como la perciben de acuerdo a los valores y las creencias que posean. Todo ello determinado por su entorno cultural, social y religioso, lo cual en última instancia van a determinar el cuidado en situación de enfermedad crónica. Los participantes del estudio según el cuadro 6, en un 93.3% pertenecen a la religión católica que corresponde a 28 personas y un 6.6% pertenecen a la religión cristiana que corresponde a 2 personas.

Lo anterior muestra un marcado interés por la espiritualidad en este grupo de personas. La religión sea cual sea influye y ofrece una perspectiva única para cada individuo, la cual los acerca hacia Dios, la muerte y la cultura, para, de acuerdo con estas características homogéneas fortalecer las bases y el significado de cuidarse en situación crónica.

La espiritualidad proporcionada por la religión, es parte importante y motivadora de la experiencia de vivir y cuidarse en situación de enfermedad crónica, por cuanto brinda las herramientas para conocer la esencia del ser, lo cual le da un significado trascendental a la existencia de las personas, les permite crecer, conocer, y relacionarse con su yo interior, con otros, la comunidad, Dios y su medio ambiente, y según esto y el valor que le otorgue, adaptarse a su situación de enfermedad crónica haciendo que sea parte de su vida.⁶⁸

Los individuos de acuerdo a sus creencias reconocen las causas de su situación, y les da las soluciones, estas pueden ser dadas por lo aprendido en la comunidad

⁶⁸ Ibid., p 471.

o por voluntad de Dios. A Dios el individuo le da el calificativo de ser una guía, quien dirige controla y castiga la presencia o ausencia de males, los cuales aparecen cuando no lo tienen encuentra o lo recuerdan solo en momentos de enfermedad, pero la sola presencia de este ser supremo les da un estímulo para afrontar su situación y salir adelante. Por lo tanto la religión penetra en la vida de las personas para ayudarlas y orientarlas de acuerdo con su situación.⁶⁹

Autores como V. Parker, E. Murrow (1999), citados por Camargo Plazas, determinaron en un estudio realizado sobre bienestar espiritual en adultos mayores, que la espiritualidad es un componente esencial en cada individuo; por ello es uno de los aspectos más importante para tener en cuenta por el personal de salud. La espiritualidad está en el centro de la existencia humana, Afecta, conecta y trasciende todos los aspectos del ser, por medio de la oración se beneficia el ser humano porque, debido a las posibilidades ilimitadas del tiempo y el espacio, se unen la mente, y el alma en una sola, según mencionan estas autoras.⁷⁰

La religión le ayuda al enfermo crónico a afrontar y a enfrentar los eventos dolorosos o inesperados de la enfermedad; también le permite a la persona ser productiva y adaptarse al ambiente amenazante, es decir, la espiritualidad no sucumbe a los procesos de la edad, ni ante la presencia de la enfermedad.⁷¹

De acuerdo con los resultados del estudio se encuentra que la espiritualidad o la conexión con Dios es un componente esencial, que va más allá de la religión porque conecta y trasciende todos los aspectos del ser humano, es un mecanismo de afrontamiento que los pacientes con Hipertensión arterial, diabetes o las dos en riesgo de insuficiencia renal, utilizan para hacerle frente, aceptar e identificarse con la enfermedad y tomarla como una forma de vida más que un mundo de complicaciones.

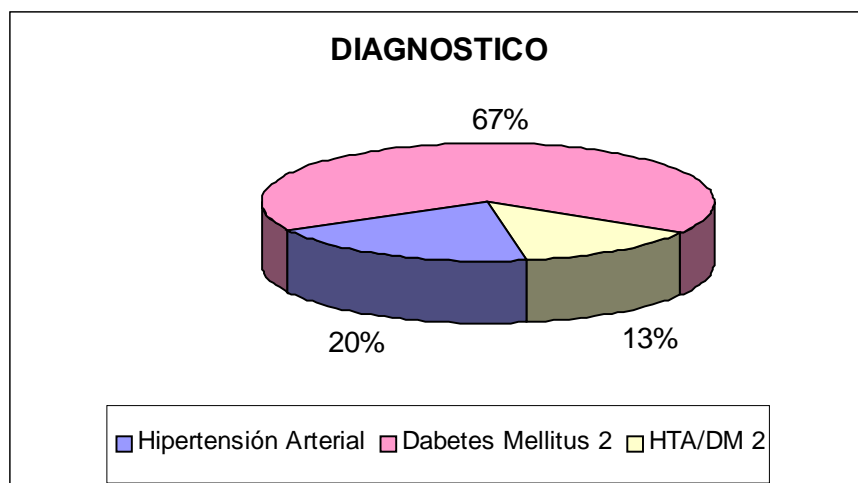
Cuadro 7. Diagnostico

Diagnostico	Número	%
Hipertensión Arterial	6	20
Diabetes Mellitus 2	20	66.6666667
HTA/DM 2	4	13.3333333
Total	30	100

⁶⁹ Ibid., p. 472.

⁷⁰ Ibid., p. 470.

⁷¹ Ibid., p 471.



Fuente. Resultados obtenidos de la investigación

Figura 7. Diagnostico

Existen varios factores involucrados en la aparición de la insuficiencia renal en este grupo de población como son las enfermedades de base como la hipertensión arterial y la diabetes tipo 2. El cuadro 7 muestra la distribución por enfermedad del grupo de estudio, siendo la de mayor prevalencia la Diabetes tipo 2 con un 66.6% que corresponde a 20 personas, le sigue la hipertensión arterial con 20% (6 personas) y por último se encontró un 13.3% de pacientes con hipertensión arterial y Diabetes tipo 2, que corresponden a 4 personas.

La hipertensión Arterial y la diabetes son enfermedades que aumentan con la edad, por lo general, su inicio tiene lugar entre los 30 y 55 años. Estas dos enfermedades, además se caracterizan por compartir varios factores involucrados en su génesis y ser enfermedades multifactoriales, entre los factores se encuentran los genéticos, los cuales desempeñan una función importante. Los factores ambientales, en donde su mayor riesgo está dado por el estilo de vida poco saludables, entre los que se encuentra el consumo de alcohol y cafeína, el tabaquismo, régimen alimenticios no adecuados, el sedentarismo, así como el nivel de estrés al que el paciente está sometido.

Particularmente en este grupo la enfermedad se hace presente en la etapa de adulto maduro o intermedio, con un promedio de 55.7 años (cuadro 8). En esta etapa de vida, el adulto maduro realiza un balance de su trayectoria y se encuentra de frente con las pérdidas de salud, los problemas que ha tenido que

enfrentar desde el inicio de la enfermedad hasta la actualidad, las recaídas y la exacerbación de síntomas, todas ellas producto de la enfermedad crónica, desencadenando en el individuo sentimientos de tristeza, melancolía, llanto, aislamiento, impotencia ante su situación y poco interés hacia las actividades sociales.

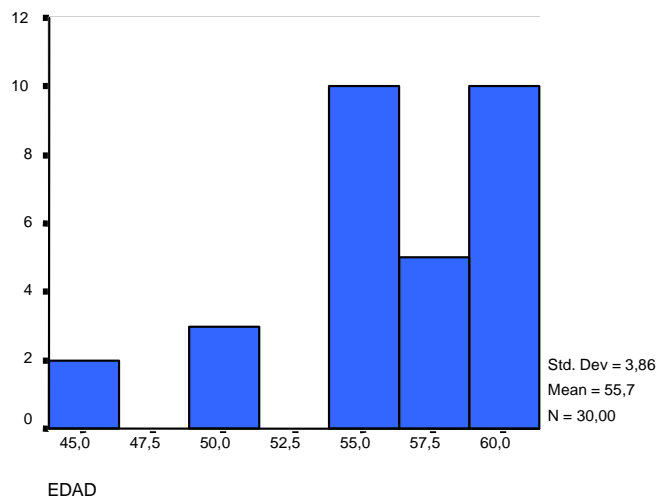
De igual manera los cambios en el estilo de vida que origina la enfermedad crónica, genera en el adulto intermedio la sensación de no tener el control, por la presencia del deterioro constante que ocurre día tras día sin tener como detenerlo y no le permite gozar y disfrutar de una buena vida. El soporte y la red social en estos momento juega un papel crucial, porque es a partir de ellos que el individuo y su familia hacen los cambios y ajustes necesarios y requeridos en la vida por la enfermedad, para finalmente identificarse, adaptarse y aceptar la hipertensión arterial y la diabetes con todas sus implicaciones. Obteniendo así la incorporación a la vida diaria.⁷²

Cuadro 8. Edad

	Número	Minima	Maxima	Media	Desviacion Estandar
EDAD	30	45,00	59,00	55,7000	3,86095

Histograma para Edad

⁷² Ibid., p. 460.



Fuente. Resultados obtenidos de la investigación

Figuras 9 .Edad

La edad promedio de este grupo de personas fue de 55.7 años, con una edad mínima de 45 años y una máxima de 59 años, como se observa en el cuadro 8, lo cual los ubica en la etapa de adulto intermedio o maduro.

ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DE NORBECK

Cuadro 9. Apoyo Emocional

Subescala	No. Individuos	Mínima	Maxima	Media	Desviación Estándar
Apoyo Emocional	30	2,00	4,00	3,0862	,47078

Para la medición de las dimensiones del soporte social se utilizó el cuestionario de apoyo social de Norbeck (NSSQ - 1995), el cual mide múltiples dimensiones del soporte social.

Las componentes que se miden son afecto, afirmación, ayuda y las pérdidas. La ayuda social provista se mide por medio de tres propiedades de la red de trabajo personal: el número de la red, duración de las relaciones y frecuencia del contacto.

El apoyo emocional ejerce una mayor influencia en la habilidad de los pacientes para afrontar la enfermedad crónica, amortigua el estrés de la misma. El soporte social toma muchas formas y puede proveer al individuo de amor, cuidado, afirmación, además de proveerle el conocimiento necesario para resolver muchos de los problemas generados por la enfermedad.

Como lo presenta el cuadro 9, el apoyo Emocional reporta un promedio de 3.0, una desviación estándar de 0.4, un mínimo de apoyo emocional de 2.0 y un máximo de 4.0; el cual lo ubica en el rango de bastante a mucho, lo que indica que los vínculos interpersonales que tiene este grupo de estudio, le provee asistencia emocional, afecto, comprensión, cariño, cuando el individuo lo necesite como en el caso de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2.

El apoyo emocional en este grupo de personas, es proporcionado en la mayoría de las veces por el cónyuge o compañero(a), hijos, miembros de la familia o parientes, amigos, vecinos y en pocos casos por profesionales de la salud. Los pacientes manifiestan que estas personas los hacen sentir querido, respetado y en mucha de las ocasiones los apoyan en sus acciones y pensamientos generando un ambiente de confianza mutua.

Cuadro 10. Apoyo Tangible

Subescala	No. Individuos	Mínima	Máxima	Media	Desviación Estándar
Apoyo Tangible	30	1,43	4,00	2,7347	,71013

En cuanto al apoyo tangible ver cuadro 10, se observa un promedio de 2.7 y una desviación estándar de 0.7, un mínimo de apoyo tangible de 1.4 y un máximo de 4.0; que la ubica en un rango de moderado a bastante, lo que indica que en un momento de exacerbación de la enfermedad, que requiera un aumento en los gastos por hospitalización, medicamentos, exámenes especializados etc. El individuo con hipertensión arterial y diabetes en riesgo de insuficiencia renal pueden contar con el apoyo financiero, emocional y de acompañamiento por parte de familiares y acudir a recursos externos como los amigos, vecinos y compañeros de trabajo. Esto minimiza la carga de estrés del paciente y su familia presentada en muchas de las situaciones por la carencia económica. Por el contrario la carencia de compañía, la falta de alguien a quien acudir en momentos importantes

de la enfermedad, de no contar con alguien que les ayude en la crisis o simplemente que este pendiente ante cualquier necesidad hace que el individuo no consiga las metas propuestas para el tratamiento de la hipertensión y la diabetes o concomitantemente.

El presentar una enfermedad crónica transforma la relación del individuo consigo mismo, con el entorno familiar y social, lo enfrenta a un mundo en medio de limitaciones, rutinas para controlar la enfermedad y cambios en el estilo de vida demandados por el tratamiento de la hipertensión arterial o la diabetes tipo 2. De la aceptación y el acoplamiento que haga el sujeto a estos cambios nace la relación con los demás, especialmente con su familia y las personas que satisfacen sus necesidades emanadas de su condición crónica.

Para los participantes en este estudio la relación con sus semejantes es compleja, el individuo siente en muchas ocasiones que es una carga para su familia, por los constantes cambios que debe hacer, por la presencia de formas agresivas de la enfermedad y por el hecho de que el tiempo pasa y no se presenta un alivio ha su situación, pero a pesar de esto, el individuo observa su futuro con esperanza y optimismo de poder realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente, igualmente manifiestan la importancia de la ayuda proporcionada por sus seres queridos y su red social, para tener el valor de salir adelante y aprender a reconocerse y aceptarse como son, haciendo que su enfermedad sea más llevadera y forme parte de su cotidianidad.

El apoyo tangible está rodeado de aspectos positivos y negativos, en un medio social determinado por la enfermedad crónica y que son propios y únicos para cada persona. Los aspectos positivos se refieren al fortalecimiento de los lazos con la red social y la satisfacción de las necesidades, generando sentimientos de amor, seguridad, y confort, y los aspectos negativos conduce a sentimientos de insatisfacción, frustración y soledad, cuando aun en presencia de otros no se suplen adecuadamente las necesidades. Es importante reiterar que este tipo de relaciones durante la enfermedad crónica se fortalecen o se deterioran de acuerdo a los antecedentes que traiga la persona de sus interacciones anteriores. Cada uno de estos aspectos están en continuo cambio, según como vaya presentándose la enfermedad crónica.⁷³

El individuo percibe el apoyo tangible que le ofrece la red social, especialmente el de su compañero(a) y el de su familia, a través de la ayuda y el cuidado que requiere debido a su situación. La ayuda para el grupo de personas del estudio es una actividad solidaria entre las personas que puede ser o no miembro de la familia y que se limita a cubrir necesidades de atención.

⁷³ Ibid., p. 454.

Arlene Miller (1995), citada por Camargo Plazas, afirma en su estudio sobre soporte social que la familia y los amigos son en muchas ocasiones excluidos del proceso de cuidado, el cual puede ayudar al individuo a adaptarse, afrontar, y fomentar el bienestar en los tratamientos, ayudando a minimizar los efectos de la enfermedad y autocuidarse.

En ESE Policarpa Salavarrieta Institución que garantiza una atención integral a sus usuarios hipertensos y diabéticos en riesgo de insuficiencia renal a través, de sus programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

El paciente hipertenso y diabético asiste a consulta de mantenimiento de la salud cada dos meses para la valoración de aspectos relacionados con el tratamiento y su estado de salud desencadenado por la enfermedad, además la entidad tiene como protocolo realizar anualmente a los pacientes de alto riesgo exámenes de laboratorio y pruebas diagnósticas para determinar la progresión de la enfermedad y detectar tempranamente el daño en órganos blancos.

El profesional de enfermería que labora en la institución se ha preocupado por elevar la calidad de vida de pacientes con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

Cuadro 11. Total Funcional

Subescala	No. Individuos	Mínima	Máxima	Media	Desviación Estándar
Total Función	30	1,71	4,00	2,9105	,54160

En cuanto a la variable de funcionalidad total del soporte social Cuadro 11. Conformada por el afecto, la afirmación y la ayuda, reportó un promedio de 2.9 con una desviación estándar 0.54, con un mínimo de 1.71 y un máximo de 4.00 que la ubica en un rango de moderado a bastante. Lo que indica que el apoyo social recibido por este grupo de personas es altamente positivo, porque al interactuar con otros surge en el paciente sentimientos positivos como el amor, el cuidado, la ayuda y la afirmación, los cuales le ayudan a afrontar la enfermedad crónica, además de proveerle seguridad y resguardo en circunstancias estresantes ocasionadas por la condición de salud y las alteraciones en las rutinas diarias producto de la enfermedad.

Cuadro 12. Fuente de Total Funcional.

Fuente	Número	Mínima	Máxima	Media	Desviación Estándar
esposo o compañero (a)	23	1,33	4,00	3,0725	,82393
Familiares	30	1,72	4,00	3,1460	,53390
Amigos	21	1,33	3,42	2,5044	,69708
Vecinos	12	1,50	3,67	2,4734	,70374
Profesionales de la salud	1	3,00	3,00	3,0000	,

El cuadro 12, muestra la fuente de afecto, afirmación y ayuda de los 30 participantes del estudio, situándose en primer lugar la familia o parientes con un mínimo de 1.72, un máximo de 4, en segundo lugar se encuentra el esposo o compañero con un mínimo de 1.33, un máximo de 3.42 y una desviación estándar 0.69, los amigos se encuentran en el tercer lugar con un mínimo de 1.33 y un máximo de 2.4 y una desviación estándar de 0.7 y por último se encuentra los vecinos con un mínimo de 1.5, un máximo de 3.6 y una desviación estándar de 0.7, lo que indica que la principal fuente de apoyo para los participantes del estudio proviene de miembros cercanos especialmente la familia, amigos y vecinos, los cuales le suministran dedicación, cuidado, comprensión, cariño y apoyo que requieren debido a su situación. De igual manera es importante resaltar que 99.6% de los participantes, que corresponde a 29 personas, no consideran al profesional de salud como fuente de apoyo o ayuda.

Cuadro13. Número de personas enlistadas

	No. Individuos	Mínima	Máxima	Media	Desviación Estándar
Número de personas listadas como red	30	4,00	24,00	12,0000	5,31751

La variable red total conformada por el número de personas en lista, duración de la relación, y frecuencia de contacto, según el cuadro 12. Se muestra de la siguiente manera el mayor número de red de trabajo personal enlistado por el

grupo del estudio corresponde a 24 personas y el menor a 4 miembros, con un promedio de 12 personas.

En este estudio se reafirma el papel crucial que tienen la familia en la satisfacción de las necesidades físicas y emocionales del paciente hipertenso y diabético en riesgo de insuficiencia renal para sobrellevar la enfermedad, adaptarse a la misma, realizar los ajustes en la vida según el tratamiento, anticiparse a las demandas, aversiones y crisis surgidas a causa de la enfermedad crónica.

La enfermedad crónica puede afectar de manera significativa las redes sociales y la calidad del soporte social normalmente recibido por una persona. En el caso particular el paciente hipertenso y diabético es muy dado a expresiones de enojo inesperado a causa de las demandas físicas impuestas por la enfermedad crónica, lo cual hace que la interacción social sea difícil y las redes sociales se aparten, puesto que las redes sociales son un sistema recíproco que hace que el individuo dé y reciba apoyo para prevenir sentimientos de dependencia y deuda.

Cuadro 14. Frecuencia y Duración de la relación.

Subescala	No. Individuos	Mínima	Máxima	Media	Desviación Estándar
Frecuencia de Contacto	30	2,67	5,00	4,4432	,62084
Duración de la relación	30	5,00	5,00	5,0000	,00000

La duración de la relación muestra un promedio de 5 y una desviación estándar de 0.0, con un mínimo de 5 y un máximo de 5, lo que indica que la relación del individuo participante de la investigación y los miembros enlistados en su red tienen 5 años y mas de conocerse, la frecuencia de contacto muestra un promedio de 4.4, una desviación estándar de 0.6, un mínimo de 2.67 y un máximo de 5 lo que refiere un contacto semanal, mostrando que este contacto en la mayoría de veces es personal.

La frecuencia de la interrelación y la intensidad de la relación. Muestran una estabilidad y un proceso dinámico de interacción del soporte de dar y recibir ayuda mutua y de utilización del soporte recibido en forma positiva durante el

proceso de la enfermedad, para la mayoría de los pacientes, estas son las formas con que cuenta para cumplir las expectativas de la vida y toma de decisiones respecto a su funcionalidad.

Cuadro 15. Perdidas recientes.

<i>Perdidas</i>	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulativo
No	22	73,3	73,3
Si	8	26,7	100,0
Total	30	100,0	

Cuadro 16. Total de perdidas

NUMERO DE PERSONAS PERDIDAS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
,00	22	76,7	76,7
1,00	7	20,0	96,7
3,00	1	3,3	100,0
Total	30	100,0	

Cuadro 17. Tipo de Perdida.

Fuente de la perdida	Número de personas perdidas	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Esposo o compañero(a)	1	10	10
familiares	5	50	60
amigos	2	20	80
vecinos	2	20	100
Total de personas pérdidas	10	100	

Cuadro 18. Apoyo proporcionado/Perdidas

No individuos	Mínima	Máxima	Media	Desviación Estándar
8	1,00	4,00	2,7500	1,03510

El nacimiento, las pérdidas y la muerte son acontecimientos universales, pero al mismo tiempo únicos, en la experiencia humana. La vida es una serie de pérdidas y de adquisiciones. En cuanto a este acontecimiento, como se observa en el cuadro 15, el 73.3% (22 personas) de la población de estudio, no presentan pérdidas recientes en sus relaciones, mientras que 8 participantes, el 26.7%; reportan pérdidas de seres queridos por motivo de muerte.

El cuadro 16, muestra la cantidad de personas perdidas por los ocho participantes que las informan, de los cuales siete reportan la pérdida de un ser importante en su relación, en tanto un participante reporta la muerte de tres seres queridos, en el último año. Las pérdidas referenciadas por los pacientes, como lo indica el cuadro 17, en su mayoría corresponden a familiares 50%, seguida en una misma proporción los amigos y vecinos un 20% y por último se encuentra la pérdida del esposo o compañero que corresponde a un 10%.

Las pérdidas reportadas por el adulto maduro en riesgo de insuficiencia renal, le representaban un soporte o apoyo Social de 2.7, con una desviación estándar de 1.03, un mínimo de 1 y un máximo de 4 que lo ubica en un rango de moderado a bastante, lo que significa que estos seres queridos perdidos, le proporcionaban al paciente apoyo emocional y tangible. Por tanto estas pérdidas suponen una amenaza para el estilo de vida, la estabilidad emocional y psicológica del individuo.

CONCLUSIONES

- ❖ El análisis descriptivo, utilizado en este trabajo permitió hacer la caracterización del apoyo y red social en 30 pacientes usuarios de la ESE Policarpa Salavarrieta CAA Sogamoso, que padecen cualquiera de las siguientes enfermedades o las dos a la vez: hipertensión arterial o diabetes tipo 2 y se hallen en riesgo de insuficiencia renal estadio 1 y 2, según la fórmula de Cockcroft-Gault. El 36.6% de las personas pertenecen al género masculino y el 63.3% al femenino con edades entre 45 y 59 años y un promedio de 55.7 años. La mayoría 83.3% son casados se sigue en menor proporción quienes están separados 3.3%, solteros y viudos 6.6%. El nivel educativo de mayor porcentaje corresponde a bachillerato completo con un 33.3%, el 30% posee primaria incompleta, 26.6% con primaria completa y el 10% tiene bachillerato incompleto. En cuanto a la ocupación, el 46.6% se dedican a la realización de actividades propias del hogar, son amas de casa, le sigue en una misma proporción los trabajadores dependientes y los pensionados en 26.6%. La gran mayoría de los participantes del estudio, el 70% poseen un estrato social nivel dos y el 16.6% nivel 3, 10% pertenecen al nivel 1 y 3.3% al nivel 4. A pesar de su condiciones socioeconómica los pacientes tiene a su favor el estar afiliados a la ESE Policarpa Salavarrieta CAA Sogamoso, entidad que tiene entre sus programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la de mantenimiento de la salud, en la cual los usuarios con enfermedad crónica son valorados cada dos meses para identificar posibles complicaciones generadas por la enfermedad. De igual manera el equipo de salud y en especial el profesional de enfermería realizan actividades e intervenciones enfocadas a este grupo de población.
- ❖ El 100% de la población integrante del estudio habita en el área Urbana, lo cual les genera facilidades para acudir al servicio médico en caso de presentar alguna exacerbación de la enfermedad y requiera tratamiento médico urgente.
- ❖ Los participantes del estudio ven en la espiritualidad proporcionada por la religión como parte fundamental para afrontar y enfrentar la crisis circunstanciales producto de la enfermedad crónica. La religión permite determinar las bases del cuidado de la salud. El 93.3% de los pacientes profesan la religión Católica y el 6.6% a la religión cristiana.
- ❖ La muestra del estudio según la variable diagnóstico esta representa en un 66.6% por pacientes con Diabetes mellitus tipo 2, el 20% con Hipertensión arterial y un 13.3% concomitantemente. enfermedades que generaran en el adulto maduro o intermedio, transformaciones en sus relaciones sociales, personales y familiares a causa de los cambios que deben asumir por su

situación crónica.

- ❖ El apoyo emocional (sentirse querido, valorado y estimado por otro) para los participantes en la muestra de estudio es más importante, ya que se ubica en un rango de bastante a mucho. En comparación con el apoyo tangible, el cual se ubica en el rango de moderado a bastante, lo que indica que a pesar de tener fuerte apoyo emocional, el apoyo económico es moderado por las condiciones económicas actuales de sus familiares y amigos más cercanos que hacen parte de su red de apoyo.
- ❖ en cuanto a la dimensión red total se observa que el promedio de personas en listadas por los paciente es de 12, la frecuencia de contacto tiene un promedio de 4.4 que indica que los encuentros para la mayoría son semanales a diarios y la duración de la relación reporto un promedio de 5.0 lo cual indican que tienen el rango máximo de 5 años y mas. analizando cada una de estas variables se confirma la frecuencia de contacto y la duración de la relación lo que significa que el adulto maduro cuenta con una red no muy grande de familiares, amigos, vecinos pero son el apoyo permanente e incondicional en los momentos más difíciles por los que atraviesa el enfermo crónico. el contacto es personal, frecuente y duradero con los grupos de apoyo lo que les permite a los pacientes un proceso de interacción estable y dinámica que les provee seguridad para cumplir regímenes de tratamiento y expectativas de la vida.
- ❖ En cuanto a la dimensión de funcionalidad total del soporte social conformada por el afecto, la afirmación y la ayuda reporto un promedio de 2.9 con una desviación estándar de 0.54, con un mínimo de 1.71 y un máximo de 4.00 que la ubica en un rango de moderado a bastante. Lo que indica que el apoyo social recibido por este grupo de personas es altamente positivo, provee seguridad y resguardo, elementos importantes para el manejo del proceso salud enfermedad. este fuerte sistema de apoyo protege las personas de los problemas y el estrés dentro de la experiencia de vida. y permite que los adultos maduros con hipertensión o diabetes en riesgo de insuficiencia renal se sientan cuidados, amados, valorados, estimados y motivados para seguir adelante con la experiencia de cronicidad.
- ❖ El soporte y la red social que se evidencia en la población de estudio es aportado en su mayoría por los familiares en un segundo lugar el compañero (a), seguido por los amigos, vecinos y en último lugar los profesionales de la salud, quienes al parecer no representan para los pacientes un apoyo social.
- ❖ Conocer el soporte y la red social con que cuentan las personas con Hipertensión arterial y Diabetes mellitus tipo 2 en riesgo de insuficiencia renal

trae consigo el entendimiento y el fortalecimiento de cómo una situación en particular afecta de forma radical la vida del individuo y su familia y a su vez le proporciona el amor, el afecto, la afirmación y la ayuda para salir adelante. Esta experiencia única permite al profesional de enfermería reconocer y fortalecer el soporte y la red social y dar las herramientas y los medios para desarrollar el cuidado como un acto individual, una experiencia mutua que permite el crecimiento y la interrelación con el enriquecimiento no sólo del individuo y su familia, sino también el del profesional de enfermería.

- ❖ Este estudio permite conocer como el apoyo y la red social en situación de enfermedad crónica fortalece la interrelación del paciente, su familia y el profesional de enfermería, debido a que ofrece espacios para el crecimiento mutuo y se genera la posibilidad de conocer las perspectivas, experiencias y necesidades de cada uno para participar activamente en el cuidado.
- ❖ Este estudio descriptivo le aporta al conocimiento de enfermería una visión para identificar cómo es la estructura y funcionalidad del soporte y la red social en el adulto maduro en situación de enfermedad crónica y de esta forma entrar a conocer e interpretar dentro de esta realidad, aspectos importantes en el cuidado del individuo.
- ❖ El apoyo social es indispensable para obtener cambios en los pacientes, para transformar hábitos no saludables en hábitos saludables y adoptar un estilo de vida que logre disminuir factores de riesgo para la insuficiencia renal. Puede contribuir a las instituciones para emprender acciones que controlen y disminuyan el riesgo de insuficiencia renal en la población con hipertensión arterial y diabetes tipo 2 con la participación de los profesionales de la salud y las familias.
- ❖ El 26.7% (8 personas) de los participantes del estudio presentaron pérdidas de personas queridas, mientras que el 73.3% no reportó ninguna pérdida, corresponde a 22 personas. El tipo de pérdidas reportadas por los pacientes del estudio, las cuales en un 50% son ocasionadas por la muerte de familiares, un 20% por la de amigos, en 20% por la de vecinos y un 10% por el compañero(a). La pérdida de un ser querido representaban y llevaba implícito en el individuo muchas necesidades, incluidas la necesidad de ayuda, de apoyo, y la de expresión de emociones. El impacto de la muerte de un cónyuge habitualmente es mayor que la muerte de cualquier otro familiar, por sus repercusiones sobre el estilo de vida. El conocimiento de los conceptos de pérdidas y del proceso de duelo permite al profesional de enfermería utilizar actuaciones creativas que promueven la salud, evitando enfermedades y apoyar al paciente y a su familia.

- ❖ El profesional de Enfermería ejerce influencia directa en la forma como el paciente enfrenta su crisis circunstancial ocasionada por la enfermedad crónica, debido a que ellos (as) están en contacto permanente con el individuo y su familia desde el mismo momento en que es diagnosticada la existencia de la enfermedad crónica. En tales circunstancias de dolor y sufrimiento, el profesional de enfermería tiene una posición privilegiada, brindar apoyo emocional, moral y espiritual al paciente y su familia, sin embargo el paciente no lo identifica como una fuente de apoyo importante según respuestas del estudio.

RECOMENDACIONES

Adaptar la pregunta número cinco del cuestionario de soporte social de Norbeck a un lenguaje en términos comprensibles y sencillos para los próximos estudios y de esta manera eliminar dudas que puedan generar en la inadecuada comprensión de la pregunta y dificulten el diligenciamiento de dicho instrumento.

Asegurar una correcta traducción del instrumento de Norbeck de inglés a español, pues una traducción literal ocasiona inconsistencia en los resultados y análisis de las variables.

Persistir en la búsqueda de bibliografía que amplíe los conocimientos y conceptos acerca del efecto que tiene el soporte y la red social sobre el proceso salud- enfermedad.

A partir de la realización de este proyecto surjan estrategias de intervención enfocadas a la prevención y el manejo de situaciones estresantes y al fortalecimiento de grupos de apoyo para garantizar el cuidado del paciente y su familia.

Que se involucre directamente a la familia del paciente en el proceso del cuidado, ya que sin la ayuda y apoyo de ellos el proceso de cambio de hábitos y estilos de vida para adaptarse a aprender a vivir con una enfermedad es más complejo y dificulta el cumplimiento de la meta de mejorar la calidad de vida del paciente.

Se recomienda continuar con la utilización de instrumentos realizados por profesionales de enfermería, probados que aseguren validez y confiabilidad a fin de crear conocimiento que fortalezca el verdadero que hacer del profesional de enfermería que es el cuidado.

La ESE Policarpa Salavarrieta CAA Sogamoso que presta sus servicios de manera integral a los pacientes con enfermedad crónica, y se preocupa por el desarrollo científico permitiendo la realización de este trabajo de investigación a fin de mejorar la calidad de sus servicios; por lo anterior se recomienda que la institución asigne dentro del equipo de salud un profesional que lidere programas donde se le haga un seguimiento integral a los pacientes que viven una situación de enfermedad crónica para controlar procesos estresantes de el paciente y su familia evitando que estos repercutan en la salud, haciendo uso de los resultados de este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Abaunza M, Acosta S, Alzate MI, Amaya P, Barbosa G, Barrera L, et al. La investigación y el cuidado en América Latina. En Pinto A.N, compiladora. Comprender la situación de cronicidad que viven nuestros pacientes. Bogota: editorial Unibiblios; 2005. p. 307.
- ² Brunner y Suddarth. Enfermería medicoquirúrgica. México: editorial McGraw-Hill; 1998. p. 325.
- ³ Chicaiza Liliana. Fallas del mercado de la salud en Colombia: El caso de la insuficiencia renal crónica. Economía Institucional [seriada en línea]¹ 2006; 12(7):[20 paginas] [fecha de acceso 10n de oct 2006]. Disponible en URL: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index1.htm.
- ⁴ Abaunza M, Acosta S, Alzate MI, Amaya P, Barbosa G, Barrera L, et al. La investigación y el cuidado en América Latina. En: Pinto Natividad, Compiladora, Op. Cit., p. 308- 309.
- ⁵ Ibid., p 1.
- ⁶ Arrivilaga M, Cáceres D, Correa D, Holguín L.E, Varela MT. ¿Puede una intervención biopsicosocial reducir los niveles de presión arterial?. Med UNAB. 1 de Abr 2006; 9(1): 20-22.
- ⁷ Ibid., p 21.
- ⁸ Ley 412. guía de atención de la diabetes tipo II; 2000. p. 3.
- ⁹ Ibid., p 3.
- ¹⁰ Pinzón ML. Soporte social y afrontamiento a la enfermedad en adultos jóvenes sometidos a diálisis peritoneal ambulatoria. [Tesis de Maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2000. p 68-78.
- ¹¹ Abaunza M, Acosta S, Alzate MI , Amaya P, Barbosa G, Barrera L, et al. La investigación y el cuidado en América Latina. En: Barrera Ortiz L, Compiladora. Investigar en el cuidado de cuidador de personas que viven en situación de enfermedad crónica. Bogota: editorial unibiblios; 2005. p 272.

- ¹² Arrivilaga M, Cáceres D, Correa D, Holguín L.E, Varela MT. Op cit., 21.
- ¹³ Pinto Afanador, Op. cit., p. 319.
- ¹⁴ Abaunza M, Acosta S, Alzate MI , Amaya P, Barbosa G, Barrera L, et al. La investigación y el cuidado en América Latina. En: Díaz L.P, Compiladora. Soporte social en situación de enfermedad crónica. Bogotá: editorial unibiblios; 2005. p 326-327.
- ¹⁵ Muñoz L. Cuidado y práctica de Enfermería. Bogotá: Editorial Unibiblos; 2000. p 99.
- ¹⁶ Turner-Henson. RN,DSN, Holaday, Banier. Experiencias de la vida diaria para los crónicamente enfermos: una perspectiva de ciclo de vida. Profesoras Escuela de Enfermería Universidad de la Alabama y Universidad de Vanderbilt. 1994. p.2.
- ¹⁷ Ministerio de Salud. Interacción humana, integralidad y ciclos vitales. Enfoque integral del adulto joven y del adulto medio maduro.2000.
- ¹⁸ Vidaver Virginia. Concepts in chronic illness and Home Care. Measurement of nursing outcomes. Vol. Tour publishing company. New Cork, 1990. Traducido y adaptado por Natividad pinto Afanador. Profesora asistente Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia.p.2.
- ¹⁹ Ibid., p 5.
- ²⁰ Ibid., p 4.
- ²¹ Bruner y Suddart. Enfermería Medicoquirúrgica. 8 ed. Vol. 1. México: MacDraw-Hill, 1998. p. 327.
- ²² Ibid., p 328- 329.
- ²³ Abaunza M, Acosta s, Albis T, Barrera L, Duran MM, Galvis CR, et al. El arte y la ciencia del cuidado. Bogota: editorial uinibiblios; 2002. p 247.
- ²⁴ Ibid., p 248.
- ²⁵ Ibid.,p 49.
- ²⁶ Pinzón Rocha ML, op. Cit., p 48.
- ²⁷ Ibid., p 51.

- ²⁸ Ibid., p 52.
- ²⁹ Abaunza de González M, Acosta S, Álzate Posada ML, Amaya P, Barbosa G, Barrera L, et al. La investigación y el cuidado en América Latina. En: Natividad Pinto A, compiladora. Comprender la situación de cronicidad que viven nuestros pacientes, Bogotá: editorial unibiblios; 2005. p 311.
- ³⁰ Ibid., p 312.
- ³¹ Lawrence M, Tierney JR, Stephen J. Diagnostico clínico y tratamiento. México D.F: Editorial manual moderno; 2005. p 420.
- ³² Ibid., p 421.
- ³³ Ibid., p 421.
- ³⁴ Ibid., p 422.
- ³⁵ Instituto Seguro Social (ISS). Lineamientos de promoción y mantenimiento de la salud. Op. Cit., p 16.
- ³⁶ Ibid., p 17.
- ³⁷ Grupo de cuidado Universidad de Colombia, Op. Cit., p101.
- ³⁸ Ibid., p 103.
- ³⁹ Ibid.,p 103.
- ⁴⁰ Ibid.,p 104.
- ⁴¹ Pinzon ML .Soporte social y afrontamiento a la enfermedad en adultos jóvenes sometidos a diálisis peritoneal ambulatoria [tesis maestría]. Bogota: Universidad Nacional de Colombia; 2001.
- ⁴² Ibid., p 78.
- ⁴³ Ibid., p 79.
- ⁴⁴ Norbeck.Op.cit.,p 5-6.
- ⁴⁵ Norbeck JS. Apoyo social. Material traducido por Rincón Adela Universidad Nacional de Colombia. 2001. p 3.

- ⁴⁶ Grupo de Cuidado Universidad Nacional de Colombia, Op.cit.,p 99.
- 47 Ibid.,p 100.
- 48 Ibid.,p 100-101.
- 49 Norbeck , Op cit., p 3.
- 50 Kaplan BC. El apoyo social y la salud. Traducción realizada como referencia de la investigación: factores que afectan las prácticas de autocuidado de la salud de la mujer. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. p 3-4.
- 51 Abaunza M, Acosta S, Alzate MI, Amaya P, Barbosa G, Barrera L, et al. En: Díaz LP, Compiladora. Op. Cit., p. 325.
- 52 Abaunza M, Acosta S, Alzate MI, Amaya P, Barbosa G, Barrera L, et al. En: Camacho Plazas M, Compiladora. Op. Cit., p. 454.
- 53 Ibid., p 4.
- 54 Brunner y Suddarth. Op. Cit. P. 326.
- 55 Abaunza M, Acosta S, Alzate MI, Amaya P, Barbosa G, Barrera L, et al. En: Díaz LP, Compiladora. Op. Cit., p. 326.
- 56 Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. México: Editorial Mc Graw Hill – Interamericana; 2000. p 194-95.
- 57 Hernández R, Fernández C, Bautista P. Metodología de la investigación. México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana .; 2000. p 60.
- 58 Norbeck , Op cit., p 7.
- 59 Nobeck JS El desarrollo de un instrumento para medir el soporte social..Nusing research; 30(5).1995.Material traducido como referencia para la investigación: factores que afectan las practicas de autocuidado de la salud de la mujer Facultad de Enfermería. Universidad Nacional DE Colombia. p 5-8.
- 60 Abauza M, Acosta S, Alzate MI, Amaya P, Barbosa G, Barrera L, et al. . En: Diaz L.P, Compiladora. Op. Cit., p 326-327.
- 61 Abaunza M, Acosta S, Alzate MI, Amaya P, Barbosa G, Barrera L, et al. Op. Cit., p. 156.
- 62 Ibid., p 471.

63 Ibid., p. 472.

⁶⁴ Ibid., p. 470.

65 Ibid., p. 471.

66 Ibid., p. 460.

67 Ibid., p. 454.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Barrera, Lucy; Pinto, Natividad y Sánchez, Beatriz. Cuidado del paciente crónico. Facultad de enfermería, programa de maestría en enfermería. Área de énfasis II. Universidad Nacional de Colombia. 1999.
- Bruner y Suddart. Enfermería Medicoquirúrgica. 8ed. Vol. 1. Mexico: McGraw-Hill, 1998.
- Boletín Censo General Perfil Sogamoso- Boyacá. Dane 2005.
- Claudia Chavarro Montaña- Nelcy Rocío Gamba .Cuidado de la persona con hemodiálisis dentro del contexto familiar.[trabajo de diploma]. Ciudad Tunja-Boyacá: Escuela de Enfermería .Universidad Pedagógica y Tecnológica De Colombia; 2002.
- Consejo Internacional De Enfermeras, *Código de Ética de Enfermería*, 2000.
- Gispert Carlos, Vidal José A. Diccionario De Medicina. Barcelona-España: Editorial Océano /Mosby; 1998.
- Grupo de Cuidado de la universidad nacional de Colombia. La Investigación Y el cuidado En América Latina. Bogota-Colombia: Editorial Unibiblios UNAL; agosto 2005.
- Grupo de cuidado de la universidad nacional de Colombia. Dimensiones Del Cuidado. Bogota-Colombia: Editorial Unibiblios de UNAL; 1998.
- Hernández, R, Fernández, C, Baptista, P. Metodología de la investigación. Mc Graw Hill - Interamericana Editores. México. 2000. Pág. 60.
- Norbeck, Jane. Nursing research. Vol.30 No.5.1981. Material traducido por la Universidad Nacional de Colombia.
- Norbeck, Jone, Lindsey, Adan y Carrieri, Virginia L. Posteriores desarrollos del cuestionario de ayuda social de Norbeck. Datos normativos y validez de la prueba. Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia.
- Lawrence M, Tierney JR, Stephen J. Diagnostico clínico y tratamiento. México D.F: Editorial manual moderno; 2005. p 420.

- Ley 911 del 2004. Código deontológico para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia. Título I. Principios y valores Éticos del acto de cuidado de enfermería.
- Pinzón R, María L 2001. Soporte social y afrontamiento a la enfermedad en adultos jóvenes sometidos a diálisis peritoneal ambulatoria. (Tesis de Maestría). Ciudad Bogotá-Colombia: Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia; 2001
- Polit, D, Hungler, B. Investigación científica en ciencias de la salud. México: Mc Graw Hill - Interamericana Editores. México. 2000. Pág. 194-195.