

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



Trabajo de Suficiencia Profesional

Calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de un Hospital
Nacional de Lima Metropolitana, 2017

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Trabajo Social

Presentado por:

Autor: Bachiller Beatriz Huamán De La Cruz

Lima – Perú

2018

DEDICATORIA

A Dios por brindarme fortaleza e iluminar mi mente para continuar con mis objetivos trazados, a mi madre, hermanos y todo personal que me han apoyado durante el proceso de investigación. A mis asesores, el magister Fernando Ramos y la profesora Gladys Ruiz por todas los alcances y conocimientos brindados que han permitido la elaboración final de la tesis de investigación

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Inca Garcilaso de la Vega por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional en Trabajo Social.

A los profesores que formaron parte del seguimiento del presente trabajo, su esfuerzo y dedicación, y constantes apoyos e indicaciones que han permitido finalizar y culminar con éxito dicho estudio.

Finalizo, agradeciendo el inmenso apoyo y permiso de poder realizar y conseguir información requerida al Hospital Nacional Dos de Mayo.

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento de las normas de la Facultad de Psicología y Trabajo Social de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según la Directiva N°003-FPs y TS.-2016.

Expongo ante ustedes mi investigación titulada “Calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana” bajo la modalidad de TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL para obtener el título profesional de licenciatura.

Por lo expuesto, señores miembros del jurado la investigación presente queda a su criterio de evaluación y espero merecer su aprobación.

Atentamente,

Beatriz Huamán De La Cruz

ÍNDICE

Dedicatoria.....	II
Agradecimientos.....	III
Presentación.....	IV
Índice	V
Índice de Tablas	VIII
Índice de Figuras	IX
Resume	X
Abstract	XI
Introducción.....	XII
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	13
1.2 Formulación del problema	18
1.2.1 Problema Principal.....	18
1.2.2 Problemas Secundarios	18
1.3 Objetivos	18
1.3.1 Objetivo General	18
1.3.2 Objetivos Específicos.....	19
1.4 Justificación e Importancia de la Investigación.....	19
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	222
2.1 Antecedentes de investigación.....	222
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	222
2.1.2 Antecedentes Nacionales	233
2.2 Bases teóricas.....	266
2.2.1 Calidad de vida	266
2.3 Definiciones conceptuales.....	30

CAPÍTULO III: METODOLOGIA	33
3.1 Tipo y diseño utilizado	33
3.2 Población y muestra	33
3.3 Identificación de la variable y su operacionalización	36
3.4 Técnicas e instrumentos de Evaluación y Diagnóstico.....	4040
CAPÍTULO IV: PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	444
4.1 Procesamiento de los resultados	444
4.2 Presentación de los resultados	455
4.2.1 Propiedades estadísticas de la variable Calidad de Vida y sus Dimensiones.....	455
4.2.2 Objetivo General	4747
4.2.3 Objetivo Específico 1	4848
4.2.4 Objetivo Específico 2	49
4.2.5 Objetivo Específico 3	49
4.2.6 Objetivo Específico 4	50
4.2.7 Objetivo Específico 5	51
4.3 Análisis y discusión de los resultados	52
4.4 Conclusiones.....	57
4.5. Recomendaciones.....	58
CAPITULO V: INTERVENCIÓN	59
5.1. Denominación del Programa.....	59
5.2 Justificación del Programa	59
5.3 Sector al que se dirige.....	60
5.4 Objetivos de la Intervención	60
5.5 Metodología de la intervención.....	61
5.6 Instrumentos o materiales	65
5.7 Cronograma	65

Referencias	68
ANEXOS	71
ANEXO N°1. Matriz de Consistencia.....	72
ANEXO N°2 Instrumento de evaluación	74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de frecuencia de los pacientes según su Sexo	34
Tabla 2. Distribución de frecuencia de los pacientes según su Edad	34
Tabla 3. Distribución de frecuencia de los pacientes según su Grado de Instrucción	34
Tabla 4. Distribución de frecuencia de los pacientes según su Estado Civil	35
Tabla 5. Distribución de frecuencia de los pacientes según su Lugar de Procedencia	35
Tabla 6 Operacionalización de las dimensiones e indicadores de la variable calidad de vida	36
Tabla 7 Categorización dimensional de la variable calidad de vida	43
Tabla 8. Medidas estadísticas descriptivas de la variable de investigación Calidad de Vida	45
Tabla 9. Medidas estadísticas descriptivas de los factores pertenecientes a la Calidad de Vida	46

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Porcentajes de los resultados categóricos de la variable Calidad de vida	47
Figura 2. Porcentajes de los resultados categóricos de la variable Bienestar Físico.	48
Figura 3. Porcentajes de los resultados categóricos de la variable Bienestar Emocional.	49
Figura 4. Porcentajes de los resultados categóricos de la variable Relaciones Interpersonales.	49
Figura 5. Porcentajes de los resultados categóricos de la variable Desarrollo Personal.	52
Figura 6. Porcentajes de los resultados categóricos de la variable Bienestar Material.	51

RESUMEN

La presente investigación estableció como objetivo analizar, explorar y describir la calidad de vida de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana. La investigación adopta la forma de un diseño no experimental – descriptivo dado que solo se han registrado de forma objetiva e individual datos en el contexto de estudio. El grupo de estudio estuvo agrupado por 65 pacientes que en la actualidad acudían a sus respectivas intervenciones dialíticas. El instrumento de evaluación utilizada fue construido con ítems de acuerdo 5 dimensiones seleccionados bajo marco teórico. Los resultados señalaron que un porcentaje de 26 % de los pacientes señalaron como desfavorable su salud general. En relación con las dimensiones, los pacientes señalaron como favorable la salud a nivel física, y señalaron como desfavorable su salud a nivel emocional, en la estabilidad de sus relaciones interpersonales, en el grado de metas y desarrollo personal y el estado actual de su bienestar material.

Palabras Claves: *Hemodiálisis, calidad de vida, bienestar físico, bienestar emocional, relaciones interpersonales, desarrollo personal, bienestar material*

ABSTRACT

The objective of this research was to analyze, explore and describe the quality of life of patients undergoing hemodialysis treatment at a National Hospital in Metropolitan Lima. The research takes the form of a non-experimental-descriptive design given that only data in the study context have been recorded objectively and individually. The study group was grouped by 65 patients who currently attended their respective dialysis interventions. The evaluation instrument used was constructed with items according to 5 selected dimensions under the theoretical framework. The results indicated that a percentage of 26% of the patients indicated their general health as unfavorable. In relation to the dimensions, the patients indicated as favorable the health at the physical level, and they indicated as unfavorable their health at an emotional level, in the stability of their interpersonal relationships, in the degree of goals and personal development and the current state of their well-being material.

Key words: *Hemodialysis, quality of life, physical well-being, emotional well-being, interpersonal relationships, personal development, material well-being*

INTRODUCCIÓN

El tema de trabajo presente revisará a la variable calidad de vida y su índice descriptivo en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana, para lo cual se ha considerado los aspectos de bienestar físico, de bienestar emocional, de relaciones personales, de desarrollo personal y de bienestar material como factores de la calidad de vida.

La enfermedad renal de tipo crónica es una de las dificultades que posee mayor tasa de pacientes en el país, y quienes se ve en la obligación de asistir a sesiones interdiarias de hemodiálisis, dicho procedimiento incide y altera las actividades diarias que la persona solía realizar con normalidad, iniciando su adaptación con una enfermedad incurable y de tratamiento doloroso, junto a una gama de riesgos, que van desde las infecciones, problemas personales y familiares, limitaciones, discriminación, desocupación, falta de recursos económicos, ausencia de soporte familiar, separaciones, entre otros que afectarán directa o indirectamente su calidad de vida.

El diseño de investigación fue de tipo descriptivo, y se recopiló información mediante un cuestionario aplicado en forma de entrevista, asimismo, las metas y objetivos fueron establecer y describir los niveles o estados de la variable calidad de vida en los pacientes bajo tratamiento de hemodiálisis.

No solo se analizaron los resultados, sino también, se incluyó una propuesta interventiva de seis sesiones y cuya base de acción serían los familiares o personas allegadas a ellos que velan por su bienestar.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La enfermedad renal crónica (ERC) es una de las dificultades a nivel de la salud pública con mayor incidencia en pacientes, la insuficiencia renal crónica terminal, conlleva al paciente a la necesidad de un tratamiento dialítico o a la espera de un trasplante renal; el número de casos detectados ha ido aumentando en los últimos años, dado que alrededor del 10% de la población actual padece de esta enfermedad, tanto que la prevalencia de la ERC ha alcanzado incidencias en personas mayores de 20 años hasta en un 17%. Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (2015) instauraron y sensibilizaron a la prevención de la enfermedad, y la necesidad de un mejor acceso al tratamiento, con el objetivo de seguir promoviendo estrategias que minimicen la brecha que aísla a los pacientes de adecuadas formas de intervención.

La Sociedad de Nefrología de Perú a cargo de Loza y Ramos (2015), realizó un análisis situacional de la enfermedad renal, siendo para el año 2012, una de las diez primeras causas de muerte con una mortalidad del 3.3%. Desde 1992, las causas que rodean a este mal han variado, siendo las principales la diabetes mellitus, hipertensión arterial y la glomerulonefritis. Los adultos mayores son el grupo etario más afectado, reportándose un total de 87083 casos por problemas renales a través de la consulta externa hasta el año 2011. Por otro lado, la hemodiálisis ha sido una de las intervenciones más utilizadas con una tasa de 363 pacientes, seguida de la diálisis peritoneal (DP) con 51 pacientes y posteriormente el trasplante renal con cuatro pacientes. Dichas estadísticas muestran la cantidad de personas que luchan con la enfermedad, podemos observar que la ERC no diferencia edad, situación económica ni composición familiar, es por ello por lo que la base del estudio radica en poder aportar a través de datos estadísticos, los niveles de calidad de vida y que

dimensiones forman parte de este constructo en el contexto evaluado y de qué manera se puede trabajar para empezar a tomar conciencia tanto de los pacientes como del servicio delegado.

El Ministerio de Salud (2014), mediante un boletín epidemiológico, diferenció diversos factores relacionados a la mortalidad de la enfermedad renal crónica, como son: altos costos en el tratamiento, elevada frecuencia de complicaciones y alto riesgo de enfermedad cardiovascular. Estos componentes remarcan la importancia de tener a la enfermedad renal como foco de atención para las direcciones de salud de cada gobierno, ya sea en países desarrollados o en desarrollo.

Nuestro país no está libre de este alarmante problema de salud mundial, asimismo no hay investigaciones de prevalencia nacionales que hayan concluido con exactitud el porcentaje de prevalencia de la enfermedad, teniendo en nuestro país diversos puntos vulnerables y que demandan con urgencia servicios de atención sanitaria.

Las estimaciones dadas en el año 2013, considerando a la población cubierta por el Seguro Integral de Salud (SIS) del MINSA, expresa que existirían alrededor de 9490 pacientes con enfermedad renal crónica en estadio 5 en espera de un reemplazo renal, y 7990 pacientes que no tendrían accesibilidad a algún tipo de intervención. Analizando el contexto en el que se encuentra el tratamiento de enfermedades crónicas, se ve la necesidad de implementar políticas de salud que permitan el manejo de la enfermedad con estrategias preventivas y de rehabilitación íntegros, así como sensibilizar a los profesionales, familiares y personas que posean factores de riesgo”.

El conocimiento adecuado y el establecimiento de medidas en estas fases, por parte del médico de atención primaria, deben ceñirse como base a la elaboración de estrategias y políticas en relación con la salud renal necesarias para el país. Dada la extensión del problema; el Ministerio de Salud ha ido estableciendo procedimientos iniciales para efectuar un diagnóstico situacional del problema a través de la Dirección General de

Epidemiología (DGE), como a través del Seguro de Salud Integral otorgando accesibilidad atencional personas de bajos recursos. Estas medidas iniciales de seguro tendrán gran impacto en la salud renal y cuya meta final es el de mejorar la salud de la población peruana con equidad y eficiencia.

Pasando a estadísticas internacionales, en España, el Servicio de Nefrología del Hospital Universitario de Marqués a cargo de Martín, Piñera, Gago, Ruiz, Robledo y Arias (2009), realizó un estudio en la población de Valdecilla, identificando que la media de edad de los pacientes era de 65 años, siendo los diabéticos, hipertensos o personas con enfermedad cardiovascular con mayor riesgo. Dichos números se asemejan a los nacionales, la población adulta mayor es la más afectada y en donde la composición familiar es clave para la adaptación y pronóstico favorables.

El Ministerio de Sanidad de los Servicios Sociales del Gobierno de España (2015) señaló que el panorama actual que la incidencia de cuadros de enfermedad renal es de cuatro millones de personas en España, unas 6000 personas con insuficiencia renal progresan hasta la necesidad de seguir uno de los tres tipos de tratamiento sustitutivo renal, recurriendo al tratamiento de hemodiálisis, trasplante renal o diálisis peritoneal. La progresión de las causas y agentes de riesgo van en aumento con el envejecimiento, así como con otros congénitos y de tipo crónico como la diabetes.

En México, la revista diálisis y trasplante a cargo de Méndez-Durán, Méndez, Tapia, Muñoz, Sánchez (2010) investigó alrededor de 31.712 pacientes distribuidos en 127 hospitales, se acercaban a una edad media de 60 años, siendo las causas principales la diabetes mellitus, hipertensión arterial, glomerulopatías entre otros. Mientras que, en Chile, el Servicio de Nefrología del Hospital Militar a cargo de Flores (2010), realizó otro estudio sobre epidemiología y factores de riesgo de ERC, obteniendo como factores de riesgo la diabetes y la hipertensión arterial; asimismo, hace hincapié a que la mayoría de las personas que padecen de esta

enfermedad, especialmente en sus fases tempranas, no cuentan con conciencia, pasando años sin realizarse algún tipo de intervención médica.

Un análisis situacional de la ERC en Colombia en el año 2015 reportó que 3 385 457 personas con hipertensión arterial, diabetes, mellitus y/o enfermedad renal crónica. El 60.8% de la población reportada tuvo de 60 años a más, siendo aproximadamente el 62% mujeres. El factor más común fue la hipertensión arterial en un 72.4%, seguido en porcentaje por la presencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial de forma concomitante en un 20.1%. Solo un 28.9% tiene la enfermedad diagnosticada, estando el 3.2% en terapia de reemplazo renal.

Gamarra (2013) realizó un estudio epidemiológico en Colombia, donde expuso que la prevalencia de la enfermedad renal crónica avanzada, necesaria de un trasplante renal, ha aumentado progresivamente en Colombia como en todos los países del mundo; actualmente se presumen alrededor de 20000 personas en terapia de reemplazo renal, minimizándose a 450 pacientes por cada millón de personas.

Mencionan que la incidencia alcanza el 5%, y que podría duplicarse durante los próximos 10 años, siendo superior a 800 pacientes por millón de habitantes, los autores mencionan:

Esto podría generar un impacto económico muy alto, superior al observado en la actualidad, Gamarra (2013) ve necesario realizar investigaciones epidemiológicas que permitan evaluar si el inicio temprano de la terapia de remplazo renal se asocia con menos complicaciones y mayor expectativa de vida que el tratamiento dialítico o, por otro lado, aumenta probabilidades de riesgo.

Por otra parte, Gamarra (2013), considera necesario analizar el aspecto económico para descubrir la magnitud con cual se atribuye el uso de medicamentos, catéteres, u otros materiales durante las respectivas intervenciones. Se puede visualizar que cada vez es más habitual el número de personas de la tercera edad que entran a terapia dialítica,

siendo prioridad el estudiar cuan eficaces y efectivos resultan dichas aplicaciones.

No hay duda de que la ERC ha ido creciendo tanto en la población peruana como la extranjera, y que las entidades sanitarias han tenido que ir poniendo en marcha formas distintas de concientización con respecto a los agentes de riesgo y sus respectivas complicaciones. Cuando el paciente pasa de la prevención a la intervención, se hace eco a una variable muy importante, la calidad de vida, la cual es directamente proporcional con un progreso positivo de la enfermedad. Dicha variable, si bien es cierto, ha sido severamente estudiada en distintas poblaciones nacionales, pero ¿cuál es la importancia e ímpetu de continuar haciéndolo?, sencillo, la replicación de datos.

Las estadísticas varían cada año, el problema en sí varía tanto en sus prevalencias causantes como consecuentes. La continua actualización permite elaborar y hacer realidad las recomendaciones en función de los datos obtenidos. Es importante anotar la relevancia que cada una ha aportado con sus resultados. El porqué de estudiar los niveles de calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis, deviene de la necesidad de implementar y elaborar un plan de prevención e intervención que conlleve la sensibilización de los pacientes, familiares, personas encargadas como el cuerpo médico hasta el establecimiento de talleres integrativos y recreativos. Asimismo, la investigación plantea analizar la posible prevalencia de diferencias significativas en los niveles de calidad de vida en los pacientes.

Para hacer posible que dichos objetivos puedan cumplirse, es necesario tener información al respecto, por ello se formula la siguiente pregunta de investigación.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema Principal

¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana?

1.2.2 Problemas Secundarios

1. ¿Cuál es el bienestar físico como factor de la calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana?

2. ¿Cuál es el bienestar emocional como factor de la calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana?

3. ¿Cómo son las relaciones personales como factor de la calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana?

4. ¿Cuál es el desarrollo personal como factor de la calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana?

5. ¿Cuál es el bienestar material como factor de la calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar la calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Determinar el bienestar físico como factor de la calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.

2. Determinar el bienestar emocional como factor de la calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.

3. Determinar las relaciones personales como factor de la calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.

4. Determinar el desarrollo personal como factor de la calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.

5. Determinar el bienestar material como factor de la calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.

1.4 Justificación e Importancia de la Investigación

Se eligió investigar y explorar sobre la variable calidad de vida en pacientes bajo tratamiento de hemodiálisis debido las consecuencias que las enfermedades renales crónicas conllevan, iniciando por etapas de diagnóstico y adaptación al tratamiento, como la modificación de esferas personales, económicas y familiares.

El procedimiento de hemodiálisis consiste en tres sesiones por semana, de cuatro horas cada sesión, en la cual se extrae la sangre del paciente y es conducida a través de una máquina especializada para depurarla y filtrarla, para que luego pueda ser devuelta al paciente en condiciones adecuadas. Algunas de las complicaciones durante estas sesiones, son calambres musculares, dolor de cabeza, embolia pulmonar,

riesgo a infecciones de acceso vascular o problemas a largo plazo como desnutrición, anemia, y enfermedades vasculares.

La situación del paciente con esta enfermedad no le permite encontrar trabajo estable uno por la limitación de la enfermedad y otro por que debe ausentarse para asistir y cumplir con su tratamiento de hemodiálisis, esto lleva al paciente en muchos casos a un malestar de discriminación por los cambios físicos, psicológicos y sociales que afectan su bienestar ya sea porque rompe con vínculos familiares, desocupación y falta de recursos económicos, pérdida de autoridad en el hogar, des apoyo familiar, cuadros depresivos que afectan la vida del paciente.

Todo lo descrito lleva a la necesidad de realizar el presente estudio para identificar los niveles de calidad de vida de los pacientes que reciben tratamiento de Hemodiálisis, y que permitirán conocer la percepción de salud por parte de los pacientes, así como establecer el agente preventivo promocional en las instituciones de salud.

De acuerdo con ello, el determinar las dimensiones o factores asociadas a la calidad de vida en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis, permitirá desarrollar intervenciones de tratamiento social, psicológico y de activación conductual más exactos y relacionados a las necesidades de nuestra muestra. Los resultados no solo benefician a un solo grupo, todo lo contrario, el poner en práctica las actividades propuestas permitirán la implementación de guías de atención primaria para cualquier paciente que lo necesite.

Se aportará teóricamente a la variable calidad de vida con la información obtenida y que permitirá que se realicen más investigaciones que permitan comprender la percepción directa que tienen los pacientes de sí mismos. No solo se propone describir los niveles de calidad, sino también identificar las distintas variables sociodemográficas que poseen cada participante y que actuarán como recursos personales favoreciendo a un pronóstico favorable.

Asimismo, de manera práctica, al poder estudiar el sector de salud, los resultados de la investigación permitirán crear y desarrollar planes de prevención e intervención con todos los agentes involucrados. No teniendo efecto solamente en el lugar de investigación, sino también que sirva de modelo o base para que se multiplique y motive a otras entidades.

Se desea que los resultados no queden en un segundo plano, el compromiso profesional debe implementarse desde la formación académica y ser constantes hasta la labor de este. La capacitación toma un papel importante en este ámbito, conocer la realidad de la condición de los pacientes y que esperan ellos de su rehabilitación, debe formar parte de la sensibilización global de las actividades sanitarias.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de investigación

2.1.1 *Antecedentes Internacionales*

Morais, Gomes, Medeiros, Raniere y Santos (2016) realizaron una investigación sobre **“La calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis”**. El estudio fue descriptivo – transversal realizado en un centro de hemodiálisis en El Alto Sertao de Paraíba, municipio de Cajazeiras. El grupo de estudio fue de 39 participantes, tanto masculinos como femeninos, siendo la media en edad de 51 años. Se utilizó el cuestionario sociodemográfico y el WHOQOL-BRREF para evaluar puntajes promedio y la calidad de vida de los participantes. Los resultados indican que el dominio más afectado entre los participantes fue el dominio físico, con un promedio de 59.44, y el más conservado fue el área de dominio social, con un puntaje promedio de 72.87, mientras que la calidad mostró un promedio de 64.96. Asimismo, hubo una correlación significativa entre los diversos ámbitos en los que todos los dominios mostraron una alta correlación con la calidad de vida, con lo cual se concluye que los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis tienen una calidad de vida regular, y que la capacitación de los profesionales en las áreas de salud pública aportará efectivamente en el cuidado de los pacientes.

Guerra, Sanhueza y Cáceres (2012) investigaron sobre **“La calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica y su relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio”**, bajo un diseño de investigación descriptiva de corte transaccional. El grupo de estudio fue obtenido mediante el uso de muestreo probabilístico estratificado, obteniéndose a 354 personas en hemodiálisis crónica, haciendo uso del KDQOL-36. Los resultados identificaron puntuaciones

bajas en la mayoría de las dimensiones de calidad de vida, así como la revelación de múltiples factores relacionados.

Sánchez, Rivadeneyra y Aristil (2016) investigaron sobre el **“Nivel de calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica bajo hemodiálisis**. El estudio fue no experimental, transversal, descriptivo, realizado bajo un muestreo no probabilístico de tipo conveniente, el grupo de estudio estuvo conformado por 67 pacientes bajo tratamiento de hemodiálisis en un hospital público de la ciudad de Puebla. El instrumento utilizado fue el Whoqol-bref. Los resultados descubrieron que la calidad de vida de los pacientes bajo tratamiento de reemplazo renal con hemodiálisis fue del 23.88% con una media del 76.12%. El área con más índice negativo fue el psicológico con 67 puntos, y el físico con 60.76 puntos. Los autores concluyeron que el área relacionado con la variable calidad de vida fue el de relaciones interpersonales”.

Hernández, Castañeda, Burciaga y Garvalena (2014) compararon la **“Calidad de vida en pacientes tratados con diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y hemodiálisis (HD)”**, mediante un diseño descriptivo comparativo transversal en 64 pacientes menores de 61 años siendo el 62% de sexo masculino y la edad promedio de 47; todos ellos fueron evaluados mediante el SF-36, De las ocho dimensiones detalladas, la puntuación más alta correspondió al área de dolor corporal en pacientes con DPCA y el área de rol físico en pacientes con HD, mientras que los más bajos se presentaron en el área de vitalidad con DPCA y el área de rol emocional con HD. En relación con el sexo, se observó que los hombres con DPCA tuvieron mayores puntuaciones en el área de dolor corporal en hombre, mientras que las mujeres lo tuvieron en el área de función física.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Sánchez (2014) ejecutó un trabajo descriptivo, observacional, transversal, realizado en 72 pacientes mayores de 20 años, con **“Insuficiencia Renal Crónica, en terapia de Hemodiálisis mayor a tres meses en el Centro de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui**

Delgado Essalud de Piura en el período diciembre del 2013 hasta febrero del 2014”, a los cuales se les aplicó el cuestionario SF-36 y se tuvo por objetivo describir la calidad de vida categorizadas en distintas dimensiones. Los resultados analizaron diferencias significativas en la dimensión rol emocional de acuerdo con la variable sexo, diferencias en relación con el componente de salud emocional y el rol emocional para las enfermedades subyacentes, el rol físico y la función social, y una media superior del área de salud mental mayor al área de salud física.

Chávez (2014) investigaron sobre la **“calidad de vida del paciente renal en el Servicio de Hemodiálisis Arzobispo Loayza”**. El diseño del estudio fue descriptivo de corte transversal, siendo la unidad de estudio 50 personas evaluadas a través entrevistas y cuestionarios. Los resultados indicaron que un 56% refiere un nivel de calidad de vida regular, un 23% deficiente y un 18% bueno. Respecto a la dimensión física, un 52% se calificó como regular, un 36% deficiente y un 12% bueno. En la dimensión rol físico, 54% obtuvo la categoría regular, un 24% deficiente y 22% bueno. En la dimensión dolor corporal, un 56% resultó deficiente, un 24% regular y un 20% bueno. En la dimensión salud general, 60% resultó deficiente, 28% regular y 12% bueno. En la dimensión vitalidad, 54% resultó regular, 28% deficiente y 18% bueno. En la dimensión rol emocional, 40% dio regular, 32% deficiente y 28% bueno. En la dimensión salud mental, 56% fue de nivel regular, 28% deficiente y 16% bueno, y para finalizar, la dimensión función física obtuvo un 44% de nivel regular, 36% de nivel deficiente y un 20% de estabilidad óptima.

Aica (2015) investigó sobre **“La calidad de vida del paciente adulto con hemodiálisis”** en un centro de enfermedades renales. La investigación fue de tipo descriptivo transversal. La población estuvo conformada por 30 pacientes, se utilizó la encuesta como técnica, y el SF-36 como instrumento. De acuerdo con los resultados, se encontró que un 57% se denota poco saludable, un 23% saludable y un 20% no saludable. Según la dimensión física, un 50% se identificó como poco saludable, un 27% como no saludable y 23% saludable. De acuerdo con la dimensión

psicológica, un 47% se identificó poco saludable, un 30% no saludable y un 23% saludable, por último, en la dimensión social, un 70% se identificó como poco saludable, un 17% saludable y un 13% no saludable.

Quispe (2017) investigó sobre la **“calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en terapia de diálisis peritoneal ambulatoria continua”**, en una población cuya muestra la conformaron 40 pacientes asegurados en Puno. El estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal, aplicó el cuestionario SF-36. Se obtuvo que un 60%, de los pacientes con IRC en tratamiento peritoneal alcanzaron un nivel categórico regular, seguida de un 35% representando la categoría de mala calidad de vida y un 5% representando la categoría de buena calidad de vida. Con relación a los factores, en el área de función física, un 70% la calificó como regular, un 17,5% como mala y un 12,5% como buena. En el área de función social, un 57,5% la calificó como regular, un 35% como mala y un 7,5% como buena. En el área de rol físico un 90% de los pacientes la definió como mala. el 7,5% como regular y un 2,5% como buena. En el área de rol emocional, un 92,5% la concibió como buena, un 5% como buena y un 2,5% como regular. En el área de salud mental el 85% la identificó como regular, el 12,5% como mala y un 2,5% como buena. En el área de vitalidad un 70% la señaló como regular, el 17,5% como mala y un 12,5% como buena. En área de dolor corporal, un 70% la identificó como regular, el 22,5% como mala y un 7,5% como buena. Por último, en el área de percepción de la salud, el 72,5% la percibió como mala, un 22,5% como regular y finalmente, un 5% la evidenció como buena.

De los Santos (2016) investigó sobre **“La calidad vida y su relación con diversas estrategias de afrontamiento”**, bajo un diseño descriptivo-correlacional a nivel aplicativo, estudiando a 33 pacientes con insuficiencia renal, a los cuales se les aplicaron dos cuestionarios sobre calidad de vida y afrontamiento. Los resultados concluyeron con la no relación entre calidad de vida y estrategias de afrontamiento, sin embargo, se encontró relación significativa entre calidad de vida con estrategias de afrontamiento activo,

observándose que una regular calidad de vida encontraremos de nivel medio a alto.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Calidad de vida

Según Schalock (1996, citado en Montero y Fernández, 2012), la calidad de vida actúa como un principio organizador que puede ser utilizado para la situación de grupos humanos sometidos a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. Si bien el término puede llegar a ser multidimensional, Romney y Evans (1996, citado en Montero y Fernández, 2012) refieren que en algunas circunstancias sólo puede alcanzar la unidimensionalidad cuando un área, como el de la salud, es utilizada de parámetro para evaluarla.

De la misma forma, se debe realizar una distinción clásica entre la calidad de vida objetiva y subjetiva. La primera es referida al nivel que una vida cumple estándares evidentes de una óptima vida, por ejemplo, los resultados de un examen médico; mientras la segunda se relaciona con las autovaloraciones basadas en indicadores subjetivos. Estas cualidades no necesariamente corresponden entre sí, dado que si alguien puede gozar de buena salud puede aún sentirse mal en su interior, a pesar de ello, la valoración objetiva de la salud tiene como meta las mismas que las apreciaciones subjetivas, aunque por diferentes medios” (Garduño, Salinas y Mariano).

Existen distintos modelos que tratan de aproximar el consenso sobre la definición de calidad de vida, Gonzáles, Díaz, Rodríguez y Bobes (1993) realizan la siguiente distinción:

2.2.1.1 Modelos Enumerativos

Modelo que especifica a la calidad de vida desde un amplio espectro de perspectivas, Torrance (1976, citado en Gonzáles, Díaz, Rodríguez y Bobes, 1996) centró su interés en los aspectos de salud, tanto física como

mental, relacionados con la calidad de vida, y así evalúa dos aspectos fundamentales como son la discapacidad y el estrés. Otra aproximación más reciente es la realizada por Spilker (1990, citado en Gonzáles, Díaz, Rodríguez y Bobes, 1996), que adopta un enfoque comprensivo centrándose no sólo en aspectos de salud relacionados con la calidad de vida, sino también en las repercusiones que dichos aspectos producen sobre la interacción social y la esfera económica.

2.2.1.2 Modelos Complejos

Dentro de los modelos complejos, se puede diferenciar los Modelos Matriciales, de ellos cabe destacar la siguiente teoría:

a) Teoría de la Satisfacción de Cambpell, Converse y Rodgers (1976, citado en Gonzáles, Díaz, Rodríguez y Bobes, 1996), según esta teoría la satisfacción es mayor cuando los logros se aproximan a las metas propuestas, de la misma forma que, se basan en los balances con los demás y con la propia experiencia pasada.

b) Modelo de Andrews y Whithey (1976, citado en Gonzáles, Díaz, Rodríguez y Bobes, 1996), que considera que la experiencia del bienestar general como el resultado del vínculo entre los elementos personales, las circunstancias objetivas que la rodean, y sus respectivas satisfacciones.

Otro tipo de modelo complejo lo constituye el Modelo de la Discrepancia entre Objetivos y Logros de Michaelos (1980), el cual explica que la distancia entre un objetivo y un logro presagia una adecuada satisfacción.

2.2.1.3 Modelo de calidad de vida de Verdugo-Schalock

Este modelo según Verdugo y Shalock (2003, citado en el Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2011) definen a la calidad de vida como un movimiento de avance e innovación en las prácticas profesionales y en los servicios, la cual permite promover acciones a nivel personal, organizacional y del sistema social. La variable ordena a un desarrollo de

prácticas y servicios, que permitan mejorar la vida de las personas con discapacidad, ya sean atendidas en sus hogares o en centros de salud.

Ese movimiento de avance se traduce en un cambio conceptual de las tareas cotidianas que se fundamentan en:

- Pasar de un sistema centrado basado en las limitaciones de cada persona a otra centrada en el ambiente y su interacción.

- Pasar de un sistema focalizado en la eficacia de los servicios, programas y actividades a otro que se basen en los avances de calidad de vida y sus mejoras en cada persona.

- Pasar de un sistema focalizada en los profesionales a otro que priorice a las personas y a sus familiares.

2.2.1.4 Modelo De Brown

Los autores Brown, Bayer y MacFarlane (1989, citado en Vega, 2011) definen la calidad de vida como la discrepancia entre los logros de una persona y sus necesidades no resueltas, y el grado en el que una persona puede controlar su medio ambiente. El modelo propuesto consiste en una combinación de medidas objetivas relacionadas con los ingresos, entorno, salud, crecimiento personal y adquisición de habilidades; y de medidas subjetivas que tienen que ver con la satisfacción por la vida en general, el bienestar psicológico y la percepción de las propias habilidades y necesidades. A estas variables se incorporan una serie de factores del macro y microsistema que influyen en el bienestar de una persona, a nivel macro proponen el clima económico y político, y a nivel de microsistema se contemplan la seguridad del vecindario y las posibilidades de crecimiento que brindan el lugar de trabajo y las actividades de ocio.

2.2.1.5 Modelo Procesual de Goode

Goode (1989 – 1991, citado en Vega, 2011), desarrolló el modelo procesual centrado en el cliente, compuesto por variables tanto objetivas como subjetivas. Para el autor la calidad de vida está compuesta y es producto de las relaciones entre la persona y sus contextos vitales. Por este motivo coloca un especial énfasis en la evaluación objetiva de las características del entorno donde vive la persona y los acontecimientos que tienen y han tenido lugar en su vida, su estado psicológico y la conducta, manifiesta, junto a la evaluación subjetiva de las relaciones percibidas entre las necesidades, demandas y recursos.

2.2.1.6 Modelos Borthwick-Duffy

Borthwick-Duffy (1992, citado en Vega, 2011) propone tres modelos conceptuales de calidad de vida, resumidas en lo siguiente:

1) Calidad de vida entendida como las condiciones de vida de una persona; resultado de la suma de una gama de condiciones de vida objetivamente evaluables, experimentadas por una persona. Éstas pueden incluir salud física, relaciones sociales, vivienda, profesión, riqueza y factores socioeconómicos.

2) Calidad de vida entendida como la satisfacción experimentada de manera directa. Existen estándares relacionados con las condiciones de vida, pero la satisfacción que expresa la persona con cada uno de éstos y la combinación de estos lo que genera un sentimiento de satisfacción con la vida propia y lo que en definitiva la define.

3) Y finalmente, comprendida como la combinación de mecanismos objetivos y subjetivos, donde la calidad de vida será regulada por las condiciones óptimas para sobrevivir que tenga una persona en conjunto a la satisfacción que obtenga. Los indicadores de vida pueden ser evaluados objetivamente por indicadores biológicos materiales, sociales, conductuales y psicológicos.

2.3 Definiciones conceptuales

2.3.1. Calidad de vida de Verdugo-Schalock –

Define Calidad de vida como un deseado bienestar personal, es multidimensional, con propiedades éticas, universales y étnicas, ligada a la cultura, con una distinción de objetivos y subjetivos e influenciada por factores personales y ambientales

De acuerdo con el modelo de Verdugo y Schalock (2003, citado en el Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2011), el cual la prioriza en los servicios sociales y educativos, remarca la participación personal en la planificación de actividades, programas, etc., por parte del equipo profesional y genera una nueva forma de planificar los objetivos de las personas con discapacidad. Dicho modelo se fundamenta en ocho dimensiones, proponiendo a su vez, indicadores e ítems para su respectiva evaluación:

1. La dimensión de bienestar físico, referidas a la capacidad orgánica y su respectiva atención tanto preventiva, ambulatoria u hospitalario.

2. La dimensión de bienestar emocional la cual albergará a las emociones y sentimientos como la satisfacción, el auto concepto, polaridades de inseguridad y seguridad y de capacidad-incapacidad, así como niveles bajos de estrés relacionados a alteraciones del estado de humor como la ansiedad o la depresión

3. La dimensión de relaciones personales relacionadas a la interacción y participación social, como a las óptimas relaciones familiares y los lazos positivos y reforzantes

4. La dimensión de desarrollo personal referida a las competencias y habilidades sociales en base a la adquisición de conocimiento e integración futura al mundo laboral.

5. La dimensión de bienestar material, ve aspectos relacionados a la economía y al ahorro, que permitan llevar una vida saludable y placentera.

6. La dimensión de autodeterminación, establecida en la elaboración del proyecto de vida, constituida de metas y objetivos que faciliten la toma de decisiones y permitan desarrollar la autonomía personal.

7. La dimensión de inclusión social, relacionadas a la discriminación e integración de grupos, comunidades o actividades que permitan regular saludablemente la esfera emocional.

8. La dimensión de la defensa de los derechos tanto a la intimidad como al respeto, medible desde el trato que se recibe del entorno.

2.3.2. Calidad de vida Ware y Sherbourne

Ware y Sherbourne (1992) con la intención de facilitar la estandarización del perfil de salud de los pacientes, a través de la construcción del instrumento de evaluación SF-36, factorizaron 36 ítems en 8 áreas de evaluación, éstas fueron:

a) Funcionamiento físico, referidas a la importancia de distinguir aspectos de funcionamiento físico y la necesidad de establecer un rango desde severo hasta menores limitaciones.

b) Rol físico, referidas a las limitaciones por problemas de salud físicos en la realización actividades sociales.

c) Dolor corporal, referidas a la percepción individual en frecuencia, tiempo e intensidad.

d) Percepción de la salud general, referidas a la calidad de vida subjetiva percibida por el paciente.

e) Vitalidad, referidas al nivel de energía y fatiga percibida.

f) Función social, referidas al impacto de las limitaciones físicas y emocionales en actividades sociales.

g) Rol emocional, referidas a las limitaciones por problemas de salud emocional en la realización de actividades sociales.

h) Salud mental, referidas a evaluar las 4 mayores dimensiones de la salud mental como son: la ansiedad, depresión, pérdida del control conductual o emocional, y el bienestar psicológico.

Para poder comprender la gama conceptual de la variable calidad de vida, es necesario incluir aspectos tanto objetivos como subjetivos. Levi y Anderson (1980, citados en Moreno y Ximénez, 1996) la conciben como una medida constituida por el bienestar físico, mental y social, percibida como tal en individuos como grupos.

Shin y Johnson (1978, citados en Moreno y Ximénez, 1996) proponen una alternativa para operacionalizar la variable, como aquella posesión de recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades y deseos individuales, la participación en las actividades que permitan el desarrollo personal y la comparación satisfactoria con otras personas, áreas que son mediadas por el conocimiento y la experiencia.

:

.

.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño utilizado

El diseño de investigación es no experimental de tipo descriptivo - transversal dado que el presente estudio no manipuló deliberadamente ninguna variable.

“Este tipo de investigación observa la manera de cómo se comportan determinados fenómenos en un determinado momento, buscando especificar las propiedades más importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro acontecimiento o variable sometido a análisis” (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

3.2 Población y muestra

a. Población

La población de estudio está conformada por 65 personas de ambos sexos, 25 mujeres y 40 hombres, en los rangos de edades de 20 a 89 años los cuales son pacientes de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo.

b. Muestra

La muestra es de tipo censal, por lo que se seleccionó el 100% de la población, al considerar toda la población que conforman los pacientes de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo. Según Hayes (1999), el tipo de muestra censal es aquel que abarca el análisis de todos los elementos de la población de estudio.

Tabla 1. *Distribución de frecuencia de los pacientes según su Sexo*

	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	31	47.7%
Hombre	34	52.3%
Total	65	100%

Tabla 2. *Distribución de frecuencia de los pacientes según su Edad*

	Frecuencia	Porcentaje
16 – 25 años	6	9.2%
25 – 50 años	10	15.4%
50 – 65 años	25	38.5%
65 a más	24	36.9%
Total	65	100%

Tabla 3. *Distribución de frecuencia de los pacientes según su Grado de Instrucción*

	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeto	4	6.2%
Primaria Incompleta	6	9.2%
Primaria Completa	25	38.5%
Secundaria Incompleta	9	13.8%
Secundaria Completa	20	30.8%
Superior Técnica Completa	1	1.5%
Total	65	100%

Tabla 4. *Distribución de frecuencia de los pacientes según su Estado Civil*

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	24	36.9%
Casado	16	24.6%
Divorciado	5	7.7%
Viudo	12	18.5%
Conviviente	8	12.3%
Total	65	100%

Tabla 5. *Distribución de frecuencia de los pacientes según su Lugar de Procedencia*

	Frecuencia	Porcentaje
Lima	26	40.0%
Tarma	4	6.2%
Amazonas	3	4.6%
Cuzco	2	3.1%
Arequipa	3	4.6%
Cañete	3	4.6%
Pisco	1	1.5%
Huancavelica	2	3.1%
Piura	4	6.2%
Huancayo	4	6.2%
Puno	2	3.1%
Cajamarca	3	4.6%
Callao	1	1.5%
Chanchamayo	2	3.1%
La Oroya	1	1.5%
Huánuco	1	1.5%
Ayacucho	3	4.6%
Total	65	100%

3.3 Identificación de la variable y su operacionalización

En la tabla 6, se describen las dimensiones consideradas para la variable calidad de vida con sus respectivos indicadores y preguntas.

Tabla 6

Operacionalización de las *dimensiones e indicadores de la variable calidad de vida*

Variable	Dimensión	Indicadores	Preguntas	Respuestas
Calidad de Vida	1. Bienestar físico Referido bienestar objetivo de las personas con respecto a las dolencias adyacentes de la enfermedad.	Salud Referido al estado completo de bienestar físico, a nivel de malestar objetivo.	¿Usted se siente mejor desde que inició su tratamiento?	A) Totalmente De acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) Desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
		Actividades de la vida diaria Actividades cotidianas de ser humano que realiza a lo largo del día como bañarse, vestirse comer, masticar, dormir, higiene personal y aseo, relacionadas con lo cotidiano.	¿Realiza usted sus actividades diarias normalmente?	A) Totalmente De acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) Desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
		Atención Sanitaria Referido al servicio que brinda un agente de salud con el fin de promover, proteger y restaurar la salud.	¿Sientes que las personas que te atienden toman el tiempo necesario para hacerlo?	A) Totalmente De acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) Desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo

Variable	Dimensión	Indicadores	Preguntas	Respuestas
Calidad de Vida	2. Bienestar emocional Hace referencia al sentimiento o percepción de tranquilidad, seguridad.	Alegría Sentimiento de placer producido por un suceso favorable, buen estado de ánimo, la satisfacción y la tendencia a la risa o a la sonrisa	¿Disfruta de tus actividades diarias?	A) Totalmente De acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) Desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
		Auto concepto Opinión de una persona sobre sí misma, con referencia a la apariencia física, capacidades, contexto familiar, éxitos, fracasos, ambiente social.	¿Te consideras una carga para tu familia?	A) Totalmente De acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) Desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
		Ausencia de estrés El optimismo y la ausencia de estrés mejoran el sistema inmunitario	¿Te sientes con energía para realizar tus actividades?	A) Totalmente De acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) Desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
	3. Relaciones interpersonales Referida a las relaciones interpersonales, participación social, actividades e interacciones colaborativas en el hogar	Interacciones Es una acción recíproca entre dos o más personas que interactúan o se relacionan con el entretenimiento y la información.	¿Mantiene una buena comunicación con su familia?	A) Totalmente De acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) Desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo

Variable	Dimensión	Indicadores	Preguntas	Respuestas
Calidad de Vida		Relaciones Referidas al establecimiento de relaciones sociales saludables tanto a nivel familiar como con amigos.	¿Participa en actividades familiares?	A) Totalmente De acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) Desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
		Apoyos Apoyo mutuo cuando dos seres o entidades se ayudan ambos a superar las dificultades, comprensión, apoyo afectivo.	¿Recibes el apoyo familiar constantemente?	A) Totalmente De acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) Desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
	4.Desarrollo personal Referidas al desarrollo y adquisición de conocimientos diversos y realización personal	Educación Formación destinada a desarrollar la capacidad moral y afectiva de las personas de acuerdo con la cultura y las normas de convivencia de la sociedad a la que pertenecen	¿Te sientes satisfecho de tus logros educativos?	A) Totalmente De acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) Desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
		Competencia Personal Relacionada con la motivación para actuar sobre el ambiente que nos rodea a consecuencia de la experiencia.	¿Sientes deseos de culminar tus expectativas académicas?	A) Totalmente De acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) Desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo

Variable	Dimensión	Indicadores	Preguntas	Respuestas
Calidad de Vida	5. Bienestar material Referido a la estabilidad económica, que permitan una adecuada calidad de vida.	Desempeño Es el acto y la consecuencia de desempeñar, cumplir una obligación, realizar una actividad dedicarse a una tarea	¿Se siente apto para cumplir o realizar las funciones o trabajos que hacía antes?	A) Totalmente De acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) Desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
		Estado Financiero Referido a la base económica que organiza cada organización, en este caso la familia	¿Tiene un soporte de apoyo económico?	A) Totalmente De acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) Desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
		Empleo Trabajo que se realiza a cambio de un salario	¿Actualmente realiza alguna actividad en su casa?	A) Totalmente De acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) Desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
		Vivienda Es un lugar acondicionado para que vivan personas	¿Vive actualmente en su casa?	A) Totalmente De acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) Desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo

Nota: Dimensiones e indicadores obtenidas de Verdugo y Schalock (2003, citado en el Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2011).

3.4 Técnicas e instrumentos de Evaluación y Diagnóstico

La técnica de recolección de datos a utilizarse será la de una encuesta censal aplicada de 15 ítems, que va a permitir evaluar la percepción de calidad de vida que podrá aplicarse a un nivel individual o grupal, el tiempo promedio para llenar la encuesta de 8 a 10 minutos.

Siguiendo la teoría de Verdugo y Schalock (2007), mencionan que el estado deseado de bienestar personal yace en una base multidimensional con propiedades universales con componentes objetivos y subjetivos, influenciada por factores personales y del entorno.

Según estudios realizados por Schalock y Verdugo, identificaron ocho dimensiones de la variable calidad de vida con 24 indicadores, siendo las siguientes descritas:

1. Dimensión de Bienestar Físico

a) Salud: Referencias al funcionamiento físico, síntomas de enfermedades, dolor físico, vitalidad, estado nutricional, medicación y habilidades sensoriales.

b) Actividades de la vida diaria: Comidas. Transferencias, movilidad, aseo y vestido.

c) Atención Sanitaria: Disponibilidad, efectividad y satisfacción.

2. Dimensión de Bienestar Emocional

a) Alegría: Satisfacción, humor, funcionamiento físico y/o mental, placer y disfrute.

b) Autoconcepto: Identidad, valía personal, autoestima e imagen corporal

c) Ausencia de estrés: Entorno seguro, entorno predecible y seguro, mecanismos de afrontamiento y manejo de estrés.

3. Relaciones Interpersonales

- a) Interacciones: Redes sociales, contactos sociales y vida social.
- b) Relaciones: Familia, amigos e iguales.
- c) Apoyos: Motivación, emocional y económico

4. Inclusión Social

- a) Integración y participación: Acceso, implicación y aceptación.
- b) Roles Comunitarios: Colaborador, estilo de vida e interdependencia.
- c) Apoyos sociales: Red de apoyo y servicios comunitarios.

5. Desarrollo Personal

- a) Educación: Actividades, logros, nivel educativo y satisfacción.
- b) Competencia Personal: Cognitiva, social y práctica.
- c) Desempeño: referidas al logro, productividad, desarrollo personal y creatividad/expresión personal.

6. Bienestar Material

- a) Estado Financiero: Ingresos y seguridad financiera.
- b) Empleo: Situaciones ocupacionales, situación laboral, entorno de trabajo y oportunidades de promoción.
- c) Vivienda: Tipo de residencia, propiedad y confort.

7. Autodeterminación

- a) Autonomía: Independencia, autodirección y autosuficiencia.
- b) Metas y valores personales Esperanzas, deseos, ambiciones y expectativas.
- c) Elecciones: Oportunidades, opciones, preferencias y prioridades.

8. Derechos

- a) Humanos: Respeto y dignidad.
- b) Legales: Ciudadanía, acceso y justicia.

Para el presente estudio, se ha decidido por utilizar cinco de las ocho dimensiones de Verdugo-Schalock, con tres indicadores cada uno, dada la naturaleza del trabajo de investigación:

1. Bienestar Físico con los indicadores: Salud, Actividades de la vida diaria y Atención Sanitaria.
2. Bienestar Emocional con los indicadores Alegría, Auto concepto, Ausencia de estrés.
3. Relaciones Interpersonales con los indicadores de Interacciones, Relaciones, Apoyos.
4. Desarrollo Personal con indicadores de Educación, Competencia Personal, Desempeño.
5. Bienestar Material con indicadores de Estado Financiero, Empleo, Vivienda.

Tabla 7

Categorización dimensional de la variable calidad de vida

VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	PREGUNTAS	PREGUNTAS
Calidad de Vida	1. Bienestar físico	Salud	¿Usted se siente mejor desde que inició su tratamiento?	A) Totalmente De acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) Desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
		Actividades de la vida diaria	¿Realiza usted sus actividades diarias normalmente?	
		Atención Sanitaria	¿Sientes que las personas que te atienden toman el tiempo necesario para hacerlo?	
	2. Bienestar emocional	Alegría	¿Disfruta de tus actividades diarias?	A) Totalmente De acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) Desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
		Auto concepto	¿Te consideras una carga para tu familia?	
		Ausencia de estrés	¿Te sientes con energía para realizar tus actividades?	
	3. Relaciones interpersonales	Interacciones	¿Participa en actividades familiares?	A) Totalmente De acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) Desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
		Relaciones	¿Mantiene una buena comunicación con su familia?	
		Apoyos	¿Recibes el apoyo familiar constantemente?	
	4. Desarrollo personal	Educación	¿Te sientes satisfecho de tus logros educativos?	A) Totalmente De acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) Desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
		Competencia Personal	¿Sientes deseos de culminar tus expectativas académicas?	
		Desempeño	¿Se siente apto para cumplir o realizar las funciones o trabajos que hacía antes?	
	5. Bienestar material	Estado Financiero	¿Tiene un soporte de apoyo económico?	A) Totalmente De acuerdo B) De acuerdo C) Indeciso D) Desacuerdo E) Totalmente en desacuerdo
		Empleo	¿Actualmente realiza alguna actividad en su casa?	
		Vivienda	¿Vive actualmente en su casa?	

Nota: Dimensiones e indicadores obtenidas de Verdugo y Schallock (2003, citado en el Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2011).

CAPÍTULO IV

PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Procesamiento de los resultados

La presente investigación, como se ha detallado en líneas anteriores, tuvo como muestra la participación de los 65 pacientes en tratamiento de Hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima.

Para la recopilación de información, se construyó un instrumento de evaluación basado en los postulados teóricos de Schalock y Verdugo sobre Calidad de Vida. El presente instrumento estuvo dividido en 4 partes, la primera siendo los criterios sociodemográficos de Edad, Sexo, Estado Civil, Grado de Instrucción y Lugar de Procedencia. El segundo y tercero, constituidos por las instrucciones y opciones de respuesta, procediendo a:

- Tabular la información, codificarla y transferirla a una base de datos computarizada (IBM SPSS, 21 Y MS Excel 2016).
- Se determinó la distribución de las frecuencias y la incidencia participativa (Porcentajes), de los datos del instrumento de investigación.
- Se aplicaron las siguientes técnicas estadísticas: Valor máximo y mínimo, y Medias aritméticas.

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$$

4.2 Presentación de los resultados

4.2.1 Propiedades estadísticas de la variable Calidad de Vida y sus Dimensiones

A continuación, se describen las propiedades estadísticas descriptivas de la variable calidad de vida, así como de las cinco dimensiones escogidas. Se tomaron en cuenta los criterios de Media, Mínimo y Máximo, así como la división por Porcentajes en el total de puntajes obtenidos por la muestra.

Tabla 8. Medidas estadísticas descriptivas de la variable de investigación Calidad de Vida

N	Puntaje Total	
	Válido	Perdido
	65	0
Media	40.43	
Mínimo	20	
Máximo	67	

De acuerdo con la estadística global de los 65 pacientes, se tiene como lo siguiente:

- Una media estadística de 40.43 puntos
- Un valor mínimo de 20 puntos
- Un valor máximo de 67 puntos

Tabla 9. Medidas estadísticas descriptivas de los factores pertenecientes a la Calidad de Vida

		Bienestar Físico	Bienestar Emocional	Relaciones Interpersonales	Desarrollo Personal	Bienestar Material
N	Válido	65	65	65	65	65
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media		10.71	7.28	8.38	5.82	8.25
Mínimo		5	3	3	3	3
Máximo		15	15	15	13	14

En relación con las dimensiones escogidas, se tienen los siguientes resultados:

En la Dimensión Bienestar Físico se observa:

- Una media de 10.71, que se clasificara como “Media”
- Un mínimo de 5 que se clasificara como” Muy Desfavorable”
- Un máximo de 15 que se categoriza como “Muy Favorable”

En la Dimensión Bienestar Emocional se divide:

- Una media de 7.28 que se clasifica como “Media
- Un mínimo de 3 que se clasifica como “Muy Desfavorable”
- Un máximo de 15 que se clasifica como “Muy Favorable”

En la Dimensión Relaciones Interpersonales se puede observar:

- Una media de 8.38 que se clasifica como “Media
- Un mínimo de 3 que se clasifica como “Muy Desfavorable”
- Un máximo de 15 que se clasifica como “Muy Favorable”

En la Dimensión Desarrollo Personal se puede observar:

- Una media de 5.82 que se clasifica como “Media

- Un mínimo de 3 que se categoriza como “Muy Desfavorable”
- Un máximo de 13 que se categoriza como “Muy Favorable”

En la Dimensión Bienestar Material se observa:

- Una media de 8.25 que se clasifica como “Media”
- Un mínimo de 3 que se categoriza como “Muy Desfavorable”
- Un máximo de 14 que se categoriza como “Muy Favorable”

4.2.2 Objetivo General

Mediante un gráfico circular, se muestran las categorías según la variable Calidad de Vida.

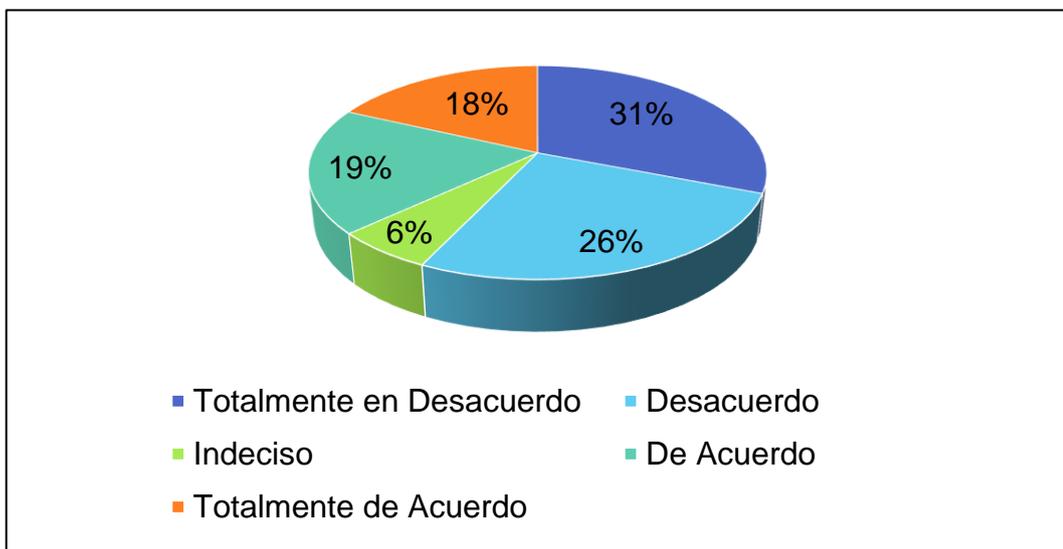


Figura 1. Porcentajes de los resultados categóricos de la variable Calidad de Vida

En la Figura 1, se observa que un 31% está totalmente en desacuerdo con respecto a su calidad de vida, un 26% en desacuerdo, un 6 % indeciso, un 19% de acuerdo, y un 18% totalmente de acuerdo.

4.2.3 Objetivo Específico 1

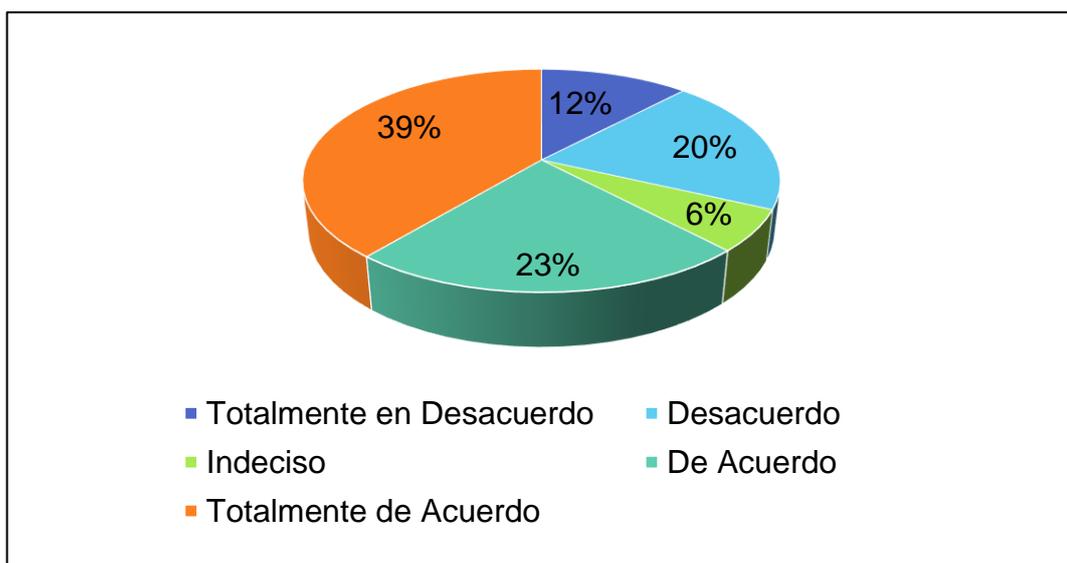


Figura 2. Porcentajes de los resultados categóricos de la variable Bienestar Físico.

En la Figura 2, se observa que un 12% está totalmente en desacuerdo con respecto a su bienestar físico, un 20% en desacuerdo, un 6 % indeciso, un 23% de acuerdo, y un 39% totalmente de acuerdo.

4.2.4 Objetivo Específico 2

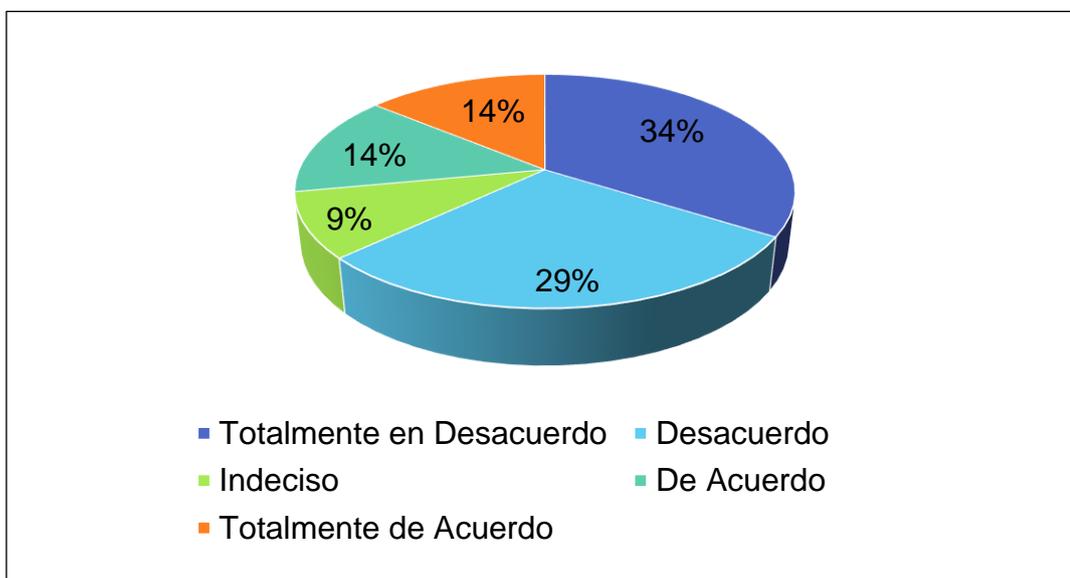


Figura 3. Porcentajes de los resultados categóricos de la variable Bienestar Emocional.

En la Figura 3, se observa que un 34% está totalmente en desacuerdo con respecto a su bienestar emocional, un 29% en desacuerdo, un 9 % indeciso, un 14% de acuerdo, y un 14% totalmente de acuerdo.

4.2.5 Objetivo Específico 3

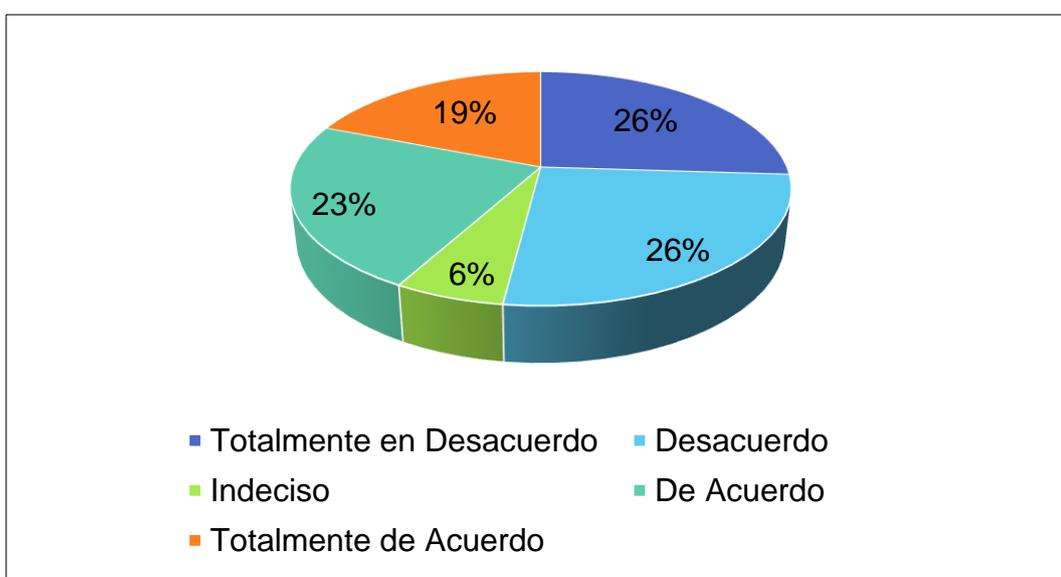


Figura 4. Porcentajes de los resultados categóricos de la variable Relaciones Interpersonales.

En la Figura 4, se observa que un 26% está totalmente en desacuerdo con sus relaciones interpersonales, un 26% en desacuerdo, un 6 % indeciso, un 26% de acuerdo, y un 19% totalmente de acuerdo.

4.2.6 Objetivo Específico 4

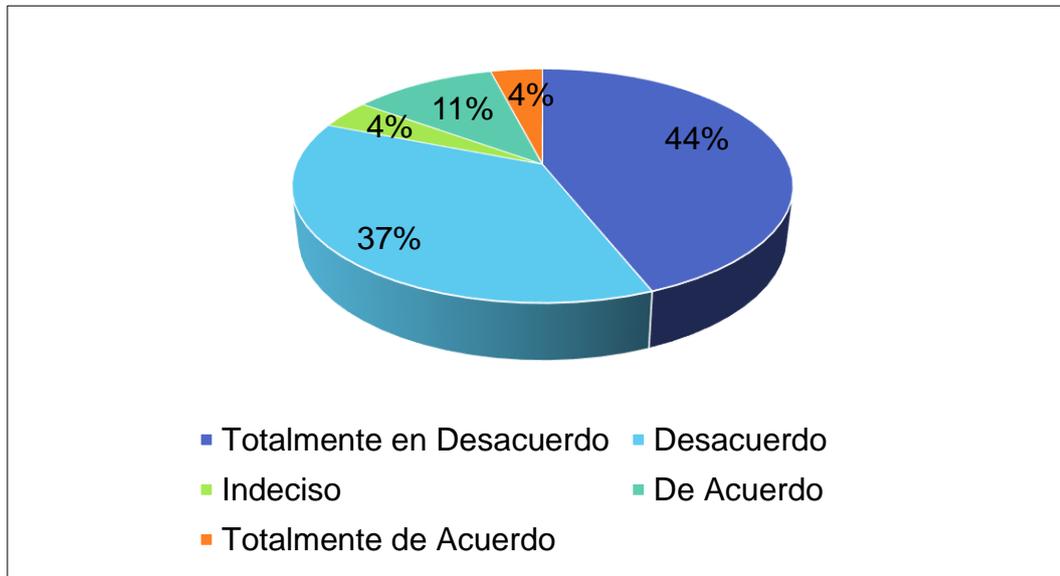


Figura 5. Porcentajes de los resultados categóricos de la variable Desarrollo Personal.

En la Figura 5, se observa que un 44% está totalmente en desacuerdo con respecto a su desarrollo personal, un 37% en desacuerdo, un 4 % indeciso, un 11% de acuerdo, y un 4% totalmente de acuerdo.

4.2.7 Objetivo Específico 5

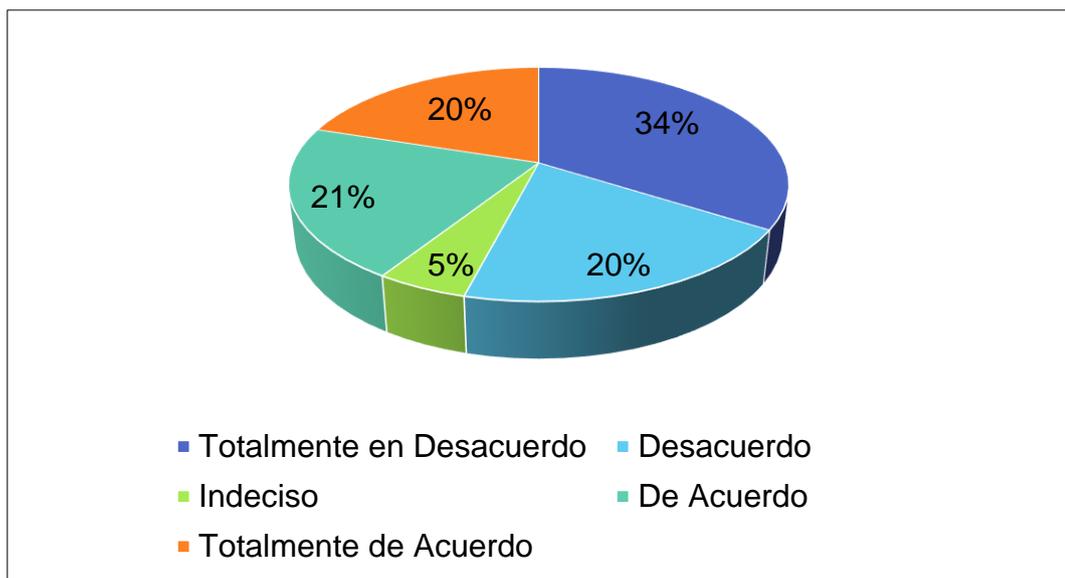


Figura 6. Porcentajes de los resultados categóricos de la variable Bienestar Material.

En la Figura 6, se observa que un 34% está totalmente en desacuerdo con respecto a su bienestar material, un 20% en desacuerdo, un 5 % indeciso, un 21% de acuerdo, y un 20% totalmente de acuerdo.

4.3 Análisis y discusión de los resultados

En esta investigación se dio a conocer la calidad de vida en 65 pacientes hospitalizados en tratamiento de hemodiálisis de un Hospital Nacional de Lima metropolitana, por ello a través de los resultados presentados anteriormente con el cuestionario construido sobre calidad de vida, se procederá a la discusión tanto general como específica en función a los objetivos establecidos.

Objetivo General

A partir de eso, se descifró los resultados que se adquirieron con referencia a las dimensiones de la calidad de vida, poniendo en relación con el objetivo general de investigación, lo cual indicaron que un 31% está totalmente en desacuerdo con respecto a su calidad de vida, un 26% en desacuerdo, un 6 % indeciso, un 19% estuvo acuerdo, y un 18% totalmente de acuerdo.

Equivalentes resultados fueron encontrados por Morais, Gomes, Medeiros, Raniere y Santos en el 2016, los cuales encontraron que el 64.96% del grupo de estudio se identificó con un nivel regular de calidad de vida.

Es importante señalar que Morais, Gomes, Medeiros, Raniere y Santos (2016) concluyeron que los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis mantienen una calidad de vida regular y que la capacitación de profesionales aporta positivamente en su recuperación.

Además, Sánchez, Rivadeneyra y Aristil (2016) en su investigación sobre el nivel de calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica bajo hemodiálisis”, relacionó la calidad de vida con la dimensión de relaciones sociales, indicando que el establecimiento de adecuadas interacciones y lazos sociales con amigos y familiares, permitiendo mejorar la esfera emocional de los pacientes.

De acuerdo con hallazgos nacionales, Chávez (2014), en su estudio “Calidad de vida del paciente renal en el Servicio de Hemodiálisis Arzobispo Loayza”, indicó resultados similares al obtener que un 56% de la muestra estudiada refirió una calidad de vida regular, un 23% deficiente y un 18% bueno. Seguido a ello, Aica (2015) encontró que el 57% de su muestra estudiada se denota como poco saludable, el 23 % como saludable, y el 20% como no saludable. La equivalencia en los resultados continúa con los hallazgos de Quispe (2017), el cual en su trabajo sobre la “calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica con terapia de diálisis peritoneal ambulatoria continua, asegurados al seguro social de salud (ESSALUD) en Puno”, obtuvo que el 60% de la muestra estudiada presentaba una calidad de vida regular, un 35% se registraba como mala, mientras un 5% como buena. Finalmente, De Los Santos (2016) concluyó que no existe relación entre estas variables, más si hubo una relación significativa entre calidad de vida con estrategias de afrontamiento activo.

Considerando que más de la mitad de los evaluados se encuentra en desacuerdo con su calidad de vida, se presume que esto es debido a la alteración que sufren en sus esferas físicas, emocionales, sociales, personales y materiales.

Objetivo Específico 1

De acuerdo con el primer factor, bienestar físico, se encontró un 12% está totalmente en desacuerdo con respecto a su bienestar físico, un 20% en desacuerdo, un 6 % indeciso, un 23% de acuerdo, y un 39% totalmente de acuerdo. Estos resultados difieren de los encontrados por Morais, Gomes, Medeiros, Raniere y Santos (2016), en la cual el 59.44% del promedio de la muestra indicó que el bienestar físico fue el dominio más afectado, siendo esta un reflejo en la dificultad para llevar a cabo actividades diarias. Sumando a ello, Sánchez, Rivadeneyra y Aristil (2016) indican nuevamente resultados diferentes a los de la presente investigación, dado que el 60.7% de la muestra expresó estar afectada en el área de bienestar físico.

Asimismo, Hernández, Castañeda, Burciaga y Garvalena (2014) compararon la “Calidad de vida en pacientes tratados con diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y hemodiálisis (HD)”, y encontraron que el rol físico de los pacientes alcanzaba puntuaciones altas. Chávez (2014) obtuvo resultados del 52% de la muestra con bienestar regular, 36% deficiente y un 12% como bueno, valores que difieren nuevamente.

Aica (2015) también otorga valores del 50% como poco saludable, 27% no saludable y 23% saludable, valores que, por otro lado, similares a los resultados presentes. De la misma forma, Quispe (2017) menciona que el 70% de la muestra estudiada tuvo regular calidad de vida, 17.5% mala calidad de vida y un 12.5% buena calidad de vida.

En el factor físico, los pacientes con insuficiencia renal crónica afiliados al Seguro Integral de Salud ingresan a un tratamiento médico gratuito, siendo una enfermedad en la cual se debe invertir para mantener una estabilidad orgánica, esto permite que pacientes de bajo recursos económicos, puedan mantener su salud y realizar sus actividades diarias, con apoyo del personal médico y paramédico que les brinda atención, apoyo y cuidados.

Objetivo Específico 2

Con respecto a la dimensión bienestar emocional, se encontró que un 34% está totalmente en desacuerdo con respecto a su bienestar emocional, un 29% en desacuerdo, un 9 % indeciso, un 14% de acuerdo, y un 14% totalmente de acuerdo. Estos resultados difieren ligeramente de los hallados por Sánchez, Rivadeneyra y Aristil (2016), los cuales encontraron que el dominio más afectado con 67 puntos fue el psicológico. Asimismo, Hernández, Castañeda, Burciaga y Garvalena (2014) compararon la “Calidad de vida en pacientes tratados con diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y hemodiálisis (HD)”, en el cual obtuvieron puntuaciones bajas en el rol emocional de acuerdo con los pacientes que se atendían en tratamiento de hemodiálisis. Aica (2015) también obtuvo resultados diferentes al encontrar en la dimensión psicológica que el 47%

de la muestra se denoto poco saludable, 30% no saludable y un 23% saludable. En niveles más extremos y distantes, Quispe (2017), halló con respecto a la dimensión rol emocional que el 92,5% de la muestra se denota con un nivel bajo, el 5% un nivel bueno, y un 2,5% regular. En la dimensión salud mental el 85% fue de nivel regular. el 12,5% de nivel bajo y un 2,5% de nivel bueno.

Por otro lado, Sánchez (2014) en su estudio sobre la “Insuficiencia Renal Crónica, en terapia de Hemodiálisis mayor a tres meses en el Centro de Hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Essalud de Piura en el período diciembre del 2013 hasta febrero del 2014”, obtuvo promedios altos en el componente de salud mental en comparación a la salud física. También se alcanzaron resultados similares en los estudios de Chávez sobre “Calidad de vida del paciente renal en el Servicio de Hemodiálisis Arzobispo Loayza”, en el cual, respecto a la dimensión rol emocional, el 40% de la muestra obtuvo niveles regulares, 32% niveles deficientes, y un 28 % niveles buenos, mientras que el área salud mental, 56% fue de nivel regular, 28% deficiente y 16% bueno.

En el factor bienestar emocional, la enfermedad los limita en sus actividades diarias, no pueden hacer ejercicios fuertes, que tienden a deprimirse, debido a que por la enfermedad necesitan un soporte familiar que muchos no lo tienen y en otros casos los padres de familia son abandonados por sus hijos e inclusive por las personas con las que conviven.

Objetivo Específico 3

Con respecto a la dimensión de relaciones interpersonales, se encontró que un 26% está totalmente en desacuerdo con sus relaciones interpersonales, un 26% en desacuerdo, un 6 % indeciso, un 26% de acuerdo, y un 19% totalmente de acuerdo. Morais, Gomes, Medeiros, Raniere y Santos (2016) mencionaban haber encontrado que el dominio social era el más conservado de todos, siendo el dominio físico el más afectado. Sánchez, Rivadeneyra y Aristil (2016) correlacionaron el dominio

social con la calidad de vida, concluyendo la importancia del apoyo social familiar en la conservación de salud de los pacientes. De la misma forma, Sánchez (2014) menciona la importancia de la función social en el paciente para el tiempo de terapia de hemodiálisis.

En el factor Relaciones Interpersonales los pacientes mantienen una buena comunicación con sus compañeros de turno o de sesión de hemodiálisis, que se reúnen para conversar y hacen buena amistad entre ellos, son comunicativos y exteriorizan sus inquietudes, más no así lo demuestran con su familia.

Objetivo Específico 4

Resultados similares Aica (2015), obteniendo que, en la dimensión social, el 70% de pacientes presento niveles medios saludables, el 17% niveles saludables altos, y el 13% niveles no saludables. Coincidiendo así también con los de Quispe (2017), dado que en la dimensión función social un 57,5% de la muestra presentó un nivel regular, el 35% un nivel bajo, y un 7,5% un nivel alto.

En el factor Desarrollo Personal los pacientes consideran que no tuvieron la oportunidad de lograr sus objetivos o metas, ya sean académicas o laborales, esto puede ser debido a factores económicos, o por limitaciones propias de su enfermedad, encontrándose insatisfechos e impotentes consigo mismos.

Objetivo Específico 5

Con respecto a la dimensión de desarrollo personal, se encontró que un 44% está totalmente en desacuerdo con respecto a su desarrollo personal, un 37% estuvo en desacuerdo, un 4 % indeciso, un 11% de acuerdo, y un 4% totalmente de acuerdo. Con respecto al área de bienestar material, un 34% estuvo totalmente en desacuerdo con su estado actual, un 20% en desacuerdo, un 5 % indeciso, un 21% de acuerdo, y un 20% totalmente de acuerdo.

En el factor bienestar material, los pacientes por las mismas consecuencias de su enfermedad, disminuyen en sus responsabilidades y labores de trabajo, no continuando con sus actividades diarias, pasando de ser responsables del núcleo familiar a ser dependientes de la misma.

4.4 Conclusiones

- De acuerdo con la calidad de vida, un 26 % de los pacientes estuvo en desacuerdo con su salud general.

- El nivel de bienestar físico como dimensión de la calidad de vida en los pacientes bajo tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana, con la alternativa totalmente de acuerdo ha obtenido el porcentaje más alto con 39%.

- El nivel de bienestar emocional como dimensión de la calidad de vida en los pacientes bajo tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana, con la alternativa totalmente en desacuerdo ha obtenido el porcentaje más alto con un 34%.

- El nivel de relaciones interpersonales como dimensión de la calidad de vida en los pacientes bajo tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana, con las alternativas de totalmente en desacuerdo y desacuerdo con un 26% para ambas categorías, junto con las alternativas de acuerdo y totalmente de acuerdo con un 23% y 19% respectivamente, han obtenido porcentajes similares.

- El nivel desarrollo personal como dimensión de la calidad de vida en los pacientes bajo tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana, con la alternativa totalmente en desacuerdo ha obtenido el porcentaje más alto con un 44%.

- El nivel de bienestar material como dimensión de la calidad de vida en los pacientes bajo tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional

de Lima Metropolitana, con la alternativa totalmente en desacuerdo ha obtenido el porcentaje más alto con un 34%.

4.5. Recomendaciones

De acuerdo con los resultados y las conclusiones obtenidos a continuación expondremos las siguientes recomendaciones:

-Los hospitales de Lima Metropolitana deben tener un presupuesto para la Unidad de Hemodiálisis, y poder resolver los problemas de maquinarias y equipos de hemodiálisis, que perjudican a los pacientes en tratamiento.

-Reforzar atención psicológica para los pacientes que reciben tratamiento en la Unidad de Hemodiálisis en el Hospital Nacional de Lima Metropolitana.

-Gestionar que labore una Profesional Trabajadora Social exclusiva para la Unidad de Hemodiálisis.

-Brindar al paciente un espacio o ambiente para que repose al término de su sesión de hemodiálisis, para su bienestar y recuperar energía.

-Se debe realizar reuniones con familiares de pacientes para que reciban charlas y capacitación sobre tratamiento, cuidados y atenciones que debe recibir un paciente con hemodiálisis.

CAPITULO V

INTERVENCION

5.1. Denominación del programa

Título: “Taller de capacitación para familiares de pacientes en tratamiento de Hemodiálisis”

El presente taller, tiene el propósito de desarrollar una intervención educativa grupal para los familiares de los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.

5.2. Justificación del programa

Según el estudio realizado sobre calidad de vida en pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis, la presente investigación encontró que un 23 %, un 34 % y un 44 % están totalmente en desacuerdo de acuerdo con sus relaciones interpersonales, bienestar emocional y desarrollo personal, respectivamente. Estos pacientes pasan por una serie de experiencias, desde cambios en sus actividades y hábitos, hasta sus propias esferas emocionales durante el proceso de adaptación, en las cuales suscitan distintas complicaciones, requiriendo la intervención del personal médico el cual debe estar siempre alerta a cualquier cambio sobre el estado de salud, asimismo, la evaluación e intervención social y psicológica es una parte clave del proceso de adaptación debido al cambio de vida que se experimenta, los pacientes pasan a depender de sus familiares, amigos o compañeros que en muchos casos no brindan el necesario apoyo y acompañamiento, siendo esto contraproducente en el estado emocional, motivacional y adaptativo de la persona, Esto a su vez, puede estar acompañado de diversas experiencias o cambios situacionales a niveles económicos, laborales y de pareja que afectarán de manera directa en la calidad de vida del paciente.

Es por ello que se considera importante trabajar con la familia para brindarles tanto apoyo psicológico como capacitación educativa, con el fin

de desarrollar adecuadas formas de atención y cuidados que deberán aplicar, todo ello realizado mediante la implementación de un programa de intervención que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente en relación con la esfera familiar - social, eje importante en el pronóstico de los pacientes con enfermedades crónicas, y la cual tendrá efectos sobre el estado emocional y permitirá establecer dentro de sus posibilidades objetivos de vida.

5.3 Sector al que se dirige

EL taller está dirigido a los familiares, amigos o acompañantes de los pacientes que reciben tratamiento de Hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.

5.4 Objetivos de la Intervención

➤ Objetivo General

Mejorar la calidad de vida de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.

➤ Objetivos específicos

- Sensibilizar a los familiares o parientes cercanos que colaboran con los pacientes sobre la enfermedad y las consecuencias presentes.

- Introducir estrategias de afrontamiento como proceso de adaptación saludable.

- Optimizar las relaciones entre los pacientes y la familia tomando conciencia de la importancia de su papel con respecto al pronóstico y tratamiento de la enfermedad.

5.5 Metodología de la Intervención

La presente intervención estará basada en la intervención sistémica-familiar y pautas del modelo psicoeducativo al priorizar las funciones de cada miembro en la familia, la característica interdependiente de sus miembros y la resiliencia entre ellos, prometen una mejor estabilidad en el sistema, así como el cumplimiento de objetivos, estabilizándose a través de la retroalimentación bidireccional y adquisición de conocimientos (Feixas, Muñoz, Compañ y Montesano, 2016).

El presente programa estará constituido por 6 sesiones las cuales integrarán el uso de una metodología teórica-práctica con contenidos participativos y vivenciales, desarrollándose de la siguiente manera:

1. Evaluación situacional de la presencia y compromiso de la familia en favor a la Calidad de Vida de los pacientes.
2. Analizar el involucramiento de la familia en las necesidades de los pacientes
3. Psicoeducación acerca de las enfermedades crónicas y su relación con la insuficiencia renal
4. Introspección reflexiva de las consecuencias y necesidades de los pacientes que padecen de insuficiencia renal crónica y su adherencia al tratamiento.
5. Estrategias de afrontamiento en los familiares y parientes encargados de sobrellevar el proceso de tratamiento
6. Evaluación final y conclusiones.

Dichas sesiones están compuestas por dos fases, una teórica y otra práctica:

- En la fase teórica se brindará todo tipo de información en realización al objetivo de cada sesión, todo englobado en la variable calidad de vida.

- Mientras que, en la fase práctica, se construirán y desarrollarán actividades que demuestren vivencialmente actitudes y conocimientos de los acompañantes en relación con la calidad de vida de los pacientes.
- El tiempo estimado para cada sesión será de 60 minutos, y se formarán grupos equitativos de trabajo de acuerdo con la cantidad de personas que puedan participar.
- Las técnicas a utilizar serán la Capacitación, Integración y Sensibilización
- Dinámicas grupales y vivenciales, evaluándose a los participantes tanto al inicio como al final del taller.

Asimismo, se desarrollarán los siguientes temas:

a) Primera sesión: “Calidad de vida y las enfermedades crónicas”.

- En los primeros 15 minutos, se evaluarán a los participantes sobre el conocimiento que poseen con respecto a la calidad de vida, las enfermedades crónicas, sus causas, consecuencias y formas de intervención.
- En los 30 minutos siguientes, se ejecutará la dinámica informativa: ¿Qué es la Calidad de Vida?, mediante diapositivas ilustrativas.
- En los últimos 30 minutos, se realizará una dinámica grupal: “Yo versus las enfermedades crónicas”, en la cual cada participante contará desde su propia experiencia el proceso que ha ido afrontando con respecto a su familiar o amigo al cual apoya en la unidad de hemodiálisis.

b) Segunda sesión: “Consecuencias de la insuficiencia renal: papel de la familia en el pronóstico del paciente”

- Se realizará en los primeros 15 minutos, sobre lo aprendido en la sesión anterior Se evaluará a los participantes con respecto al tema de calidad de vida y enfermedades crónicas.

- En los 30 minutos siguientes, se ejecutará la dinámica sobre: “Tipos de familia”. Mediante el juego de roles, los participantes en 2 grupos iguales de personas se les otorgará un papel con el tipo de familia a interpretar, tendrán 10 minutos para organizarse y luego 10 minutos para interpretarlo.
- En los últimos 15 minutos, se les mostrará un video reflexivo sobre la importancia de la familia con los pacientes que asisten a tratamiento de hemodiálisis.

c) *Tercera sesión: “Afrontamiento en relación con el problema y la emoción”*

- Se realizará en los primeros 15 minutos, sobre lo aprendido en la sesión anterior evaluando opiniones de participantes.
- Se realizará en los 30 minutos siguientes, con la dinámica sobre: “Tipos de Afrontamiento”, recurriendo al juego de roles, se elegirán a 6 personas ubicadas en grupos de dos y deberán actuar una situación con relación al afrontamiento activo, emocional e inadecuado. Los observadores deberán expresar solución
- Se realizará en los últimos 15 minutos, con opiniones y reflexiones, y conclusiones del día con el grupo de trabajo.

d) *Cuarta sesión: “Expresión saludable de emociones reservadas”*

- En los primeros 15 minutos, indicarán a los participantes ponerse cómodos, para iniciar el proceso de meditación, iniciando con la respiración diafragmática. Con una dinámica de fantasía a los participantes, entrar en contacto con alguna emoción, para reconocer y dejarla fluir.
- En los 30 minutos siguientes, conversarán las experiencias vividas mediante la fantasía dirigida a cada uno de los participantes.
- En los últimos 15 minutos, se les dará hojas bond a los participantes para transformar en dibujos las emociones que reconocieron y la manera en la que se expresaron.

e) *Quinta sesión: “Resiliencia familiar orientadas a la resolución de problemas”*

- En los primeros 15 minutos, se informará sobre la resiliencia familiar, a través de la psicoeducación con diapositivas podrán conocer sobre el tema y como funciona de base en la dinámica familiar.
- En los 40 minutos siguientes, se ejecutará una dinámica sobre: “Asertividad” mediante el juego de roles. Los participantes en grupos de 4, deberán dramatizar escenas que pongan en evidencia los distintos tipos de resolución de problemas.
- En los últimos 15 minutos, y se conversará y reflexionará sobre la importancia de “escuchar y comunicar”. Se buscará la toma de comunicarnos y estar atentos a cualquier mensaje que provenga del familiar atendido, asimismo, expresar nuestras ideas y opiniones, permiten disminuir cualquier tipo de emoción negativa que se lleve almacenando.

f) *Sexta sesión: “Integración de conocimiento y actitudes saludables”*

- En 40 minutos, los participantes darán una charla individual sobre lo aprendido a lo largo de las sesiones con respecto a su familiar, compañero o amigo al cual apoya durante el proceso de hemodiálisis.

En los últimos 20 minutos, se realizará un compartir y se dará como concluido el programa, agradeciendo a todos los participantes.

5.6 Instrumentos o materiales

- Recursos materiales:
 - Útiles de escritorio: hojas bond A4, lapiceros, colores, plumones, papelotes, limpiatipos.
 - Ambiente adecuado para realizar el trabajo vivencial.
 - Equipos: Proyector, radio, parlantes y laptop.
 - Fichas asistenciales
 - Folletos
 - Trípticos
 - Boletines
 - Sillas, mesas u otros escritorios.
- Recursos humanos:
 - El facilitador encargado de la ejecución del programa de intervención.
 - Asistentes de apoyo para la realización de las dinámicas.

5.7 Cronograma

Cronograma de la Intervención será en 6 sesiones de 1 hora cada una, en coordinación con el Jefe de Oficina de Apoyo a la docencia e Investigación, y disponibilidad de un Auditorio.

Objetivos	Sesiones	Actividades	Meses																				
			Junio			Julio			Agosto			Setiembre			Octubre								
Sensibilizar a los familiares o parientes cercanos que colaboran con los pacientes sobre la enfermedad y las consecuencias presentes.	1. Calidad de vida y las enfermedades crónicas	1. Presentación y bienvenida al taller. 2. Evaluación inicial 3. Dinámica informativa: ¿Qué es la Calidad de Vida? 4. Dinámica grupal: “Yo versus las enfermedades crónicas	x																				
	2. Consecuencias de la insuficiencia renal: papel de la familia en el pronóstico del paciente	1. Charla sobre lo aprendido en la sesión anterior. 2. Dinámica sobre tipos de familia 3. Reflexión visual: Importancia de la familia con el paciente.		x																			
Desarrollar estrategias de afrontamiento a los familiares estableciendo un proceso de adaptación saludable.	3. Afrontamiento en relación con el problema y la emoción	1.Charla sobre lo aprendido en la sesión anterior 2. Dinámica sobre los tipos de afrontamiento 3. Reflexiones sobre lo aprendido			x																		
	4. Expresión saludable de emociones reservadas	1. Meditación mediante la respiración diafragmática. 2. Charla: Expresiones saludables 3. Dinámica sobre las emociones				x																	

Referencias

- Aica, S. (2015). *Calidad de vida del paciente adulto en hemodiálisis del Centro Especializado de Enfermedades Renales*. Tesis para optar el Título de Especialista en Enfermería en Nefrología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, Lima. Obtenido de http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4911/1/Aica_Huaman_Sofia_2015.pdf
- Avendaño, H. (2008). *Nefrología Clínica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Chávez, J. (2014). *Calidad de vida del paciente renal en el servicio de hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza*. Tesis para optar el título de Especialista en Enfermería en Nefrología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, Lima. Obtenido de http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4320/1/Chavez_Dextre_Jessica_Isabel_2014.pdf
- Garduño, L., Bertha, S., & Rojas, M. (2005). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. Distrito Federal: Plaza y Valdés.
- Guerra, V., Sanhueza, O., & Cáceres, M. (2012). Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 5(20), 1-10. Obtenido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_04.pdf
- Hernández, J., Castañeda, A., Burciaga, C., & Garvalena, J. (2014). Calidad de vida en pacientes con tratamiento sustitutivo renal: diálisis peritoneal continua ambulatoria y hemodiálisis. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 4(1),

67-74. Obtenido de
<http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/108/>

Loza Munarris, C. A., & Ramos Muñoz, W. C. (2015). *Análisis de la situación de la enfermedad renal crónica en el Perú*. Lima: Ministerio de Salud del Perú.

Martín, A., Piñera, C., Gago, M., Ruiz, J., Robledo, C., & Arias, M. (2009). Epidemiología de la enfermedad renal crónica en pacientes no nefrológicos. *Nefrología*(29), 101-105.
doi:10.3265/NEFROLOGIA.2009.29.S.E.noID.35.free

Martínez, I. (2012). *Calidad de vida en pacientes en Programas de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Continua*. México D.F.: Universidad Veracruzana .

Méndez, A., Tapia, T., Muñoz, A., & Aguilar, L. (2010). Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Diálisis y Trasplante*(31), 7-11.
doi:10.1016/S1886-2845(10)70004-7

Montero Centeno, D., & Fernández De Larrinoa, P. (2012). *Calidad de vida, inclusión social y procesos de intervención*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Morais, G., Gomes, M., Medeiros, S., Raniere, R., & Santos, M. (2016). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Revista electrónica trimestral de Enfermería*(43), 59-72.
Obtenido de
<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/213891/193911>

Moreno, B., & Ximénez, C. (1996). Evaluación de la Calidad de Vida. En G. Buena, *Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (págs. 1045-1070). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Sánchez, C., Rivadeneyra, L., & Aristil, P. (2016). Calidad de vida en pacientes bajo hemodiálisis en un hospital público de Puebla.

Revista Archivo Médico de Camaguey, 20(3), 262-270. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300006

Ware, J., & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483. Obtenido de <http://www.jstor.org/stable/3765916>

ANEXOS

ANEXO N°1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	MARCO TEÓRICO	METODOLOGÍA
<p>- Problema Principal</p> <p>¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana?</p> <p>- Problemas Secundarios</p> <p>1. ¿Cuál es el bienestar físico como factor de la calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana?</p> <p>2. ¿Cuál es el bienestar emocional como factor de la calidad de vida de los</p>	<p>- Objetivo General</p> <p>Determinar la calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.</p> <p>- Objetivos Específicos</p> <p>1. Determinar el bienestar físico como factor de la calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.</p> <p>2. Determinar el bienestar emocional como factor de la calidad de vida de los pacientes con tratamiento</p>	<p>- Variable</p> <p>Calidad de Vida</p> <p>- Factores</p> <p>a) Bienestar Físico</p> <p>b) Bienestar Emocional</p> <p>c) Relaciones Interpersonales</p> <p>d) Desarrollo Personal</p> <p>e) Bienestar Material</p>	<p>- Postulados teóricos tomados de Verdugo & Shalock</p>	<p>- Diseño de Investigación: No experimental –</p> <p>- Tipo de investigación: Descriptiva Transversal</p> <p>- Muestra: 65 pacientes en tratamiento de hemodiálisis</p> <p>- Instrumento: Cuestionario elaborado en fase a los factores de 15 ítems en total.</p>

<p>pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana?</p> <p>3. ¿Cuál son las relaciones personales como factor de la calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana?</p> <p>4. ¿Cuál es el desarrollo personal como factor de la calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana?</p> <p>5. ¿Cuál es el bienestar material como factor de la calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana?</p>	<p>de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.</p> <p>3. Determinar las relaciones personales como factor de la calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.</p> <p>4. Determinar el desarrollo personal como factor de la calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.</p> <p>5. Determinar el bienestar material como factor de la calidad de vida de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.</p>			
--	---	--	--	--

ANEXO N°2

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA

Paciente:	Edad:	Sexo:
Estado Civil:		
Grado de instrucción:	Lugar de Procedencia:	

INSTRUCCIONES

A continuación, encontrará un conjunto de enunciados en donde usted tendrá que responder marcando con (X) o (+) a la alternativa que refleje su estado actual. Por cada pregunta o ítem tendrá usted 5 alternativas:

- A) Totalmente de acuerdo**
- B) Acuerdo**
- C) Indeciso**
- D) Desacuerdo**
- E) Totalmente en desacuerdo**

Trate de contestar todas las preguntas del cuestionario; si no entiende una de ellas puede preguntar al examinador de la prueba. No hay tiempo límite para el desarrollo de la prueba.

Preguntas	A	B	C	D	E
1. Usted se siente mejor desde que inició su tratamiento					
2. Realiza usted sus actividades diarias normalmente					
3. Sientes que las personas que te atienden toman el tiempo necesario para hacerlo					
4. Disfruta de sus actividades diarias					
5. Te consideras una carga para tu familia					
6. Te sientes con energía para realizar tus actividades					
7. Mantiene una buena comunicación con su familia					
8. Participa en actividades familiares					
9. Recibes el apoyo familiar constantemente					
10. Te sientes satisfecho de tus logros educativos					
11. Sientes deseos de culminar tus expectativas educativas					
12. Se siente apto para cumplir o realizar las funciones o trabajos que hacía antes					
13. Tiene un soporte de apoyo económico					
14. Actualmente realiza alguna actividad en su casa					
15. Vive actualmente en su casa					

