

UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO
SEGUNDA ESPECIALIDAD CON MENCIÓN EN
ÁREA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA: ESPECIALISTA
EN NEFROLOGÍA



TESIS

**“CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS HEMODIALIZADAS DE
LA CLÍNICA MARÍA AUXILIADORA. CHICLAYO, JULIO 2017”**

INVESTIGADORAS

Lic. Enf. MONTOYA GARCÍA YASMÍN YUMEI

Lic. Enf. PUYEN VÁSQUEZ SADIT

Lic. Enf. SEBERA JIMÉNEZ LÓPEZ (Q.E.P.D.)

ASESORA

Mg. NORA ELISA SÁNCHEZ DE GARCÍA

LAMBAYEQUE, 2018

Dra. TEOFILA ESPERANZA RUIZ OLIVA
PRESIDENTA

Mg. ROSA VIOLETA CELIS ESQUECHE
SECRETARIA

Mg. MARÍA ROSA BACA PUPUCHE
VOCAL

Mg. NORA ELISA SÁNCHEZ DE GARCÍA
ASESORA

ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE POSGRADO

Acreditada con Resolución N° 110-2017-SINEACE/CDAHP

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

Libro de Acta N°: 3 Expediente: 1435-2012-VPE-FE Folio N° 164
Licenciada: PUYEN VASQUEZ SADIT

en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a las 1:30 p.m. horas del día 14 de Noviembre del 2018, Los señores

Miembros del Jurado designados mediante Resolución N° 710-2017-D-FE

PRESIDENTE: Dra. Teofila Esperanza Ruiz Oliva

SECRETARIO: Mg. Rosa Vialla Celi Esquivel

VOCAL: Mg. Marco Rosa Baca Japuche

Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:

"Calidad de vida de las personas hemodializadas de la Clínica María Auxiliadora, Chiclayo, Julio 2017"

patrocinada por el profesor (a) Mg. Nora Elisa Sánchez de García

Presentada por el (los) Licenciados (a) Puyen Vasquez Sadit

Moncayo García Yosmin

Para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad: Area del Cuidado de Enfermos: Especialidad en Ne-
frología "Lambayeque 2015"

Sustentada la Tesis, formuladas las preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado, después de deliberar, declaró APROBADA por UNANIMIDAD, las tesis con el calificativo de BUENO; debiendo consignarse en los ejemplares del informe las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.


PRESIDENTE


VOCAL


SECRETARIO


PATROCINADOR

ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO

Acreditada con Resolución N° 110-2017-SINEACE/CDAH

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

Libro de Acta N°: 3 Expediente: 1736-2018-PPG-FE Folio N° 164
Licenciada: MONTORYA GARCIA YASMIN YUMEI

en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo – Lambayeque, a las 1.30 pm horas del día 14 de Noviembre del 2018, Los señores

Miembros del Jurado designados mediante Resolución N° 710-2017-D.FE

PRESIDENTE: Dra. Teofila Esperanza Ruiz Olea

SECRETARIO: Mg. Rosa Violeta Celi Espinoza

VOCAL: Mg. Gabriela Rosa Baco Pineda

Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:

"Calidad de vida de las personas hospitalizadas de la Clínica María Auxiliadora, Chiclayo
Julio 2018"

patrocinada por el profesor (a) Mg. Nora Elvira Sánchez de García

Presentada por el (los) Licenciados (a) Montorya Garcia Yasmin Yumei

Para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad:
Area de Cuidado Enfermero: "Especialista en Nefro-
logía" Lambayeque 2018

Sustentada la Tesis, formuladas las preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado, después de deliberar, declaró APROBATA por UNANIMIDAD, las tesis con el calificativo de BUENO; debiendo consignarse en los ejemplares del informe las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.


PRESIDENTE

VOCAL


SECRETARIO

PATROCINADOR

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Nosotras, **Lic. Enf. YASMÍN YUMEI MONTOYA GARCÍA; Lic. Enf. SADIT VÁSQUEZ PUYEN y Lic. Enf. SEBERA JIMÉNEZ LÓPEZ (Q.E.P.D.)** Investigadoras Principales, y la **Mg. NORA ELISA SÁNCHEZ DE GARCÍA** Asesora del Trabajo de Investigación “**CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS HEMODIALIZADAS DE LA CLÍNICA MARÍA AUXILIADORA. CHICLAYO, JULIO 2017**”, declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrará lo contrario, asumo responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Que puede conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 14 de Noviembre de 2018.

Lic. Enf. Montoya García Yasmín Yumei
Autora



Lic. Enf. Sebera Jiménez López (Q.E.P.D.)
Autora

Lic. Enf. Puyen Vásquez Sadit
Autora

Mg. Nora Elisa Sánchez De García
Asesora

DEDICATORIA

*A Dios, por darme las fuerzas para seguir
adelante.*

*A mi esposo e hija por su apoyo constante y
comprensión durante este proceso.*

*A la Mg. Nora por sus orientaciones para el
desarrollo del presente Informe de
Investigación.*

Sadit

DEDICATORIA

*A Dios por darme la capacidad, valentía y
fortaleza para superar toda adversidad.*

*A mis padres por su comprensión y palabras
de aliento en cada proyecto trazado.*

*A ti mi querida amiga Sebera Jiménez por
formar parte de este logro académico,
aunque Dios te llevó de nuestro lado
repentinamente, sé que desde el cielo nos
bendices.*

Yasmín

AGRADECIMIENTO

Deseamos manifestar nuestro agradecimiento a todos los docentes de la Segunda Especialidad en Nefrología de la Universidad Nacional “Pedro Ruiz Gallo” que hicieron posible la culminación satisfactoria en este reto académico.

Manifestamos nuestro agradecimiento especial a nuestra asesora Mg. Nora Sánchez de García, quien con su paciencia, motivación y permanente orientación contribuyó a la culminación satisfactoria de la presente investigación.

A nuestras familias quienes con su apoyo, amor y comprensión incondicional; siempre tuvieron una palabra de aliento en los momentos difíciles y que han sido incentivos de nuestras vidas.

El agradecimiento especial al Director de la Clínica que ha sido el escenario donde desarrollamos el presente trabajo de investigación y en especial a nuestros pacientes por su participación y colaboración desinteresada.

Las autoras

ÍNDICE

ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	iii
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO	viii
ÍNDICE	ix
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO	19
1.1. Antecedentes de la Investigación.....	19
1.2. Bases Teóricas Conceptuales.....	22
CAPÍTULO II: MÉTODOS Y MATERIALES.....	38
2.1. Tipo de Investigación.....	38
2.2. Diseño de la investigación	38
2.3. Población y Muestra	39
2.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	39
2.5. Procesamiento y Análisis de Datos	40
2.6. Criterios de Cientificidad.....	42
2.7. Principios Éticos.....	43
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	47
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES.....	54
4.1. Conclusiones.....	54
CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES.....	56
5.1. Recomendaciones	56
BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA.....	57
ANEXOS	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Calidad de Vida de las personas hemodializadas.....	47
Tabla 2. Calidad de vida en relación a la Dimensión física de las personas hemodializadas.....	49
Tabla 3. Calidad de vida en relación al Aspecto Psicológico de las personas hemodializadas.....	50
Tabla 4. Calidad de vida en relación al Aspecto Social de las personas hemodializadas.....	52
Tabla 5. Calidad de Vida en relación a la Dimensión Físico de las personas hemodializadas.....	57
Tabla 6. Calidad de vida en la dimensión Aspecto Psicológico de las personas hemodializadas.....	58
Tabla 7. Calidad de vida en el Aspecto Social de las personas hemodializadas.	59

RESUMEN

El ser humano portador de una enfermedad crónica como la Insuficiencia renal puede ver afectada potencialmente su calidad de vida, ello motivo a investigar ¿Cuál es la calidad de vida de las personas hemodializadas de la Clínica María Auxiliadora, Chiclayo, Julio 2017? El objetivo fue, determinar la Calidad de Vida de las personas hemodializadas de la Clínica María Auxiliadora Chiclayo, Julio 2017. La investigación es de tipo cuantitativa, transversal; y según su diseño es de tipo no experimental. Se trabajó con una población censal de 80 personas que reciben el tratamiento de hemodiálisis utilizándose la encuesta como técnica de recolección de datos y como instrumento un cuestionario de escala tipo Likert el cual fue validado mediante juicio de expertos conformado por 3 profesionales especialistas en nefrología y cuya confiabilidad fue evaluada por una prueba piloto cuyo coeficiente de alfa de Cronbach obtuvo 0,90, procesándose los datos con Excel 2016 y SPSS-21; se aplicaron los criterios de científicidad y principios éticos, según reporte Belmont. Las conclusiones obtenidas fueron que La calidad de vida de las personas hemodializadas de la Clínica María auxiliadora de Chiclayo es baja en un 57% de las personas encuestadas, a diferencia del 39% que se encuentra en un nivel alto y solo el 4% en un nivel medio, siendo la dimensión más afectada la dimensión física con un porcentaje de 66% baja, seguida de la psicológica y la dimensión social con porcentajes de 53% y 50% respectivamente.

Palabras clave: Calidad, vida, hemodiálisis, personas hemodializadas

ABSTRACT

The human being with a chronic disease such as Renal Impairment can potentially affect their quality of life, this is why we investigate what is the quality of life of hemodialysis people of the Maria Auxiliadora Clinic, Chiclayo, July 2017? The objective was to determine the Quality of Life of hemodialysis patients of the Maria Auxiliadora Clinic, Chiclayo 2017. The research is quantitative, transversal; and according to its design is non-experimental type. We worked with a census population of 80 people receiving hemodialysis treatment, using the survey as a data collection technique and as a tool a Likert scale questionnaire which was validated by expert judgment conformed by 3 professionals specialized in nephrology and whose Reliability was evaluated using the cronbach alpha coefficient, processing the data with Excel 2010; the criteria of scientificity and ethical principles were applied, according to the Belmont report. The conclusions obtained were that the quality of life of hemodialysis patients of the Maria Help Clinic of Chiclayo is low in 57% of the people surveyed, in contrast to the 39% who are in a high level and only 4% in a medium level, being the dimension most affected the physical dimension with a percentage of 66% low, followed by the psychological and social dimension with percentages of 53% and 50% respectively.

Key words: Quality, life, hemodialysis, hemodialysis people

INTRODUCCIÓN

El ser humano portador de una enfermedad crónica, puede ver afectada potencialmente su calidad de vida, ya que las mismas ven seriamente afectado su bienestar al experimentar el empobrecimiento de las actividades diarias y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades que afecta asimismo el autoconcepto, el sentido de la vida y provoca estados depresivos¹

La enfermedad renal crónica (ERC), es reconocida como un problema de salud pública, por la afectación de la calidad de vida en personas de todas las edades; además, de su condición clínica resultante de una multitud de procesos patológicos que conduce a la destrucción irreversible de la masa de nefronas y consecutivamente a la insuficiencia de la función excretora y reguladora renal; que as su vez altera muchos aspectos tanto biológicos, físicos y emocionales en las personas portadoras de esta patología.²

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la enfermedad renal en el mundo afecta aproximadamente al 10% de la población mundial, se estima que por cada millón de habitantes existen de 3500 a 4000 personas que padecen ERC; unas 120 por millón de personas aproximadamente.³

En el Perú en el 2015, se considera que aproximadamente 800 mil personas padecen enfermedad renal crónica terminal, sin embargo, esta cifra podría ser mayor debido a que dicho mal no presenta síntomas. Uno de cada 10 personas adultas tiene algún tipo de daño a los riñones y la hemodiálisis es la modalidad más utilizada con una prevalencia de 167.36 personas por millón (68.6%).⁴

Por otro lado, para la OMS,³ el termino calidad de vida es definido como: “la percepción de un individuo respecto a su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores

en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones”, por lo tanto, determinar la calidad de vida de la persona con ERC es muy importante porque revela el impacto de la enfermedad en las actividades diarias, el afrontamiento y la aceptación de la cronicidad de la dolencia para un tratamiento eficaz.⁵

Lo descrito es reafirmado por Según Capote y Leyva,⁶ quien afirma que la enfermedad renal es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia que afecta el estado de salud y que tiene repercusiones de tipo emocional, económico y social en la persona, ya que al ingresar a los programas de terapia de reemplazo renal se ven obligados a adaptarse a una serie de cambios y estresores, inherentes a la enfermedad, que afectan su calidad de vida como son: la amenaza constante de muerte; la dependencia a máquinas y personal sanitario; complicaciones en el acceso vascular; restricciones dietéticas; alteraciones en el funcionamiento físico; cambios en las relaciones sociales, familiares y laborales; problemas económicos; limitaciones en el tiempo; disfunciones sexuales que afectan notablemente al paciente, disminuyendo su colaboración con respecto al tratamiento, lo que conduce a que algunos pacientes adquieran conductas negativas a la hemodiálisis.

Para el profesional de enfermería el estudio de la calidad de vida de la persona con ERC que recibe tratamiento sustitutivo de hemodiálisis, es de gran interés, ya que le permite conocer al ser humano desde una perspectiva holística, que incluye valores, creencias y percepciones y así proporcionar un cuidado individualizado que fomente el bienestar.

Uno de los lugares en el cual se brinda atención especializada a personas con tratamiento de hemodiálisis es la Clínica María Auxiliadora la cual recibe pacientes por convenio derivados del MINSA, EsSalud y Sanidad; los cuales son atendidos de forma interdiaria, siendo la población promedio atendida de 80 pacientes a la semana que provienen de diferentes distritos de la Región Lambayeque, como: Mochumí, Túcume, Monsefú, Requena; población

generalmente de clase media a baja, con diferentes creencias, culturas arraigadas, bajos recursos económicos, estilos nutricionales difíciles de cambiar, déficit de fuente de trabajo, con bajo acceso al saneamiento básico (agua potable y alcantarillado) dando lugar a que muchos de ellos usen agua de acequia para su uso personal producto del desconocimiento de la magnitud y gravedad de su enfermedad renal.

Durante la sesión de hemodiálisis se les observa en regular estado de higiene, edematizados, con sobrepeso, irritables, expresando frases como: “*hasta cuando estaré así*” “*prefiero morir, nada es igual que antes*” “*yo como de todo porque me da igual*” “*aunque me cuide, siempre tengo calambres*” “*señorita mis familiares se están cansando de mí, ya no quieren acompañarme, mucho reniegan conmigo, yo siento que soy una carga para ellos*”, “*ya no puedo trabajar y la plata ya no alcanza para nada...ya no puedo tener intimidad con mi esposa y eso me preocupa*” lo que revelan actitudes negativas y una calidad de vida menoscabada.

Si consideramos que la Calidad de Vida es una opinión que construye la persona a partir de su propio estado de salud en comparación con determinados estándares contruidos acerca de los que él espera que debiera ser capaz de lograr y que cada quien le imprime su sello personal⁷, las autoras se realizan las siguientes interrogantes:

¿Qué aspecto de la calidad de vida de la persona con tratamiento de hemodiálisis está más afectada? ¿Qué aspectos físicos son los más deteriorados? ¿Socialmente cómo se afectan? ¿Qué emociones son las que prevalecen en ellos? ¿Cómo se encuentran en el plano espiritual?

En base a lo mencionado anteriormente las autoras, se plantearon el problema de investigación científica: ¿Cuál es la calidad de vida de las personas hemodializadas de la Clínica María Auxiliadora, Chiclayo, Julio 2017?

El objeto de investigación fue la Calidad de Vida de las personas hemodializadas, siendo el objetivo general que guio la investigación el de: Determinar la Calidad de Vida de las personas hemodializadas de la Clínica María Auxiliadora. Chiclayo, Julio 2017; y los objetivos específicos fueron:

- Identificar la calidad de vida en la dimensión Física, de las personas hemodializadas de la Clínica María Auxiliadora. Chiclayo, Julio 2017.
- Identificar la calidad de vida en la dimensión Psicológica, de las personas hemodializadas de la Clínica María Auxiliadora. Chiclayo, Julio 2017
- Identificar la calidad de vida en la dimensión Social, de las personas hemodializadas de la Clínica María Auxiliadora. Chiclayo, Julio 2017

La presente investigación se justifica porque el profesional de enfermería tiene como esencia el cuidado holístico de la persona; cuidar en sentido holístico, significa considerar a la persona como un todo indivisible en relación constante y dinámica con su entorno externo e interno en búsqueda de su bienestar concebido actualmente como algo muy particular para cada persona, ya que somos seres únicos con un bagaje cultural único que hace que enfrentemos la vida de diferente manera.⁷

Estudiar por lo tanto la calidad de vida de las personas sometidas a hemodiálisis permitirá determinar algunos factores que mayormente estén afectando el bienestar de estas, constituyendo un aporte en la toma de decisiones para mejorar las condiciones, no solo de la terapia de hemodiálisis, sino de todo el plan de cuidados de enfermería, que incluya un asesoramiento y seguimiento con participación interdisciplinaria en estos pacientes en búsqueda de su bienestar que permita tratar a cada uno como la persona única e irrepetible.

Además, a través de los resultados se podrá sugerir a las autoridades competentes el desarrollo de nuevas estrategias para ayudar en la preservación de la calidad de vida, aliviar el sufrimiento ante la enfermedad que tanto debilita, a través de la promoción de estrategias de afrontamiento positivas que facilite la aceptación de la cronicidad de la dolencia para un tratamiento eficaz .⁸

El presente trabajo además se convertirá en una fuente bibliográfica confiable para futuras investigaciones sobre el objeto de investigación.

El presente informe está estructurado de la siguiente manera.

Capítulo I: Diseño teórico, aquí se encuentra los antecedentes y bases teóricas conceptuales.

Capítulo II: Métodos y materiales, aquí se ubica el tipo de investigación, enfoque, población y muestra, métodos y técnicas de recolección de datos, análisis de los datos, rigor científico y principios éticos.

Capítulo III: Resultados y Discusión, aquí serán presentadas las tablas y gráficos con su respectiva interpretación y análisis.

Capítulo IV: Conclusiones

Capítulo V: Recomendaciones.

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

Anexos: Cuestionario tipo Likert, tablas de tabulación, consentimiento informado y evaluación del juicio de expertos.

CAPÍTULO I

DISEÑO TEÓRICO

CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO

1.1. Antecedentes de la Investigación

A Nivel Internacional

Gómez D.⁹ En el año 2014 en México, investigó sobre el autocuidado y calidad de vida en personas con hemodiálisis. El objetivo del estudio fue conocer las características socio demográficas de las personas con tratamiento de hemodiálisis, el conocimiento que tienen sobre la enfermedad, las acciones de autocuidado y calidad de vida de las personas que asisten a tratamiento de hemodiálisis en un hospital de segundo nivel en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; concluyendo que la media de edad de los 54 participantes fue de 55.02 años (DE= 13.16; 24-78). El 51.9% fue del sexo masculino, el tiempo promedio de tratamiento de hemodiálisis fue de 3.85 años (DE= 3.07; 1-12). El 74.1% de los participantes refirieron como factor de riesgo principal de la IRC la hipertensión arterial. En el modelo de regresión con colesterol total, sexo, conductas de autocuidado, conocimiento de la enfermedad como variables independientes y la calidad de vida como variable dependiente resultó significativo ($F=4.22$, $gl= 4$, $p=.005$, $R^2=.19$), sin embargo, solamente el colesterol total $\beta=.420$, $p=.003$ contribuyó al 20% de la varianza la explicada. Algunos factores condicionantes básicos como la edad y la educación influyeron en las capacidades de autocuidado debido a que mayor edad de los participantes poseían menor conocimiento de la IRC y la hemodiálisis. También se observó que los FCB y las CAA intervienen en las conductas de autocuidado ya que un porcentaje alto de los participantes no realizan las CAC de forma adecuada.

Yanza H.¹⁰ desarrolló la tesis titulada: Análisis de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en el Hospital Teófilo Dávila-Ecuador,

2013, cuyo objetivo principal fue, realizar un análisis sobre la calidad de vida en pacientes con IRC sometidos a diálisis. Los resultados indicaron que las dimensiones de Calidad de Vida (CV) que obtuvo los peores resultados fue la relacionado con la Salud General con 58.2 puntos en HD y 71.4 puntos en DP, mientras las dimensiones con mejor puntuación fueron las relacionadas con la función social con 90.20 puntos y rol emocional con 90 puntos ambas en DP. En cuanto al Bienestar Emocional la HD alcanza los 74.2 puntos y la DP 88 puntos, y en lo relacionado con el Estado Funcional se obtuvo en HD 64.6 puntos y en DP 81.6 punto, por lo que concluyeron que la hipótesis fue falsa ya que la Calidad de Vida de los pacientes en terapia sustitutiva es buena, alcanzando las puntuaciones de 69.4 puntos para la HD y 84.8 puntos para DP, cuyos resultados pueden verse reflejados por el tiempo de los pacientes en HD tienen que acudir a la terapia, mientras que en DP no limita la función social y soporta de mejor manera el dolor corporal. Los pacientes en Diálisis Peritoneal percibieron mejor calidad de vida. Con predominio de funciones emocionales y psíquicas.

A Nivel Nacional

Sánchez J.¹¹ realizó la tesis denominada: Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en el Hospital Jorge Reátegui Delgado EsSalud - Piura en el periodo diciembre 2013 - febrero 2014, siendo el objetivo describir la calidad de vida disgregada en las distintas dimensiones del cuestionario. Los resultados obtenidos fueron la diferencia estadísticamente significativa en el Rol Emocional para el sexo, el componente de salud mental y el rol emocional para las patologías subyacentes, el rol físico y la función social para el tiempo de terapia de hemodiálisis, y un promedio general superior del componente de salud mental sobre la salud física; además se demostró que existen diferencias significativas en la calidad de vida en los pacientes

masculinos y femeninos; la calidad de vida es más favorable en los pacientes con terapia hemodialítica mayor a 9 meses; de igual manera en los pacientes entre los 40 - 60 años comparada con los mayores de 60; la calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus es menos saludable comparada con los que tienen HTA, y, en general el Componente Físico es el más afectado en los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis.

Chávez J.¹² En Lima – Perú, llevó a cabo la tesis titulada: Calidad de vida del paciente renal en el servicio de hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza 2013. El objetivo del estudio fue determinar la calidad de vida del paciente renal en el Servicio de Hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza-2013. Los resultados fueron: Del 100%(50), 56%(28) refiere un nivel de calidad de vida regular, 26%(13) deficiente y 18%(9) bueno. Respecto a la dimensión física, 52%(26) regular, 36%(18) deficiente y 12%(6) bueno. En la dimensión rol físico, 54%(27) regular, 24%(12) deficiente y 22%(11) bueno. En la dimensión dolor corporal, 56%(28) deficiente, 24%(12) regular y 20%(10) bueno. En la dimensión salud general, 60%(30) deficiente, 28%(14) regular y 12%(6) bueno. En la dimensión vitalidad, 54%(27) regular, 28%(14) deficiente y 18%(9) bueno. En la dimensión rol emocional, 40%(20) regular, 32%(16) deficiente y 28%(14) bueno. En la dimensión salud mental, 56%(28) regular, 28%(14) deficiente y 16%(8) bueno. En la dimensión función física, 44%(22) regular, 36%(18) deficiente y el 20%(10) bueno. En conclusión: La calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales en el servicio de hemodiálisis en su mayoría es de regular a deficiente referido a que a pesar de los esfuerzos realizados se cansan al caminar, al subir varios pisos, agacharse o arrodillarse, tiene que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a las actividades cotidianas, en las últimas semanas el dolor corporal le ha dificultado realizar su trabajo o han tenido que

reducir el trabajo, creen que su salud va a empeorar, se han sentido desanimados y deprimidos, estuvieron muy nerviosos y nada le sube de ánimo.

A Nivel Local

No se han encontrado antecedentes a nivel local hasta la fecha de haber culminado el estudio.

1.2. Bases Teóricas Conceptuales

Teniendo como base el objeto de estudio, los aspectos que se abordaran son: calidad de vida, hemodiálisis y la teoría de Enfermería de Jean Watson en quien se sustenta la investigación.

Según OMS, define la Calidad de vida (CV) como el estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente ausencia de dolencia y enfermedad. De esta definición se desprende que la evaluación de la salud no puede estar limitada a los factores clínicos tradicionales basados en variables puramente biológicas. Así, debe valorarse tanto el estado objetivo de la salud, de funcionalidad y de interacción del individuo con su medio, como los aspectos más subjetivos, que engloban el sentido general de satisfacción del individuo y la percepción de su propia salud.¹³

Asimismo la calidad de vida consta con ciertas características relevantes como: el concepto subjetivo en el que cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida, calidad de vida y la felicidad; otra característica es el concepto universal en el que las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas; como tercera característica es la del concepto holístico que hace referencia a las tres

dimensiones incluidas en la calidad de vida considerando al ser humano como un “todo” que constantemente busca su bienestar; la cuarta característica es el concepto dinámico en el que la calidad de vida es diferente dentro de cada persona y cambia en periodos de tiempo; la quinta característica es la interdependencia de tal manera que los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados de tal manera que cuando una persona se siente mal físicamente, le repercute en los aspecto afectivos o psicológicos y sociales.¹⁴

En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud según Esteve¹⁵ la evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar. La definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. Es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual y la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

La World Health Organization¹⁶ ha definido la Calidad de Vida como “la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, metas, expectativas, estándares, normas y preocupaciones”.

Calidad de vida es un concepto amplio que se ha dividido en áreas o dominios como: 1) la salud física, 2) el estado psicológico, 3) el nivel de independencia, 4) las relaciones sociales, 5) las creencias personales y 6) la relación con las características más destacadas del medio ambiente. Es en este sentido, que la operacionalización del concepto Calidad de Vida ha llevado a tal formulación y construcción de instrumentos o encuestas que valoran la satisfacción de personas, desde una mirada general.¹⁶

Ware citado por Moreno ¹⁷ define la calidad de vida como “percepción del bienestar que tiene el individuo acerca de su propia salud física, psicológica y social. Es la valoración que cada persona realiza acerca de su vida y su entorno lo que puede diferir entre individuos, aunque se encuentre bajo las mismas circunstancias”. Además, divide la calidad de vida en 8 dimensiones: 1) función física, 2) rol físico, 3) dolor corporal, 4) salud general, 5) vitalidad, 6) rol emocional, 7) función social, 8) salud mental.

Según Fernández¹⁸ la calidad de vida haciendo alusión al bienestar como un indicador subjetivo, componente de la calidad de vida y medido a través de juicios de satisfacción y felicidad que el individuo experimenta con su vida o con determinadas facetas de la misma. Asimismo, precisa que la calidad de vida relacionada con la salud es una noción más restringida que el termino calidad de vida y ha sido definido como “el valor asignado a la duración de la vida, modificado por oportunidades sociales, percepciones, estados funcionales y discapacidad, provocada por enfermedades, accidentes, tratamientos o políticas.

Es por ello que las autoras coincidiendo con Fernández definen a la calidad de vida como el bienestar expresado a través de sus juicios de satisfacción y felicidad en las dimensiones físicas, mentales, sociales y la percepción general de la salud.

En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), Fernández desarrolla el instrumento para evaluar la CVRS en enfermos crónicos al que denomina PECVEC (perfil de calidad de vida para enfermos crónicos) basado en tres dominios por igual, construyendo el instrumento que consta de tres dimensiones: 1) dimensión física que incluye la capacidad física 2) dimensión psicológica que incluye la función psíquica y el estado de ánimo. 3) dimensión social que incluye la función social y el bienestar social.¹⁸

El mismo autor, justifica esta propuesta en dos razones fundamentales: 1) el constructo CVRS es multidimensional y la evaluación de una dimensión en solitario contradice la premisa esencial de esa concepción multidimensional. 2) es posible que un tratamiento tenga un impacto positivo sobre un dominio de la CVRS y negativo sobre otro.¹⁸

El objetivo principal fue desarrollar un instrumento de medición estandarizado, orientado a la sistematización de los aspectos de la calidad de vida que comprendiera, con idéntica extensión y profundidad, los niveles somáticos, emocionales y sociales del bienestar y el funcionalismo.

LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

El reto fundamental para hacer operativo el concepto de calidad de vida reside en identificar adecuadamente las diversas dimensiones que lo componen. Su complejidad ha de ser reflejo, al menos en parte, de la propia complejidad del ser humano; de no ser así, se corre el riesgo de crear un constructo tan limitador como han de ser los resultados que pretende sustituir.

Un buen punto de partida puede establecerse en la propia diversidad de necesidades humanas. El esfuerzo de descripción y clasificación no puede ocultar el hecho de que todas las necesidades se encuentran profundamente interrelacionadas, por lo que establecer cualquier tipo de jerarquía para su satisfacción tiene efectos contraproducentes, ya que omite relaciones de interdependencia entre las distintas necesidades.¹⁹

Según Ware las 8 dimensiones que integralmente comprenden la calidad de vida y son.¹⁷

- Función Física; Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos.
- Rol Físico; Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras acciones diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en su realización.
- Dolor Corporal: Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.
- Salud General; Valoración personal de la salud que incluye la actual, las perspectivas para el futuro y la resistencia a enfermar.
- Vitalidad; Sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
- Rol emocional; Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias.
- Función social: Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
- Salud Mental: Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general.

Las autoras se basarán en clasificación de Fernández y tomarán en cuenta los tres dominios de la vida humana que este autor propone: física, social y emocional considerando que algunos aspectos de la propuesta de Ware están involucrados en estos dominios.

CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Enfermedad crónica es un concepto que indica un curso prolongado de una enfermedad que puede ser progresivo o letal y que requiere en la mayoría de los casos una atención médica continuada.¹¹

La enfermedad crónica no desaparece, puede manifestar diferentes síntomas, en función de la etiología del curso, de la enfermedad y del pronóstico, también cabe distinguir entre la que contiene una evolución invariable y a la que contempla la expectativa de una muerte precoz.¹²

La calidad de vida de las personas se ve afectada muchas veces por las enfermedades crónicas. Actualmente son las causas principales de muerte en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que había aproximadamente 58 millones de muertes en todo el mundo en 2005, con 35 millones atribuidas a las enfermedades crónicas. En los países en vía de desarrollo con bajos ingresos, las infecciones continúan siendo la causa principal de muerte, pero las enfermedades crónicas no contagiosas están en aumento.¹³

En las últimas décadas, ha existido un progresivo interés en los prestadores de servicios de salud hacia la optimización de la calidad de vida en los enfermos crónicos. Muchas enfermedades crónicas conllevan un deterioro de la calidad de vida, pues afectan de alguna manera la vida laboral y social. En muchas ocasiones, las limitaciones de la enfermedad o la ocurrencia de crisis, aumentan la dependencia y provocan frecuentes y prolongados ingresos hospitalarios. Aunque la trascendencia atribuida a estas limitaciones varía mucho de una persona a otra, la mayoría de los autores identifican que una repercusión de dichas limitaciones puede ser identificada sobre cualquier enfermo.²⁰

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

La enfermedad renal crónica" (ERC) se refiere a la enfermedad que ocurre luego del inicio del daño renal. La severidad del síndrome resultante se puede dividir en estadios, que se extiende desde el daño renal con función conservada (fase 1) hasta el nivel de insuficiencia renal que requiere tratamiento de sustitución renal (fase 5).²¹

La ERC se define como la presencia de un daño renal estructural con velocidad de filtración glomerular (VFG) normal o levemente reducida (VFG 60-90 ml), independientemente de la etiología subyacente. La evidencia del daño estructural potencialmente progresivo puede derivar de un estudio histológico o imagenológico, o de las alteraciones persistentes del examen de orina por un plazo superior a tres meses, particularmente la presencia de albuminuria.²¹

El daño renal se diagnostica habitualmente mediante marcadores en vez de por una biopsia renal por lo que el diagnóstico de ERC, ya se establezca por un FG disminuido o por marcadores de daño renal, puede realizarse sin conocimiento de la causa. El principal marcador de daño renal es una excreción urinaria de albúmina o proteínas elevada.²²

Yepes.²³, afirma que la estimación de la calidad de vida en pacientes con ERC sin diálisis ni trasplante se encuentra disminuida con relación a los estudios encontrados en población general sana, pero puede considerarse mayor si se compara con valores expresados por pacientes expuestos a diálisis

La enfermedad renal crónica somete al paciente a múltiples limitaciones como mermar la capacidad de trabajar, lo que influye en la realidad socioeconómica, que combina ausencia de soporte social, altos niveles de desocupación y disminución o carencia de

ingresos familiares. Por todo esto es que se ve a diario, una grave afectación en la calidad de vida de los pacientes a través de aspectos tales como estado nutricional, fallas en la autoestima, depresión, imposibilidad de adquirir medicamentos, acceder a estudios complementarios, sostener a sus familias y otras.²²

Entonces resulta necesario, para las intervenciones, conocer cuáles son las necesidades que la familia requiere en ese momento y que cambios se propician a partir de que hay una alteración en la vida cotidiana a la que se está acostumbrado a llevar, éstos pueden ir desde la economía familiar hasta generar algunos trastornos o frustraciones en los miembros de la familia que pueden llegar a complicar o a desintegrar la misma, de tal manera que la propuesta se pueda generar en base a las necesidades reales y permita resolver los problemas emocionales que se generan a partir de la enfermedad.²⁴

El apoyo social ofrecido al paciente renal crónico y cómo se percibe es de suma importancia para el desarrollo de nuevas estrategias para ayudar en la preservación de la calidad de vida, aliviar el sufrimiento ante la enfermedad que tanto debilita y convierte en dependiente.²⁴

HEMODIÁLISIS EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Hemodiálisis es el tratamiento depurativo, realizado a través de un acceso vascular (catéter o fístula), con dirección hacia un circuito extracorpóreo y membrana artificial donde se produce la diálisis con regreso de la sangre una vez depurada, a través del acceso, al organismo.²⁵

La diálisis impone modificaciones en el estilo de vida familiar. El tiempo que debe dedicarse a ella (dos a tres veces a la semana durante 3 a 4 horas aproximadamente) reduce el tiempo para acudir a actividades sociales y puede originar conflictos,

frustración, sensaciones de culpabilidad y depresión en la familia. Es frecuente que familiares y amigos consideren al enfermo como una “persona marginal”, con esperanza de vida limitada. También suele ser difícil que el paciente, cónyuge y familia expresen la ira y otros sentimientos negativos. Si bien son normales en esta situación, estos sentimientos con frecuencia son profundos y abrumadores, de manera que se requiere asesoría y psicoterapia.²⁶

Todos estos factores, derivados de la condición patológica del paciente como la implicancia que tiene en su estado psicológico y social, repercuten directamente en la calidad de vida de éstos.²⁶

La hemodiálisis en una persona con enfermedad renal crónica tiene como objetivo restablecer el medio líquido intracelular y extracelular propio de la función renal normal. Esto se logra por el transporte de solutos, como la urea, desde la sangre al dializado y por el transporte de solutos, como el bicarbonato, del dializado hacia la sangre. Este proceso constituye la ultrafiltración.²⁵

Antes de cada sesión de diálisis, se debe evaluar el estado fisiológico del paciente, para integrar cada componente del dializado a fin de lograr la velocidad deseada y la eliminación de líquidos y solutos necesaria.²⁶ Al reemplazar la función excretoria del riñón, la diálisis pretende eliminar el complejo sintomático conocido como síndrome urémico. Las membranas actuales de hemodiálisis de alto flujo tienen poros de mayor tamaño que las de antes y permiten el pasaje de toxinas urémicas más grandes. En tanto que, un componente importante de la diálisis es el tiempo de tratamiento, que puede influir sobre la capacidad para eliminar los solutos y el exceso de líquido acumulado.²⁶

La hemodiálisis constituye una modalidad terapéutica de sustitución de la función renal que hoy es aplicada mundialmente a cerca de 1 millón de pacientes con falla renal y que

puede garantizar por varios años una adecuada calidad de vida en estos enfermos. Para ello, es necesario garantizar la eficacia de la misma, que es igual a controlar la suma de los múltiples detalles que la integran y que a largo plazo determinan la supervivencia del enfermo y las propiedades de la misma.²⁵ Es decir, aunque el tratamiento de hemodiálisis es indispensable para la supervivencia del paciente, produce efectos físicos adversos en él, entre ellos, desnutrición debida a la eliminación de nutrientes, insomnio, fatiga, pérdida de movilidad, cansancio, palidez, hinchazón en los pies y tobillos, así como mal sabor en la boca producto de la no eliminación de desechos.²⁶

CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE HEMODIÁLISIS

En las personas que reciben tratamiento sustitutorio de hemodiálisis, la calidad de vida suele verse afectada por el deterioro en las relaciones familiares, maritales, condición laboral/ocupacional, situación económica, estado de salud y aspectos sociales.²⁴

Tovbin ²⁷ en su investigación demostró que la dimensión física era una de las más afectadas, debido a que generaba mayor insatisfacción en los pacientes con ERC. Mientras que para Hailey y Moss²⁸ entre las variables físicas más relevantes estaba el síndrome urémico, que se caracterizaba por una sensación general de debilidad, náuseas, vómito, falta de apetito y percepción de mal sabor en la boca.

La teoría de enfermería que sirve de sustento a la presente investigación es la teoría del cuidado humano de Jean Watson.

TEORÍA Y FILOSOFÍA DE JEAN WATSON

Watson reconoce que el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente *llegar a ser*, este ser es un *ser en relación*

a otro que lo invoca. Este llamado desde el otro, *absolutamente otro*, es la base fundadora del cuidado en general y, a la vez, del cuidado profesional propio de la enfermería. Este cuidado profesional es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud. Si bien todo cuidado responde a una necesidad, el cuidado sanitario tiene metas específicas, se apoya en un contexto epistemológico, y se formaliza y desarrolla por medio de una serie de técnicas aprendidas en la formación profesional de enfermería.²⁹

Jean Watson basa la confección de su teoría en siete supuestos y diez factores de cuidados o factores caritas de cuidados (FC), los que serán examinados. En primer lugar, los supuestos, que son premisas asumidas como verdad sin comprobación, se detallan a continuación.²⁹

- *El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal*, es decir, el cuidado se transmite de acuerdo a las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades; y en forma particular, en enfermería de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales. Los cuidados son contextuales a la época, al lugar geográfico, a las necesidades de una población o de un individuo en particular, y a los elementos con que se cuenta y por ello requieren de un conocimiento del ambiente que rodea al individuo y del conocimiento del individuo en sí.
- *El cuidado está condicionado a factores de cuidado, destinados a satisfacer necesidades humanas.* El cuidado tiene destino, efectos y objetivos.
- *El cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar.* El cuidado promueve la satisfacción de necesidades, por tanto, propende a la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente.

- *Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial* que permite al individuo elegir la mejor opción, para él o ella, en un momento preciso.
- *La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa.* El cuidado no es sólo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud.
- *La práctica del cuidado es central en la enfermería.* Un individuo debe ser acompañado en las fases de toma de decisiones y no sólo ser un receptáculo de información. El acompañar es necesario para que, paulatinamente, el individuo descubra cómo, desde una situación particular, puede encontrar la mejor solución desde su propia realidad. Enfermería, entonces, debe focalizarse en un acompañar sensible pero responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica.

En segundo lugar, se detallan los 10 Procesos Caritas anteriormente denominados factores de cuidado. Son factores que se encuentran en los momentos de cuidado entre enfermera y persona sujeto de cuidado, siendo una base teórica, filosófica y práctica para enfermería y así entender a un nivel más profundo las dimensiones del proceso de vida de las experiencias humanas.²⁹

1. *Práctica amorosa de la bondad y de la ecuanimidad dentro del contexto.*²⁹

Anteriormente denominado: formación humana-altruista en un sistema de valores. Constituye el acto de relación de personas, donde se cuenta la experiencia de ambas. Por un lado, el campo fenomenológico de la persona sujeto de cuidado, así como el de la enfermera, sumando a ello la experiencia de sus vidas como un acto donde se puede confluir. Se refiere a como la enfermera brinda el cuidado y como la persona responde a ello.

2. *Presencia (ser/estar) en un sistema de creencias profundo y apoyar el mundo subjetivo de uno mismo y del ser cuidado compatible con su libertad, siendo éste un ser para el cuidado.*²⁹ Anteriormente denominado: inculcación de la fe y la esperanza.

Constituye el momento en el cual las creencias de la persona en la práctica espiritual son una fuente de inspiración y de fundamento para su proceso de cuidado y curación. No cuestiona la existencia de la creencia como tal, sino que impulsa la existencia de experiencias espirituales en la persona como un fenómeno humano.

3. *Cultivo de prácticas espirituales propias y del yo transpersonal más allá del ego, hacia la apertura a los demás con sensibilidad y compasión.*²⁹ Anteriormente denominado: cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás. Es importante dentro del marco del cuidado permitir que la persona exprese su ser de “ser humano”, es invaluable permitir y cultivar en las personas la expresión de su ser que siente y se manifiesta; en muchas ocasiones, en la práctica rutinaria de los cuidados, las enfermeras dejan de lado el permitir la sensibilidad de las personas y se enfocan en el tratamiento del estado de salud actual y no en la persona integralmente.

4. *Desarrollar y mantener una auténtica relación de cuidado fundada en una relación de cuidado fundada en una relación de ayuda-confianza.*²⁹ Expresa claramente la necesidad de crear una relación transpersonal con la persona, no rutinaria ni típica, ni generalizada. No podemos proporcionar los mismos cuidados a diez adultos mayores con hipertensión. Cada uno de ellos es distinto porque es un ser humano, es individual y único. Debemos cultivar fuera del tiempo y espacio una relación de confianza.

5. *Presencia y apoyo de expresión de sentimientos positivos y negativos con una conexión espiritual con el yo y con el ser cuidado.*²⁹ Constituye el permitir por parte de enfermería que la persona sujeto de cuidado exprese aquello que le parece positivo y

aquello con lo que no está conforme. Constituye un acto de solidaridad con la persona de permitirle expresar la libertad de su ser.

6. *Uso creativo de las vías de conocimiento como parte del proceso de cuidado.*²⁹

Anteriormente se denominaba: el uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial. Más allá de la sistematización que no es acorde a la Teoría del Cuidado humanizado, está el uso de la creatividad de la enfermera para poder proporcionar cuidados. El uso del proceso de enfermería no supone un impedimento para ello, pues se ha demostrado que ayuda en la formación de un pensamiento crítico, reflexivo y creativo en la enfermera. En sus manos está no permitir que ese cuidado se sistematice en formatos vacíos, en cuidados generalizables, en momentos rígidos, sino en la expresión del cuidado como máxima de su utilización.

7. *Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro.*²⁹ Consiste en hacer partícipe a la persona de su proceso de cuidado. No implica que al enseñarle será responsable de sus propios cuidados, sino que también supone una relación de colaboración de su parte en el proceso de cuidar. Algo que también destaca este factor del proceso es que el cuidado se brinda poniendo atención y atendiendo a las necesidades sentidas por el usuario también.

8. *Crear entorno de curación en todos los niveles: físico, no físico, belleza, comodidad, dignidad y paz.*²⁹ Anteriormente era: crear un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural. Supone no sólo el hecho de hacer por ejemplo, que la habitación donde está la persona será modificada. Este factor va más allá de la situación externa como es mantener el lugar seguro, libre de riesgos, confortables y limpio, hasta la situación interna que conlleva un ambiente de

relajación y paz para la persona en los diversos actos de cuidar como: proporcionar comunicación adecuada o brindar protección en momentos difíciles, construyendo con la persona un ambiente armónico más allá del físico, si se está por ejemplo cambiando la ropa de cama, administrando medicación o brindando baño.

9. *Ayudar con las necesidades básicas con conciencia de cuidado y potenciar la alineación mente-cuerpo-espíritu, permitiendo que emerja la espiritualidad.*²⁹

Anteriormente era: asistir en la gratificación de necesidades humanas. Este factor implica la satisfacción completa de las necesidades humanas de la persona, no sólo aquellas físicas involucradas en el momento que vive, por ejemplo en la enfermedad, sino que todas las necesidades son responsabilidad de enfermería desde un enfoque de cuidado y curación, considerando desde las básicas hasta las de trascendencia. El término espiritual no evoca la relación religiosa, sino la conexión perfecta entre cuerpo-mente-espíritu cuando las necesidades están satisfechas.

10. *Abrirse y atender a dimensiones espiritual- misteriosa y existencial de vida-muerte, cuidar el alma propia y del ser cuidado.*²⁹ Implica estar abierto al momento de cuidado, no focalizar este momento en situaciones rígidas y faltas de contemplación. Implica no solo estar pendiente de las necesidades físicas, sino abrirse a identificar otras necesidades, conectándose con el factor anterior. Se habla de comprender a la persona como un todo, es decir, no fragmentar el conocer a la persona por su estado de salud o su patología, sino comprenderla a la persona como un todo, es decir , no fragmentar el conocer a la persona por su estado de salud o su patología, sino comprenderla como ser humano, con respuestas humanas.

CAPÍTULO II

MÉTODOS Y MATERIALES

CAPÍTULO II: MÉTODOS Y MATERIALES

2.1. Tipo de Investigación

Según el paradigma, la presente investigación es de tipo cuantitativa: puesto que se ha estudiado un fenómeno de la realidad, la cual está altamente estructurada, especificando las características principales del diseño antes de obtener un sólo dato. Asimismo, recoge y analiza datos sobre variables y estudia las propiedades y fenómenos cuantitativos.³⁰

Según el período de recolección de datos, es transversal porque implica la recolección de datos en un solo periodo de tiempo.

Según el diseño esta investigación es de tipo no experimental: porque observa los fenómenos tal y como ocurren naturalmente, sin intervenir en su desarrollo.³⁰

2.2. Diseño de la investigación

El tipo de diseño empleado en la presente investigación es el descriptivo simple, el cual se representa a través del siguiente esquema:



En donde:

M: Muestra: Personas que reciben el tratamiento de hemodiálisis en la Clínica María Auxiliadora- Chiclayo.

O: Variable de Estudio: Calidad de vida de las personas hemodializadas de la Clínica María Auxiliadora. – Chiclayo, 2017

2.3. Población y Muestra

La población está conformada por 80 personas que reciben el tratamiento de hemodiálisis en la Clínica María Auxiliadora- Chiclayo.

Por ser una población pequeña todos los integrantes de la población que reunieron los criterios de inclusión, constituyeron la muestra, por lo tanto, se trata de una muestra censal, la cual consideramos adecuada y representativa,

Criterios de Inclusión:

- Todas(os) las personas que reciben tratamiento de hemodiálisis en la Clínica María Auxiliadora- Chiclayo con más de seis meses de haber iniciado el mismo.
- Todas las personas que acepten voluntariamente participar en la investigación, basados en el derecho de autonomía.
- Personas lucidas, orientadas en tiempo, espacio y persona.

2.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

En ésta investigación se usó como técnica la encuesta, la cual está destinada a obtener datos de la población en estudio cuyas opiniones impersonales interesan a las investigadoras; asimismo se utilizó como instrumento un cuestionario de escala tipo Likert con 21 ítems. Cabe indicar que se ha tomado como base el instrumento propuesto por Fernández, J. ¹⁸ “Perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica “uniendo algunas dimensiones que están inmersas unas con otras, considerando sólo tres: dimensión

física, dimensión psicológica y dimensión social, cada uno de ellas con sus respectivos indicadores.

Cabe indicar además que al unir algunas dimensiones se validó este instrumento mediante el Juicio de Expertos, conformado por 3 profesionales de enfermería especialistas en nefrología con más de 5 años de experiencia en el área. (*anexo 2*). Esta validación se considera como una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones sobre el mismo.³⁰

La confiabilidad de este instrumento se logró mediante una prueba piloto realizada con 30 pacientes de una clínica local diferente al escenario donde se llevó a cabo el estudio, aplicando luego el alfa de Cronbach obteniendo como resultado 0,79 (*anexo 03*). Esta prueba da a conocer que la medición con este será estable y consistente, dándonos a conocer que todas las preguntas del cuestionario van en la misma dirección; es decir cada pregunta tiene el mismo sentido de respuesta, su resultado debe ser lo más cercano a 1, ya que menos de 0.75 se considera no confiable y no valida²⁰. En la investigación el resultado del alfa de Cronbach aplicado al instrumento fue de 0.90; por lo que se considera que el instrumento tiene un nivel de alto confiabilidad.

2.5. Procesamiento y Análisis de Datos

Para el tratamiento de datos se utilizó el programa Excel 2016 de Windows y el software estadístico SPSS versión 21, donde la información obtenida se analizó mediante estadística descriptiva como porcentajes, usando como requisitos, la precisión, claridad y consistencia en relación con los resultados obtenidos, organizado de manera uniforme,

completa y ordenada de manera que facilite la codificación y tabulación. Los resultados se presentan en tablas, según los objetivos planteados por las investigadoras. El análisis y discusión de la información se basó en diversos aportes teóricos que dieron consistencia a los resultados.

SIEMPRE	5
CASI SIEMPRE	4
INDIFERENTE	3
AVECES	2
NUNCA	1

Una vez aprobado el proyecto de investigación por la Unidad de Postgrado de la Facultad de Enfermería en la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, se procedió a presentarlo a la instancia correspondiente de la Clínica María Auxiliadora; dicha institución emitió la autorización correspondiente para el desarrollo de la investigación.

Posteriormente, se acudió a la unidad de Hemodiálisis previa coordinación con la enfermera jefa, en donde se explicó sobre la investigación y fines que perseguía. Para la aplicación del instrumento de recolección de datos, se coordinó los días que llegan los pacientes a hemodializarse.

Se dio a conocer a cada uno de ellos los objetivos, principios éticos y de científicidad que regían la investigación, se firmó el consentimiento informado, y se procedió a la aplicación del cuestionario en un tiempo de 30-45 minutos aproximadamente.

2.6. Criterios de Cientificidad

Los criterios de cientificidad tomados en cuenta fueron:³¹

Objetividad

Es el elemento indispensable en la formación del conocimiento sobre la realidad, es decir, significa entender que hay muchas maneras o formas de analizar la realidad y que conocer dichas formas puede ayudar a superar el subjetivismo propio de la investigación.³¹ Este principio se tuvo en cuenta al comprobar la validez y confiabilidad del instrumento por juicio de expertos, para que la comunidad objeto de investigación, que son los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en la Clínica María Auxiliadora de Chiclayo respondieran objetivamente.

Validez

Se define en función de la capacidad de un procedimiento de tener como efecto una respuesta correcta, es decir, el grado en que los resultados de una investigación son interpretados correctamente.³¹ En este orden de ideas, la validez permite saber si el investigador observó realmente lo que pensaba observar. En la investigación, los datos recolectados son las que se observaron y los fenómenos están bien definidos, según los objetivos planteados.

Fiabilidad o confiabilidad

Se considera la confiabilidad como el grado en el que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes.³² Para la investigación cuantitativa la fiabilidad o confiabilidad se refiere directamente a los datos, y no a las técnicas o instrumentos de medida y observación.

Confidencialidad

Se refiere a que la información expresada por los participantes en la investigación, no se hará público para otros fines, asegurando en todo momento el anonimato para lo cual se asignó un código a cada encuesta.

2.7. Principios Éticos

La expresión "principios éticos básicos" se refiere a aquellos conceptos generales que sirven como justificación básica para los diversos principios éticos y evaluaciones de las acciones humanas.³³

Principio de respeto de la Dignidad Humana.

La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad constituyen fin supremo de la sociedad y del Estado y fundamento para el ejercicio de los derechos que le son propios.

La dignidad intrínseca de la persona humana prohíbe la instrumentalización de ésta. La persona humana es considerada siempre como sujeto y no como objeto.

Las diversidades culturales y plurales de nuestro país no pueden representar una justificación para transgredir los legítimos límites que establece el reconocimiento del principio de respeto de la dignidad humana.

Es por ello que en la presente investigación se considera la dignidad de la persona como el de respeto y rechazo de toda manipulación, y no como un medio para lograr nuestros fines personales.

Dado que los seres humanos son libres y con la capacidad de efectuar elecciones en la presente investigación, las personas tienen toda la libertad de elegir entre participar o no de la investigación, debido a que la capacidad de elegir propia de un ser humano debe ser respetada.

Principio de autonomía y responsabilidad personal

La autonomía debe siempre estar orientada al bien de la persona humana y nunca puede ir en contra de su dignidad. En este sentido viene integrada a la responsabilidad personal.

Esta investigación se desarrolló respetando el consentimiento previo, libre, expreso e informado de la persona, basado en información adecuada, tratándola como persona libre y capaz de tomar sus decisiones, por ello se firmó previamente el consentimiento informado.

Principio de beneficencia y ausencia de daño

Al fomentar y aplicar el conocimiento científico, se deberá tener como objetivo el bien de la persona. Ese bien abarca el bien total de la persona humana en su integridad y en su concreta situación familiar y social. Existe la obligación de no producir daño intencionadamente.

Es por esto que la presente investigación no represento para la persona riesgos y efectos nocivos desproporcionados a sus beneficios, es decir no se le expuso a ningún daño.

Principio de igualdad, justicia y equidad

Toda investigación en torno a la vida humana considerará la igualdad ontológica de todos los seres humanos, indistintamente de la etapa de vida por la que éstos atraviesen. Teniendo en cuenta este principio, en la realización de esta investigación se dará un trato

equitativo permitiendo la inclusión y respetando la multiculturalidad de las personas como sujetos que participan en la investigación.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para la OMS,³ el término calidad de vida es definido como: “la percepción de un individuo respecto a su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones”, por lo tanto, determinar la calidad de vida de la persona con ERC es muy importante porque revela el impacto de la enfermedad en las actividades diarias, el afrontamiento y la aceptación de la cronicidad de la dolencia para un tratamiento eficaz.

Las autoras a su vez coincidiendo con Ware,¹⁷ definen la calidad de vida como “percepción del bienestar que tiene el individuo acerca de su propia salud física, psicológica y social. Es pues, la valoración que cada persona realiza acerca de su vida y su entorno lo que puede diferir entre individuos, aunque se encuentre bajo las mismas circunstancias”.

A continuación, se presentan los resultados y discusión a la luz de los objetivos formulados:

Tabla 1.

Calidad de Vida de las personas hemodializadas.

CALIDAD DE VIDA	N°	%
Calidad de vida alta	31	39.00
Calidad de vida media	03	04.00
Calidad de vida baja	46	57.00
TOTAL	80	100.00

Fuente: Calidad de vida aplicado a las personas hemodializadas en la Clínica María Auxiliadora. Chiclayo, 2017.

En relación al objetivo general que es determinar la calidad de vida de la persona sometida a hemodiálisis como se aprecia en la tabla No. 01 es baja en un 57%, alta en un 31%, esto se puede explicar si se considera que la calidad de vida consta con ciertas características relevantes como: el concepto subjetivo en el que cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida, calidad de vida y la felicidad; otra característica es el concepto universal en el

que las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas; como tercera característica es la del concepto holístico que hace referencia a las tres dimensiones incluidas en la calidad de vida considerando al ser humano como un “todo” que constantemente busca su bienestar; la cuarta característica es el concepto dinámico en el que la calidad de vida es diferente dentro de cada persona y cambia en periodos de tiempo; la quinta característica es la interdependencia de tal manera que los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados de tal manera que cuando una persona se siente mal físicamente, le repercute en los aspecto afectivos o psicológicos y sociales.¹⁵

Por otro lado, Esteve¹⁵ afirma que la evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente sobre su bienestar. La definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. Es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual y la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

Los resultados generales coindicen con investigaciones realizadas por Chavez, J.¹² en su tesis calidad de vida del paciente renal en el servicio de hemodiálisis, Hospital Arzobispo Loayza 2013- Lima, quien concluye que la calidad de vida en personas hemodializadas es 56% regular, 26% deficiente y 18% buena.

Las autoras tomando en consideración lo descrito para valorar la calidad de vida de las personas con tratamiento sustitutorio de hemodiálisis se han considerado establecer la calidad de vida en tres dimensiones, resultados que se analizan y discuten a continuación:

Tabla 2.

Calidad de vida en relación a la Dimensión física de las personas hemodializadas.

DIMENSIÓN FÍSICA	N°	%
Calidad de vida alta	22	28.00
Calidad de vida media	05	06.00
Calidad de vida baja	53	66.00
TOTAL	80	100.00

Fuente: Calidad de vida aplicado a las personas hemodializadas en la Clínica María Auxiliadora. Chiclayo, 2017.

Así tenemos que, en la tabla 2 se puede observar que, la calidad de vida en relación al Aspecto Físico de las personas hemodializadas de la Clínica María Auxiliadora de Chiclayo se encuentra ubicada en un nivel bajo, con el 66%; asimismo, el 28% se ubica en el nivel alto y solo el 6% en el nivel medio.

Estos resultados se pueden explicar debido a que una persona con Insuficiencia renal crónica presenta una serie de alteraciones físicas entre ellas grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, situación que no es ajena a las personas sujeto de estudio. Tales molestias afectan su calidad de vida física como se puede observar en el anexo 3 (tabla aux.05) en el cual se evidencia que los aspectos más afectados en la dimensión física son: su salud actual no les permite realizar esfuerzos físicos como subir escaleras, alzar peso, arreglar su casa con un 87%(70) asimismo presenta algún tipo de dolor con un 80% (64) y por ultimo no duermen normalmente 6 a 8 con el 64%(51). Como se aprecia las necesidades afectadas son en su mayoría las fisiológicas de supervivencia, entre ellas la evitación del dolor, el sueño y la de movimiento y ejercicio, necesidades denominadas biofísicas según Watson.²⁹

Cabe indicar que los resultados descritos coinciden con investigaciones previas como la realizada por Chávez J,¹² en Lima – Perú en su estudio: Calidad de vida del paciente renal

en el servicio de hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza 2013 en la cual encontró que, la dimensión física, 52%(26) es regular, 36%(18) deficiente y 12%(6) bueno.

De igual forma, coincide con los resultados obtenidos por Sánchez, J. ¹¹ en la ciudad de Piura - Perú, quien realizó la tesis titulada “calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en el Hospital Jorge Reátegui Delgado ESSALUD-Piura periodo 2013-2014, quien concluyó que el componente físico es el más afectado en los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis.

La persona es considerada un ser holístico, considerándolo como un “todo” que constantemente busca su bienestar, donde sus dimensiones están interrelacionadas, esto quiere decir que si una dimensión se afecta repercute en el “*todo de la persona*” ²⁹, es así que bajo esta premisa se analizan los resultados obtenidos en la dimensión social y psicológica.

Tabla 3.

Calidad de vida en relación al Aspecto Psicológico de las personas hemodializadas.

ASPECTO PSICOLÓGICO	Nº	%
Calidad de vida alta	34	43.00
Calidad de vida media	03	04.00
Calidad de vida baja	43	53.00
TOTAL	80	100.00

Fuente: Calidad de vida aplicado a las personas hemodializadas en la Clínica María Auxiliadora. Chiclayo, 2017.

En la tabla N°03 se aprecia que, la calidad de vida en relación al Aspecto Psicológico de las personas hemodializadas de la Clínica María Auxiliadora de Chiclayo se encuentra ubicada en un nivel bajo, con el 53%, a diferencia del 43% que se encuentra en un nivel alto y el 4% en un nivel medio.

Según Fernández, J¹⁸. La dimensión psicológica incluye la función psíquica y el estado de ánimo, es así que los resultados presentados en el Anexo 03 (tabla aux.06) demuestran que

los pacientes en hemodiálisis en un 49% se sienten tensos y nerviosos siempre o casi siempre; a veces y nunca se sienten asustados 74% y un 58% se siente preocupado siempre o casi siempre.

Cabe indicar sin embargo que resultados diferentes se dan cuando se les pregunto si se sienten esperanzados siempre y casi siempre obtuvieron un resultado de 55% y felices obteniendo un resultado de siempre y casi siempre de 52%. Esto se podría explicar debido a que superan su estado de ánimo con estados psíquicos muy importantes como la fe y la esperanza que ayudan a sobrellevar esta dolencia física, aspecto destacado por Jean Watson²⁹ como un factor de cuidado importante que debe tener en cuenta el profesional de enfermería para mantener el bienestar de la persona.

Asimismo, la calidad de vida consta con ciertas características relevantes como: el concepto subjetivo en el que cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida, calidad de vida y la felicidad; otra característica es el concepto universal en el que las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas;

Los resultados encontrados en la presente investigación coinciden con Yanza H.¹⁰ quien en la tesis titulada: Análisis de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en el Hospital Teófilo Dávila-Ecuador 2013, cuyo objetivo principal fue, realizar un análisis sobre la calidad de vida en pacientes con IRC sometidos a diálisis determino que las dimensiones de Calidad de Vida (CV) que obtuvo los peores resultados fue la relacionado con la Salud General con 58.2 puntos en HD y 71.4 puntos en DP, en cuanto al Bienestar Emocional la HD alcanza los 74.2 puntos y la DP 88 puntos.

Tabla 4.

Calidad de vida en relación al Aspecto Social de las personas hemodializadas.

DIMENSIÓN SOCIAL	N°	%
Calidad de vida alta	38	47.0
Calidad de vida media	02	03.0
Calidad de vida baja	40	50.0
TOTAL	80	100.00

Fuente: Calidad de vida aplicado a las personas hemodializadas en la Clínica María Auxiliadora. Chiclayo, 2017.

En la Tabla 04, se muestra los resultados de la calidad de vida en relación al Aspecto Social de las personas hemodializadas de la Clínica María Auxiliadora de Chiclayo (tabla 4), encontrándose ubicada en un nivel bajo, con el 50%. Sin embargo, el 47% se ubica en un nivel alto y solo el 3% en un nivel medio.

El aspecto social es el grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual ¹⁸, es así que los aspectos más afectados en la dimensión social como se muestran en el anexo 03 (tabla Aux. 07) que el paciente en HD no tiene contacto con sus amigos a veces y nunca con un 56% mientras que solo un 38% casi siempre y siempre tiene contacto con sus amistades; sin embargo, los porcentajes muestran que dimensión social en el paciente hemodializado no se ve afectada pues un 82% no se sienten rechazados, un 76% se sienten interesados por algo en su vida y un 59% se sienten a gusto con la familia.

Cabe resaltar que en esta dimensión el porcentaje de afectación es menor que en las otras dimensiones y que esto se relaciona con que la persona afectada valora en gran medida el apoyo familiar, aspecto de suma importancia para incentivar en la familia de estos pacientes a brindarle compañía y así convertirse en recurso de apoyo frente a su situación.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES

4.1. Conclusiones

- La calidad de vida de las personas hemodializadas de la Clínica María auxiliadora de Chiclayo es baja con un 57% a diferencia del 39% que se encuentra en un nivel alto y solo el 4% en un nivel medio, siendo la dimensión más afectada la dimensión física, seguida de la psicológica y la dimensión social
- La calidad de vida de la persona hemodializadas en la dimensión Física, en la Clínica María auxiliadora de Chiclayo, se encuentra ubicada en un nivel bajo con el 66%, calidad de vida media 6% y calidad de vida alta 28%.
- La calidad de vida de la persona hemodializadas en la dimensión psicológica, en la Clínica María auxiliadora de Chiclayo se encuentra ubicada en un nivel bajo, con el 53%, seguido de nivel medio con un 4% y nivel alto con un 43%.
- La calidad de vida de la persona hemodializadas en la dimensión social en la Clínica María auxiliadora de Chiclayo se encuentra ubicada en un nivel bajo, con el 50% seguido con nivel medio 3% y nivel con un 47%.

CAPÍTULO V

RECOMENDACIONES

CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES

5.1. Recomendaciones

A los profesionales de Enfermería

- Considerar los resultados de la presente investigación a fin de valorar la importancia del cuidado holístico de la persona, ya que como se ha demostrado cuando se presenta una dolencia física se afecta todas las dimensiones del ser humano.
- Realizar estudios de tipo cualitativos relacionados con la Calidad de Vida de los pacientes hemodializados, para determinar a profundidad los sentimientos, emociones y reacciones que tienen frente a esta dolencia.

A las autoridades de la institución de salud

- Considerar la posibilidad de implementar un ambiente de consejería con equipo interdisciplinario para brindar atención a la familia y a los pacientes hemodializados donde se enfatice el rol de la familia como sistema de apoyo del paciente que permita mejorar su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

1. Rodríguez E, Campillo M, Aviles. M. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia. [Versión PDF] 2011 [viernes, 05 de octubre de 2015 10:30:51 p.m.] URL disponible en

<http://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/Calidad-de-vida.pdf>.
2. Levey A. Enfermedad renal crónica como problema global en salud pública: Abordajes e iniciativas, EEUU – 2011.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Documento estadístico online. [Versión PDF] 2010 [viernes, 25 junio de 2016 7:40:20 pm.] URL disponible en www.ops.org.bo/servicios.
4. Montalvo R. Estado Situacional de los Pacientes con Enfermedad Renal Crónica y la Aplicación de Diálisis como tratamiento en el Perú, Lima- 2015.
5. Margolles M, Donate I. Dirección general de salud pública y participación en Calidad de vida- España. [Versión PDF] 2012 [viernes, 17 junio de 2016 10:30:20 pm.] URL disponible en

http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/Encuesta%202008:%20Informes%20breves/3_calidadvida_I.pdf
6. Capote E. Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal Cuba- 2012. Tesis para optar licenciatura Cuba.
7. García C, Rodríguez G. Calidad De Vida en Enfermos Crónicos. [Versión PDF] 2012 [viernes, 24 junio de 2016 7:40:20 pm.] Disponible en

<http://www.redalyc.org/pdf/1804/180417670002.pdf>.

8. Contreras F. Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Bogotá 2013. Tesis para optar licenciatura
9. Gómez D. Autocuidado y calidad de vida en personas con hemodiálisis. [Tesis de maestría]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería. 2014.
10. Yanza H. Análisis de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis en el Hospital Teófilo Dávila de julio a septiembre del 2013. [Tesis título Médico Cirujano]. Universidad Técnica de Machala. Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud.
11. Sánchez J. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en el Hospital Jorge Reátegui Delgado EsSalud - Piura en el periodo diciembre 2013 - febrero 2014. [Artículo en línea]. 2014. [Consulta: 15 de junio del 2017]. Disponible en

<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/450>
12. Chávez J. Calidad de vida del paciente renal en el servicio de hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza 2013. [Tesis licenciatura]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. 2014.
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Documento estadístico online. [Versión PDF] 2010 [viernes, 25 junio de 2017] URL disponible en

www.ops.org.bo/servicios.

14. Rodríguez A. “Características de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica estadios I, II, III, IV “. Medellín - 2012.
15. Esteve M, Roca J. Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro. Barcelona -2009.
16. Word Health Organization. Calidad de vida y salud. Vol. 17. Suiza, 1996.
17. Moreno B, Ximenez C. Evaluación de la calidad de vida. Ed. Universidad Autónoma, Madrid. 2014.
18. Fernández J. El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica. Ed. Elsevier. España, 2016.
19. Schaloch R, Verdugo M. Dimensiones e indicadores de calidad de vida. Madrid. Alianza editorial, 2003.
20. Contreras F, Esguerra G, Espinoza J, Gómez V. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis [versión PDF] 2013 [26 de julio 2016 a las 6:40:20pm] disponible en:

http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-15_169-179.pdf.
21. Mera M. Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Chile -2013. Tesis para optar la licenciatura de Enfermería Universidad Austral de Chile.
22. Mezzano S, Aros. C, Enfermedad renal crónica: clasificación, mecanismos de progresión y estrategias. Chile [versión PDF] 2005 [martes 19 julio 2016 7:30:10 pm] disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v133n3/art11.pdf>.

23. Yepes C. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica sin diálisis ni trasplante de una muestra aleatoria de dos aseguradoras en salud-Medellín. [Versión PDF] 2011 [miércoles, 10 agosto de 2016 11:00 p.m.] URL disponible en <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P1-E31/P1-E31-S1332-A446.pdf>.
24. Merce G. La enfermedad crónica y la familia. [Versión PDF] 2011 [sábado 9 de Julio de 2016 2:30:40 am.] disponible en http://www.centrelondres94.com/files/La_enfermedad_cronica_y_la_familia.pdf.
25. Silva Tobar S. Hemodiálisis: antecedentes históricos, su epidemiología en Latinoamérica y perspectivas para el Ecuador. Revista de Ciencia, Tecnología e innovación [internet].2016; [citado 28 Julio 2016]; vol (3); 1-19. Disponible en <http://186.46.158.26/ojs/index.php/EPISTEME/article/viewFile/210/117>
26. Álvarez Y. Hemodiálisis de urgencia en el instituto de nefrología. La Habana. [versión PDF] 2012 [31 de Julio 2016] disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v10n3/rhcm08311.pdf>.
27. Tovbin D, Gidron Y, Granovsky, R, Schnieder A. Importancia relativa e interrelaciones entre los factores psicosociales y la calidad de vida individualizada de los pacientes en hemodiálisis. España. [versión PDF] 2003 [3 de octubre 2011] Disponible en <http://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1025101601822>
28. Hailey B, Moss S. Comportamiento de cumplimiento en pacientes sometidos a hemodiálisis. España [versión PDF] 2011 [21 de junio de 2017] Disponible: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/713690222#.UioFnMaEMo4Psycholo>

29. Marriner A. Modelos y Teorías de Enfermería. 6ta ed. España: Elsevier;2007.
30. Hernández, R, Fernández, C, Baptista, M. Metodología de la Investigación. 5ta. edición. México: ediciones McGraw-Hill Interamericana; 2010.
31. López N. Los criterios de cientificidad. [Documento en línea]. 2009. [Consultado: 2 de junio de 2017]. Disponible en:

<http://www.eumed.net/tesis/2009/njlg/los%20criterios%20de%20cientificidad.htm>.
32. Aguilar J. Definición de fiabilidad. [Documento en línea]. [Consulta: 10 de junio de 2017]. Disponible en:

<http://boards2.melodysoft.com/lininsa/definicion-de-fiabilidad-18.htm>.
33. Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación comisión nacional para la protección de sujetos humanos de investigación biomédica y comportamiento. [Documento en Línea]. 1979. [Consulta: 9 de abril de 2017]. Disponible en:

www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/archivos/norm/InformeBelmont.pdf.
34. Rada D. Credibilidad, Transferibilidad y Confirmabilidad en Investigación Cualitativa. Revista IPASME, Vol. mayo 2006. MED-IPASME. 2006.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE POSTGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD



CUESTIONARIO

INTRODUCCIÓN

El presente cuestionario tiene como propósito obtener información sobre la calidad de vida de las personas hemodializadas. Por ello se le solicita responda las siguientes preguntas con veracidad. Agradecemos anticipadamente su colaboración.

INSTRUCCIONES

Este cuestionario es anónimo y sólo se utilizarán los datos para fines de investigación. El cual consta de 2 partes, en la primera es de Datos generales, en la cual debe marcar con un aspa en el recuadro que considere conveniente, Asimismo en la siguiente parte de datos específicos siga las instrucciones que se le indican.

DATOS GENERALES:

Edad:

Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐

Estado Civil: Soltera(o) ☐ Casada(o) ☐ Conviviente ☐ Divorciada(o) ☐ Viuda(o) ☐

Nivel de Educación: **Tipo de Seguro:**..... **Ocupación:**.....

Tiempo de tratamiento de hemodiálisis:

I. DATOS ESPECÍFICOS

A continuación, se presentarán una serie de aspectos relacionados con su calidad de vida en las áreas física, psicológica y social a los cuales usted debe responder marcando con un aspa de acuerdo a lo que considere conveniente.

SIEMPRE	5
CASI SIEMPRE	4
INDIFERENTE	3
AVECES	2
NUNCA	1

Enunciados	CS	S	I	AV	N
<i>Aspectos Físicos</i>					
1. Su salud actual le permite realizar su trabajo diario normalmente					
2. Su salud actual le permite realizar esfuerzos físicos (subir escaleras, alzar pesos, arreglar su casa)					
3.Desde que está recibiendo el tratamiento duerme normalmente (6 a 8 horas diarias)					
4. Ingiere sus alimentos con apetito					
5. Su vida sexual es activa					
6. Presenta algún tipo de dolor					
<i>Aspectos Psicológicos</i>					
7.Usted se siente triste					
8. Usted se siente tenso y nervioso					
9. Usted se siente preocupado					
10. Usted se siente enfadado					
11. Usted se siente cansado					
12. Usted se siente asustado					
13. Usted se siente activo					
14. Usted se siente feliz					
15. Usted se siente esperanzado					
<i>Aspectos Sociales</i>					
16.Usted se siente interesado por algo en su vida					
17. Usted se siente solo					
18. 19Usted se siente a gusto con la familia					
19.Usted tiene contacto con sus amigos					
20.Usted se siente rechazado					
21. Usted se siente comprendido					

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO N° 02

UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSTGRADO
SEGUNDA ESPECIALIDAD



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Por la presente:

Yo,.....acepto participar de forma voluntaria en la investigación titulada: "Calidad de vida de las personas hemodializadas de la clínica María Auxiliadora. Chiclayo, enero 2016- febrero 2017", realizado por las Lic. Lic. Montoya García Yasmin Lic. Puyen Vásquez, Sadit, para optar la segunda especialidad en Especialista en Nefrología, cuyo objetivo es Determinar la Calidad de Vida de las personas hemodializadas de la Clínica María Auxiliadora. Chiclayo, 2017. Estando de acuerdo con la utilización de los datos de mi entrevista para los fines de la investigación, declaramos que fuimos informados de los siguientes aspectos:

1. Nuestra participación será espontánea y que concordamos con la utilización de datos de nuestra entrevista para fines de la investigación.
2. Las informaciones obtenidas serán tratadas bajo absoluto secreto, anonimato y fielmente relatadas por las investigadoras.
3. Que las investigadoras estarán disponibles para cualquier aclaración que sea necesario respecto al asunto abordado.
4. Que la información brindada será utilizada sólo para fines de trabajo científico.
5. Que tendré el derecho de retirar el consentimiento para mi participación cuando lo desee.
6. Confiando plenamente que todo lo expresado en esta entrevista será de estricta confidencialidad entre encuestado y los investigadores.

Entrevistador
DNI

Entrevistado
DNI

ANEXO N°03

TABLAS DE TABULACIÓN AUXILIARES

Tabla 5.

Calidad de Vida en relación a la Dimensión Físico de las personas hemodializadas.

ASPECTO FÍSICO	Casi siempre		Siempre		Indiferente		A veces		Nunca		TOTAL	
	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1. Su salud actual le permite realizar su trabajo diario normalmente	17	21.0	11	14.0	01	1.0	43	54.0	08	10.0	80	100.0
2. Su salud actual le permite realizar esfuerzos físicos (subir escaleras, alzar pesos, arreglar su casa)	00	00.0	10	13.0	00	00.0	29	36.0	41	51.0	80	100.0
3. Desde que está recibiendo el tratamiento duerme normalmente (6 a 8 horas diarias)	05	6.0	22	27.0	02	3.0	47	59.0	04	5.0	80	100.0
4. Ingiere sus alimentos con apetito	10	12.0	27	34.0	03	4.0	36	45.0	04	5.0	80	100.0
5. Su vida sexual es activa	07	9.0	05	6.0	25	31.0	31	39.0	12	15.0	80	100.0
6. Presenta algún tipo de dolor.	08	10.0	08	10.0	00	00.0	57	71.0	07	9.0	80	100.0
Media Aritmética	08	10.0	14	18.0	05	6.0	40	51.0	13	15.0	80	100.0

Fuente: Calidad de vida aplicado a las personas hemodializadas en la Clínica María Auxiliadora

Tabla 6.

Calidad de vida en la dimensión Aspecto Psicológico de las personas hemodializadas.

ASPECTO PSICOLÓGICO	Casi siempre		Siempre		Indiferente		A veces		Nunca		TOTAL	
	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%
7. Usted se siente triste.	08	10.0	05	6.0	00	00.0	57	71.0	10	13.0	80	100.0
8. Usted se siente tenso y nervioso	19	24.0	20	25.0	00	00.0	31	38.0	10	13.0	80	100.0
9. Usted se siente preocupado.	31	39.0	15	19.0	00	00.0	28	35.0	06	7.0	80	100.0
10. Usted se siente enfadado.	22	27.0	06	8.0	10	13.0	30	37.0	12	15.0	80	100.0
11. Usted se siente cansado.	22	27.0	16	20.0	00	00.0	37	47.0	05	6.0	80	100.0
12. Usted se siente asustado.	10	12.0	06	7.0	06	7.0	23	29.0	35	45.0	80	100.0
13. Usted se siente activo.	18	22.0	21	25.0	03	4.0	35	45.0	03	4.0	80	100.0
14. Usted se siente feliz.	19	24.0	22	28.0	04	5.0	34	42.0	01	1.0	80	100.0
15. Usted se siente esperanzado.	08	10.0	36	45.0	05	6.0	30	38.0	01	1.0	80	100.0
Media Aritmética	18	22.0	16	20.0	03	4.0	34	43.0	09	11.0	80	100.0

Fuente: Calidad de vida aplicado a las personas hemodializadas en la Clínica María Auxiliadora

Tabla 7.

Calidad de vida en el Aspecto Social de las personas hemodializadas.

ASPECTO SOCIALES	Casi siempre		Siempre		Indiferente		A veces		Nunca		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
16. Usted se siente interesado por algo en su vida.	27	34.0	34	42.0	04	5.0	10	13.0	05	6.0	80	100.0
17. Usted se siente solo.	15	19.0	09	11.0	02	2.0	30	38.0	24	30.0	80	100.0
18. Usted se siente a gusto con la familia	19	24.0	28	35.0	00	0.0	29	36.0	04	5.0	80	100.0
19. Usted tiene contacto con sus amigos.	13	16.0	18	22.0	05	6.0	38	48.0	06	8.0	80	100.0
20. Usted se siente rechazado.	11	14.0	03	4.0	00	0.0	24	30.0	42	52.0	80	100.0
21. Usted se siente comprendido.	22	28.0	28	35.0	02	2.0	23	29.0	05	6.0	80	100.0
Media Aritmética	18	23.0	20	25.0	02	2.0	26	32.0	14	18.0	80	100.0

Fuente: Calidad de vida aplicado a las personas hemodializadas en la Clínica María Auxiliadora

ANEXO N° 04

ESCALA DICOTÓMICA PARA EVALUAR POR JUICIO DE EXPERTOS APRECIACIÓN DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

N°	ITMS	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica		
2	La secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems es el adecuado		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles		
5	Los ítems reflejan el problema de investigación		
6	Los instrumentos abarcan en su totalidad el problema de investigación		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación		
8	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación		
9	El instrumento abarca las variables e indicadores		
10	Los ítems permitirán contrastar las hipótesis		

SUGERENCIAS:

.....

.....

ANEXO N° 05

PRUEBA DE CONFIABILIDAD

Coefficiente de Fiabilidad: Alfa de Cronbach

Usando el Software Estadístico SPSS-21:

Resumen del procesamiento de casos

		N	%
Válidos		80	87,0
Cases	Excluidos ^a	12	13,0
Total		92	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadístico total de elemento					
	Escala de media si el elemento eliminado	Variación de escala si el elemento eliminado	Correlación de la correlación artículo-total corregida	Correlación Múltiple Cuadrada	Alfa de Cronbach si el elemento ha sido eliminado
Su salud actual le permite realizar su trabajo diario normalmente	86,5000	147,114	,675	,654	,898
Su salud actual le permite realizar esfuerzos físicos (subir escaleras, alzar pesos, arreglar su casa)	86,5125	157,823	,343	,466	,907
Desde que está recibiendo el tratamiento duerme normalmente (6 a 8 horas diarias)	86,1375	157,209	,412	,738	,905
Ingiera sus alimentos con apetito	86,2500	154,291	,522	,463	,902
Su vida sexual es activa	86,3375	147,163	,706	,740	,897
Presenta algún tipo de dolor	86,2250	155,164	,513	,741	,902
Usted se siente triste	86,0750	157,108	,471	,747	,903
Usted se siente tenso y nervioso	86,4125	147,866	,715	,802	,897
Usted se siente preocupado	86,2125	156,473	,451	,547	,904
Usted se siente enfadado	86,0250	158,202	,448	,704	,904
Usted se siente cansado	86,1375	156,348	,553	,442	,901
Usted se siente asustado	86,5875	148,423	,648	,817	,899
Usted se siente activo	86,3375	152,783	,537	,683	,902
Usted se siente feliz	86,1125	154,709	,633	,746	,900
Usted se siente esperanzado	86,0375	158,416	,474	,799	,903
Usted se siente interesado por algo en su vida	86,5000	148,430	,634	,731	,899
Usted se siente solo	86,2875	154,739	,488	,596	,903
Usted se siente a gusto con la familia	86,1625	158,821	,403	,667	,905
Usted tiene contacto con sus amigos	86,2500	157,329	,432	,558	,904
Usted se siente rechazado	86,4625	150,100	,605	,626	,900
Usted se siente comprendido	86,4375	154,275	,513	,532	,902

a. Eliminación en la lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadístico de Fiabilidad

Cronbach Alpha	Alfa de Cronbach basado en artículos estandarizados	N° de elementos
,906	,905	21