

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



Trabajo de Suficiencia Profesional

“Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica del hospital Guillermo Almenara Irigoyen del distrito de La Victoria, en el año 2017”.

Para optar el Título de Licenciada en Trabajo Social

Presentado por:

Autora: Bachiller Sandra Lucía Uruchi Quintana

Lima – Perú

2018

DEDICATORIA

A Dios, quien es el que ilumina mi camino para seguir en el día a día.

A mi familia que son el motivo de mi inspiración en el logro de mis objetivos.

AGRADECIMIENTOS

Ofrezco todos mis agradecimientos a mis docentes que siempre estuvieron presentes y dispuestos a resolver todo tipo de dudas e inquietudes propias de los retos de la ciencia.

PRESENTACIÓN

Estimados y honorables miembros del Jurado:

Ante ustedes presento y expongo mi trabajo de investigación titulado: *Calidad de Vida en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen del Distrito De La Victoria, en el Año 2017*, para así obtener el título profesional de Licenciada en Trabajo Social, bajo la modalidad Trabajo de Suficiencia Profesional, todo según lo estipulado y parametrado por la Universidad, y cumpliendo con las normas de la Directiva N° 003-FPs y TS.-2017 de la Facultad de Psicología y Trabajo Social de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Bachiller: Sandra Lucia Uruchi Quintana

ÍNDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
PRESENTACIÓN.....	iii
ÍNDICE	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	xi
CAPÍTULO I.....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1 Descripción de la realidad problemática	13
1.2 Formulación del problema.....	17
1.2.1 Problemas Secundarios.....	17
1.3 Objetivos	17
1.3.1 Objetivo General.....	17
1.3.2 Objetivos Específicos	18
1.4 Justificación e importancia	18
CAPÍTULO II	20
MARCO TEORICO CONCEPTUAL.....	20
2.1 Antecedentes	20
2.1.1 Antecedentes Internacionales	20
2.1.1 Antecedentes Nacionales	26
2.2 Bases Teóricas	29
2.2.1 Calidad de vida.....	29

2.2.2	Visión de conjunto	30
2.2.3	Habitabilidad.....	32
2.2.4	En cuidado de salud	33
2.2.5	Teorías del florecimiento humano	37
2.2.6	Actividad física.....	41
2.2.7	Relaciones sociales.....	42
2.2.8	Bienestar emocional	46
CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.....		51
3.1	Tipo de investigación	51
3.1.1	Tipo	51
3.1.2	Diseño de la investigación	52
3.2	Población y muestra.....	52
3.2.1	Población de la investigación	52
3.3	Identificación de la variable y su operacionalización.....	54
3.3.1	Calidad de vida.....	54
3.3.2	Operacionalización de la variable.....	56
3.4	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	58
3.4.1	Técnicas	58
CAPÍTULO IV.....		61
PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....		61
4.1	Procesamiento de datos	61
4.2	Presentación de los resultados	61
4.3	Análisis y discusión de resultados	68
CAPÍTULO V.....		72
INTERVENCIÓN		72
5.1	Denominación del Programa.....	72
5.2	Justificación del Problema	72
5.3	Establecimiento de Objetivos.....	73
5.3.1	Objetivo General.....	73
5.3.2	Objetivos Específicos	74
5.4	Sector al que se Dirige.....	74
5.5	Metodología de la Intervención	75
5.6	Instrumentos a Utilizar	75
5.6.1	Recursos Humanos	75

5.6.2 Recursos Materiales	75
5.7 Cronograma	76
5.8 Actividades.....	77
CONCLUSIONES.....	81
RECOMENDACIONES	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
Anexos	84
Matriz de consistencia.....	84
CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA	85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de la variable de calidad de vida.....	56
Tabla 2 Puntaje Total	62
Tabla 3 Factores	63

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Calidad de vida	64
Figura 2 Resultados de Actividad física	65
Figura 3 Resultados de Relación Social	66
Figura 4 Resultados de Bienestar social	67

RESUMEN

La presente investigación es de diseño cuantitativo no experimental de tipo transversal descriptivo. En la cual el objetivo general es conocer los Calidad de Vida en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen del Distrito de La Victoria, en el Año 2017, la población estuvo compuesta por 45 pacientes del hospital Guillermo Almenara Irigoyen. El instrumento que se utilizó fue la escala previamente adaptada. La información fue procesada mediante el programa SPSS 22. La muestra estuvo conformada por hombres y mujeres. Los resultados que fueron que el 57% mantenía una buena calidad de vida deseada con una media de 44.84, un valor mínimo de 37 y un valor máximo de 57, resaltando el factor de la actividad física, sobre las relaciones sociales y el bienestar social

Palabra clave: actividad física, calidad, crónica, bienestar, social, relaciones, renal, vida.

ABSTRACT

The present investigation is of non-experimental quantitative design of descriptive transversal type. In which the general objective is to know the Quality of Life in Patients with Chronic Renal Disease of the Guillermo Almenara Irigoyen Hospital of the District of La Victoria, in the year 2017, the population consisted of 45 patients from the Guillermo Almenara Irigoyen hospital. The instrument that was used was the previously adapted scale. The information was processed through the SPSS 22 program. The sample consisted of men and women. The results were that 57% maintained a good quality of life desired with an average of 44.84, a minimum value of 37 and a maximum value of 57, highlighting the factor of physical activity, social relations and social welfare

Keyword: physical activity, quality, chronic, welfare, social, relationships, renal, life.

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida es un estado en el que las personas pueden gozar de un estado de salud favorable.

Los riñones son órganos fundamentales para el mantenimiento de la homeostasis del cuerpo humano, pues desempeñan funciones importantes como la filtración glomerular, la producción y secreción de hormonas, como la eritropoyetina, y de enzimas, como la 1,25-dihidroxitamina D y la renina, entre otras. En la enfermedad renal, debido a la caída continua de la filtración glomerular, diversos órganos del individuo son acometidos, por lo tanto, disminuyendo las funciones regulatorias, excretoras y endocrinas, hecho que puede llevar a la muerte. La Enfermedad Renal Crónica presenta altas tasas de incidencia y prevalencia y se ha configurado como un problema de salud mundial, con pronósticos reservados y elevados costos para la salud pública, Cada año 1,000 nuevos pacientes llegan a la fase terminal de la enfermedad y necesitan diálisis o un trasplante para sobrevivir, aproximadamente 3 millones de peruanos sufren de enfermedad renal crónica en el Perú (SIS, 2008). En la mayoría de los casos, la mayoría de las personas que sufren de esta enfermedad, como las mujeres, las mujeres, las mujeres, las mujeres, las mujeres, las mujeres, las mujeres, obstrucción del tracto urinario, lesiones renales de causa hereditaria (riñón policístico), medicamentos, agentes tóxicos y ocupacionales, infecciones, nefrectomía y disturbios vasculares.

En esta investigación analizaremos la calidad de vida en pacientes que tienen problemas a causa de enfermedades renales, esperando dar mejorar en su calidad de vida frente a esta situación indeseable para muchos pacientes que la padecen.

La investigación se divide en diversos capítulos los cuales son los siguientes:

En el capítulo I se planteará el problema de investigación, se formulará el problema, así como el objetivo general como los específicos, a partir de ahí se comenzará a desarrollar el estudio.

En el capítulo II el cual es al marco teórico conceptual, se presentarán los antecedentes tanto nacionales e internacionales que hayan abordado el tema a investigar, asimismo se procederá a explicar con mayor detalle la variable de estudio.

En el capítulo III se abordará la metodología, en la cual se explicará tanto la muestra como la población, asimismo se describirá la prueba que se ha utilizado para la presente investigación.

En el capítulo IV se denomina procesamiento, análisis y presentación de los resultados, en donde se verán los resultados obtenidos en la investigación, así como las tablas y figuras obtenidas, las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La calidad de vida es un estado en el que las personas merecen la tranquilidad y comodidad de vivir de cuando se tiene buena salud, en el caso de personas que tienen alguna enfermedad renal compromete la salud y la rutina de su portador. (Cieza, 2000).

La enfermedad renal es una enfermedad de crecimiento progresiva e irreversible que afecta a las funciones glomerular, tubular y endocrina. La enfermedad se diagnostica cuando la tasa de filtración glomerular del paciente queda por debajo de $60 \text{ ml} / \text{min} / 1,73\text{m}^2$ por un período mayor de tres meses. Y se clasifica como insuficiencia renal crónica terminal cuando la tasa de filtración se encuentra por debajo de $15\text{mL} / \text{min} / 1,73\text{m}^2$. En la insuficiencia renal aguda (IRA), ocurre un aumento súbito de creatinina sérica, por encima del 30% de su valor basal, con función renal previa normal. (Núñez, Turiño, Abujas y Martín, 2012)

La mayoría de las comorbilidades se asocian a la enfermedad renal, entre ellas: enfermedades vasculares periféricas, enfermedades del corazón, retinopatía, neuropatía, diabetes mellitus, proteinuria, hipertensión arterial, leucocituria, anemia y desnutrición. El tabaco y la obesidad están relacionados con la mayor tasa de mortalidad en estos pacientes. La enfermedad renal se considera un problema de salud pública con altas tasas de morbimortalidad, teniendo un impacto negativo sobre la calidad de vida relacionada con la salud. Además, los individuos con enfermedades renales que realizan hemodiálisis presentan reducción de la capacidad física y funcional y baja tolerancia al ejercicio por el descondicionamiento físico, lo que puede comprometer directamente la realización de las actividades de vida diaria, perjudicar la salud, la calidad de vida y el estado psicológico de los pacientes. Entre los demás problemas que ocurren en el paciente con ERC que dificultan el tratamiento y empeoran la calidad de vida están: disminución del interés sexual, miedo a la

muerte, restricciones dietéticas e hídricas, alteración de la imagen corporal y cuidados específicos con la higiene, haciendo necesario el suministro de soporte social y educativo como parte integrante del tratamiento. (Rastogi y Nissenson, 2009)

También debemos de sumarle los trastornos del sueño son comunes en pacientes con enfermedades renales, siendo las más mencionadas: insomnio, síndrome de apnea del sueño, síndrome de piernas inquietas, problemas que afectan a la cantidad, la latencia y la duración del sueño. (Collins, Foley, Gilbertson y Chen, 2009)

El método de prevención o retraso del deterioro de la función renal remanente con el sistema conservador, llamado terapia de reposición. Los tratamientos utilizados en las enfermedades renales terminal son: la diálisis peritoneal ambulatoria continua, la diálisis peritoneal automatizada, la diálisis peritoneal intermitente, la hemodiálisis y el trasplante renal. Se incluyen indicaciones para la diálisis: hipervolemia, uremia, acidosis metabólica persistente e hipercalcemia importante. (Termorshuizen, 2003)

En la etapa V de la DRC, el paciente es elegible para iniciar la terapia sustitutiva renal por hemodiálisis (HD), diálisis peritoneal (DP) o trasplante renal. El tipo de tratamiento puede ser importante para mejorar la calidad de vida del paciente. (Cuadras, Alcaraz, Llort et al., 1998)

Un estudio llevado por (Leyva, 2012), que se llevó a cabo en La Habana-Cuba en el año 2012 sobre la calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal se encontró que existe depresión en los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal oscila entre un 10 y un 47 % según estudios realizados, y es considerada el problema psicológico más frecuente en pacientes con IRC terminal, relacionándose con una supervivencia corta en hemodiálisis. Estas cifras se representan al total de pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal sin tener en cuenta la edad. El porcentaje tan alto obtenido en este estudio se refiere específicamente al adulto mayor que sin duda, presenta otras situaciones que favorecen la depresión como: más condiciones comórbidas, pérdidas de capacidades físicas, funcionales e intelectuales, pérdida de seres queridos,

dificultades socioeconómicas, entre otras. Aunque en un estudio realizado por Gil y otros identificaron en pacientes mayores de 75 años de edad un 39,2 % de depresión.

El Ministerio de Salud del Perú en el año 2017 señaló mediante un comunicado que oficial en el mes de octubre que, dos pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente el 21 de octubre pasado. Ambos hacen su vida de lo más normal. Dos historias que reflejan el trabajo que se viene realizando para brindar un buen servicio al ciudadano porque sí podemos mejorar la salud apoyado por los trasplantes de riñón. (Núñez, Turiño, Abujas y Martín, 2012)

Cabrera & Lappin en el año 2015 en la ciudad de Chiclayo informaron sobre la resiliencia en pacientes con insuficiencia renal crónica que asisten a un hospital estatal de Chiclayo, concerniente a describir los resultados obtenidos según los niveles de resiliencia por sexo, mostraron que el sexo femenino obtuvo mayores puntajes, 14,3%, en el nivel de resiliencia alto, mientras que los hombres obtuvieron 11,1%.

Además, tenemos la experiencia de Cieza et al., en un estudio realizado en el año 2013. Sobre la supervivencia en terapias de reemplazo renal dentro de un concepto integral de oferta de servicios públicos en el Perú enfocado a la calidad de vida de los pacientes del Hospital Cayetano Heredia en Lima, encontraron que los pacientes jóvenes y sometidos a trasplante renal fueron los que tienen una notable mejor calidad de vida, en tanto aquellos de mayor edad y en programa de hemodiálisis sean los que mostraron una menor calidad de vida. El trasplante renal es reconocido en forma universal porque genera una mejor calidad de vida, en parte por el hecho que para ser trasplantado se requiere una condición biológica mínimamente aceptable y una elevada expectativa de vida percibidas tanto por la parte médica tratante, como por la familia. Esto, es mayormente esperable en personas jóvenes y en edad económicamente productiva de la vida.

Estando reconocido que los programas de hemodiálisis y diálisis peritoneal son equivalentes en resultados de supervivencia y calidad de vida¹⁴, resulta interesante apreciar en los pacientes aquí evaluados, que quienes están en diálisis peritoneal muestran una mejor calidad de vida que los que se

encuentran en hemodiálisis. Esta situación que parecería extraña en países desarrollados, sería explicable en este estudio en la falencia de servicios complejos en casi todas las regiones aisladas del Perú, lo que seleccionaría el acceso a estos tratamientos a personas de aquellos lugares con relativo mejor nivel de educación y economía y en consecuencia, ingresarían a diálisis peritoneal crónica ambulatoria para mantener su residencia habitual, situación favorable a una mejor calidad de vida (aproximadamente 50% con calidad de vida bastante buena, Karnofsky \geq 80). En tanto, los pacientes en hemodiálisis crónica que deben acudir tres veces cada semana a su centro de atención, serían aquellos que viven en Lima y que ingresarían independientemente de su edad, nivel de educación o socioeconómico. (Wilson L, Velásquez y Ponce, 2009).

Es pues importante reflexionar que en países como el nuestro y según cada realidad particular, debería pensarse que la terapia de reemplazo renal debe considerar no únicamente la supervivencia, sino también la calidad de vida de la persona. En tal sentido nuestros resultados muestran que la probabilidad de mejor supervivencia está condicionada por una edad menor de 60 años y ser varón y la mejor calidad de vida está asociada a la edad menor de 50 años y al trasplante renal en primer lugar y en segundo lugar, a estar en un programa de diálisis peritoneal crónica ambulatoria. Estos aspectos deberían considerarse para priorizar el ingreso a cualquier TRR y a la elección de la modalidad a ejecutar, de modo que el programa del SIS sea no sólo eficaz sino también eficiente y justo. Debemos reconocer que estas situaciones pueden cambiar en los años siguientes cuando el acceso a estos servicios se expanda. (Núñez, Turiño, Abujas y Martín, 2012)

Ello es comparable a cualquier experiencia local previa e internacional pero está favorablemente relacionada una edad menor de 60 años y a ser varón; mientras que, la calidad de vida está relacionada a la factibilidad de ser trasplantado y tener menos de 50 años. Es por tanto que deseamos conocer cuál es el nivel de calidad de pacientes con enfermedad renal crónica en el Perú.

1.2 Formulación del problema

Problema Principal

¿Cuál es el factor de la calidad de vida en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen del Distrito de La Victoria, en el Año 2017?

1.2.1 Problemas Secundarios

¿Cuál es la actividad física en pacientes con Enfermedad Renal Crónica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen del Distrito de La Victoria, en el Año 2017?

¿Cuál es la relación social en pacientes con Enfermedad Renal Crónica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen del Distrito de La Victoria, en el Año 2017?

¿Cuál es el bienestar emocional en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen del Distrito de La Victoria, en el Año 2017?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar el factor de la calidad de vida en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen del Distrito de La Victoria, en el Año 2017.

1.3.2 Objetivos Específicos

Determinar la actividad física en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen del Distrito de La Victoria, en el Año 2017.

Determinar la relación social en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen del Distrito de La Victoria, en el Año 2017.

Determinar el bienestar emocional en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen del Distrito de La Victoria, en el Año 2017.

1.4 Justificación e importancia

Es necesario analizar y evaluar la calidad de vida en pacientes que tienen la enfermedad renal crónica. Utilizaremos la metodología de Estudio transversal en personas con ERC. Se aplicarán el instrumento de encuesta sobre calidad de vida. Con los datos obtenidos con esta investigación se pretende demostrar cómo es que se afecta la calidad de vida de las personas cuando son víctimas de la ERC en el Perú, con el fin de conocer cómo es la vida de estas personas se ve afectada por esta enfermedad.

Para la evaluación de los procesos de trabajo, se busca la confiabilidad en los datos y comparabilidad para encontrar diferentes hallazgos, lo que posibilita, fundamentalmente, intervenir en los procesos de trabajo, haciéndolo, como se desea, lo mejor posible.

Pretende demostrar cómo es que se afecta la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal en el Perú y ataca una de las principales

funciones vitales en el cuerpo de las personas. El deterioro tanto físico como social es común en estas personas que no pueden bien sobrellevar todas sus actividades de manera normales como personas que no padece esta enfermedad. Sin embargo, es necesario conocer la magnitud de cómo es que abarca el ámbito de esta enfermedad en las personas con el fin de empezar a tomar medidas conforme a resultados que evidencie la total realidad de estas personas.

Esta investigación va enfocada al ámbito social en cuestión de la investigación de campo ya que es un área la cual tiene un alto nivel de personas afectadas y así poder darles información de cómo combatirlo y poder elaborar una mejor rehabilitación.

La investigación que se realizará se justifica en la medida que va a permitir mejorar los conocimientos sobre la ERC, ya que con la aplicación de las estrategias de recuperación que se generará para el desarrollo del pensamiento crítico desde el punto de vista del trabajo social para terapias con estos cuadros. Esta será una gran oportunidad de demostrar lo importante que es el desarrollo de modelos afrontativos de la ERC. La investigación se desarrollará desde los diversos principios teóricos afrontativos de la psicología frente al mal del estrés, que consideran como punto de partida el proceso del pensamiento y el desarrollo de diversos niveles de estrés desde los más simples hasta los más complejos. La investigación es trascendente, porque contribuye en el mejoramiento de la calidad de vida como la percepción de satisfacción y felicidad, por parte del estudiante, en relación a los múltiples dominios de vida a la luz de factores psicosociales y contextuales relevantes y estructuras designadas personales.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes

Con el fin de ahondar más en el tema de investigación, a continuación, se presentan trabajos realizados tanto en el marco internacional como nacional.

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Higgins, L. B., Beltrán, Y. H., & Martínez, G. A. (2015). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(4), 641. Colombia.

Con el objetivo de determinar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y su relación con variables sociodemográficas y datos clínicos. Los materiales y métodos utilizados: Estudio analítico de corte transversal realizado en 80 personas con diagnóstico de enfermedad renal crónica. Participaron los pacientes que asistieron a la Unidad Renal y al servicio de hospitalización durante los meses de estudio. Se aplicó el cuestionario Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-SF), valorando ocho dimensiones genéricas de la calidad de vida relacionada con la salud y tres específicas relacionadas con la enfermedad renal. Se compararon las variables socio demográficas y las relacionadas con la enfermedad con las dimensiones del KDQOOL-36.

Logrando los resultados de que el 23.5% de la población estudiada tenía entre 61 y 70 años y 51.3% eran hombres. Se obtuvieron promedios bajos en las dimensiones carga de la enfermedad renal (40.3), salud física (33.4) y salud mental (43.5) del componente genérico. Se encontró una correlación significativa de la edad con las dimensiones efectos de la enfermedad renal en la vida diaria (0.238, $p=0.03$) y el componente

genérico salud física (-0.242, $p=0.03$). Un trabajo remunerado se correlacionó positivamente con los componentes genéricos salud física (0.499, $p=0.001$) y salud mental (0.375, $p=0.001$) y la carga de la enfermedad renal se correlacionó negativamente con el tiempo de diagnóstico de enfermedad renal (-0.241, $p=0.02$). Llegando a la conclusión de que la enfermedad renal crónica tiene una carga sobre la calidad de vida de los pacientes en términos de salud física, salud mental y carga de la enfermedad.

Varela, D. C., Parra, M. G., Hincapié, N. A., Hincapié, S. P., & Rodriguez, K. (2014). Factores no tradicionales influyentes en la calidad de vida de los pacientes de hemodiálisis. *Revista Colombiana de Nefrología*, 1(1), 17-24.

Con el objetivo de conocer la prevalencia de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en fases avanzadas, con requerimiento de diálisis, continúa creciendo. Una meta para el equipo tratante, el paciente y sus cuidadores es lograr un tratamiento que brinde un impacto en el pronóstico y en la calidad de vida (CV). Metodología: En 100 pacientes con ERC en hemodiálisis, asignados en forma aleatoria, se evaluó la calidad de vida por medio del SF-36, se evaluó: capacidad funcional por medio del Karnofsky, capacidad de realizar las labores álicas de la vida diaria por medio del índice de Barthel, presencia de depresión por medio del test de Beck, funcionalidad familiar por medio del APGAR familiar, estado cognoscitivo por medio del Minimental y presencia de comorbilidades por medio del índice de Charlson correlacionado con la sumatoria de componentes físicos (PCS) y mentales (MCS) del SF-36, en pacientes pertenecientes a 2 unidades renales en Medellín y Bogotá, Colombia. Se encontró una disminución de la CV en los componentes físicos (PCS) y mental (MCS) respecto a la población general. Se encontró una correlación significativa entre PCS bajo y diabetes mellitus ($p=0,008$ IC95% 2,49- 6). MCS bajo presentó relación con PTH ($p=0,046$ IC95%: 0,000-0,014), el índice de Karnofsky ($p=0,034$ IC95% 0,244- ,984) y el test

de depresión de Beck ($p=0,000$ IC95% -13,606- -6,253). Llegando a la conclusión: La Calidad de Vida de los pacientes en hemodiálisis se encuentra afectada con mayor impacto en PCS, existe relación significativa entre el MCS con estado funcional y depresión. Para mejorar la CV del paciente en hemodiálisis, se debe medir y hacer el seguimiento a variables no tradicionalmente medidas y optimizar el enfoque terapéutico dirigido a rehabilitación física, estado nutricional, funcional y psicológico.

Hernández Sánchez, S., García López, D., Santos Lozano, A., González-Calvo, G., Brazález Tejerina, M., & Garatachea Vallejo, N. (2015). Valoración física, condición física y calidad de vida en pacientes con diferentes tratamientos renales sustitutivos. *Enfermería Nefrológica*, 18(2), 81-88. España. Con el objetivo de conocer cómo la actividad física es de vital importancia en pacientes con enfermedad renal crónica, ya que mejora la capacidad funcional de los sujetos e incrementa notablemente su calidad de vida. Para mejorar la calidad de vida en pacientes con tratamiento renal sustitutivo, dializados o trasplantados, deberían ser incluidos programas de actividad física planificados y supervisados por profesionales. Existen varios estudios sobre entrenamiento aeróbico y de fuerza en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis pero pocos sobre la condición física relacionada con la salud en estos pacientes y escasos los referentes a condición física en trasplantados y en pacientes con diálisis peritoneal. El objetivo principal del estudio fue evaluar el nivel de actividad física, condición física y calidad de vida de enfermos renales crónicos con diferentes tratamientos sustitutivos. Material y métodos: 25 enfermos renales crónicos varones de entre 59 y 72 años, que participaron voluntariamente en este estudio, fueron divididos en 3 grupos: trasplantados renales: N=11, hemodializados: N=6, y en tratamiento de diálisis peritoneal: N=8. Se les administró el cuestionario de cuantificación de actividad física YALE, el cuestionario de calidad de vida KDQoL y realizaron la batería de tests Senior Fitness Test (SFT). Resultados: No se encontraron diferencias significativas entre

grupos en ninguno de los cuestionarios ni en los tests realizados. Los 3 grupos mostraron valores inferiores que otras poblaciones sanas de referencia de la misma edad. Llegando a la conclusión de que el tipo de tratamiento sustitutivo en los pacientes con enfermedad renal crónica no influye sobre el nivel de actividad física, condición física ni calidad de vida.

Cigarroa, I., Barriga, R., Michéas, C., Zapata-Lamana, R., Soto, C., & Manukian, T. (2016). Efectos de un programa de ejercicio de fuerza-resistencia muscular en la capacidad funcional, fuerza y calidad de vida de adultos con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Revista médica de Chile*, 144(7), 844-852. En Chile, según el registro de hemodiálisis crónica al 31 de agosto de 2014, se estima una tasa de 1.019 pacientes por millón de habitantes¹. Zuñiga y cols, en un estudio realizado en centros urbanos de nuestro país reportaron que la enfermedad renal crónica (ERC) en etapa 3 (velocidad de filtración glomerular estimada [VFG e] 30-59 ml/min), en etapa 4 (VFG e 15-29 ml/min) y en etapa 5 (VFG e < 15 ml/min) tenían una prevalencia de 11,6; 0,3 y 0,2%, respectivamente. Estos pacientes han presentado un crecimiento superior a 30 veces en los últimos treinta años, se caracterizan por una alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares asociadas o exacerbadas por la inactividad física, siendo considerado este último como un factor independiente de muerte⁴. Progresivamente, los pacientes se hacen menos activos, disminuyendo su condición física y deteriorando su capacidad funcional (CF) independiente de la edad, género y comorbilidad que presenten. Esta nueva condición física incidirá en el deterioro de su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)⁵. Por otro parte, las sesiones de hemodiálisis (HD) representan un período de inactividad forzada, que acrecienta la debilidad muscular, aumenta la morbi-mortalidad y disminuye la CF de estos pacientes. La evidencia sugiere que los pacientes con ENC con mayores niveles de índice de masa corporal (IMC) o porcentaje de masa grasa tendrían ventajas de supervivencia respecto a quienes presentan un IMC bajo o normal. Sin embargo, recientes estudios indican que el porcentaje de masa muscular

es un mejor predictor de buena salud mental y supervivencia⁹. En pacientes con ERC, el ejercicio puede modular estructura y función muscular, mejorar la capacidad cardiorrespiratoria, CF y CVRS independiente del estado o progreso de la enfermedad. Sin embargo, su incorporación a los cuidados de rutina ha sido lenta y su prescripción no es habitual. Los pacientes presentan características clínicas heterogéneas durante la evolución de la enfermedad, por lo que una objetiva evaluación de los parámetros de la condición física es fundamental para planificar programas de ejercicio adaptados a las capacidades individuales. En los últimos años se han investigado variados tipos de programas de ejercicio físico en pacientes con ERC, tales como de rehabilitación domiciliarios, de ejercicio aeróbico o de fuerza-resistencia muscular (FR-M). Los programas de FR-M son uno de los menos estudiados, con las metodologías más heterogéneas y menos descritas, lo que hace difícil replicarlos otorgando seguridad y eficacia, desconociéndose en la actualidad tipo, frecuencia y duración ideal del ejercicio físico para pacientes en diferentes estadios de ERC¹⁹. En Chile no existen programas institucionalizados sobre ejercicio para esta población ni un consenso sobre su dosis. Frente a esto, se planteó como objetivo determinar los posibles efectos de un programa de ejercicios FR-M en pacientes con ERC en HD en la CF medida con el test de marcha de 6 min (TM6M), en la fuerza muscular (FM) de cuádriceps medida objetivamente con dinamometría y en la CVRS medida con el Kidney Disease Quality of Life-36. El Diseño del estudio fue longitudinal, pre-experimental sin grupo control, con un muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra fue de quince pacientes fueron reclutados de una clínica de diálisis de Los Ángeles (Chile). Los criterios de inclusión fueron: pacientes con ERC etapa 5, en diálisis 3 veces por semana al menos un año antes de ser reclutado, con un hematocrito $\geq 28\%$ y potasio pre-diálisis $\leq 5,5$ mmol/l. Además, los pacientes debían completar satisfactoriamente el cuestionario de aptitud para la actividad física (C-AAF). Los criterios de exclusión fueron: pacientes con infarto al miocardio en los 2 meses previos, angina inestable, amputación de un miembro inferior, diabetes mellitus descompensada y presencia de alguna

alteración neurológica con déficit funcional, alteración músculo-esquelética o cardio-respiratoria que empeorara con el ejercicio. Se excluyeron 2 pacientes, así la muestra quedó conformada por 13 pacientes (7 hombres, 6 mujeres). Se generó un único grupo que realizó el programa de ejercicios. En conclusión, pacientes con ERC en HD de al menos un año, sometidos a un programa de ejercicios fuerza-resistencia 2 veces por semana durante 8 semanas, mejoraron parámetros de fuerza muscular, capacidad funcional y calidad de vida relacionada con la salud. En espera de futuros estudios, estos resultados confirman los efectos positivos en la salud física y psicológica de un programa de ejercicio de F-RM en pacientes con ERC. Este programa pudiera servir de orientación a profesionales de la salud que trabajan en el cuidado de pacientes con ERC en HD.

Calderón, C. A., & Urrego, J. C. (2014). Diálisis en el adulto mayor. Mortalidad, calidad de vida y complicaciones. Con el objetivo de describir la evolución clínica en términos de complicaciones, calidad de vida y mortalidad de pacientes adultos mayores en un programa de diálisis crónica. Material y métodos: estudio descriptivo de tipo prospectivo, en el cual participaron 52 pacientes mayores de 65 años, quienes ingresaron a terapia dialítica en dos unidades renales de la ciudad de Bucaramanga, Colombia; durante los años 2011-2012. Los pacientes recibieron seguimiento durante un año desde el inicio de tratamiento de diálisis crónica. Para evaluar la evolución de la calidad de vida se aplicó el cuestionario SF-36 y la escala de Karnofsky en tres momentos, al ingreso, a los tres meses y a los 12 meses. Resultados: la edad promedio de los pacientes fue 77.2 años, de los cuales 53.8% fueron mujeres. La mortalidad general al final del seguimiento fue de 23.1%. Al final del seguimiento se observó una disminución significativa en los parámetros de salud general, vitalidad, Función social y salud mental del cuestionario de calidad de vida SF36.

Conclusión: a pesar del tratamiento de diálisis, la percepción general de calidad de vida no mejoró en la mayoría de los pacientes; sin embargo, y de manera paradójica si no se hace el tratamiento el deterioro en la calidad de vida pudiera ser peor. (Acta Med Colomb 2014; 39: 359-367).

2.1.1 Antecedentes Nacionales

Saavedra, C., & Lucero, D. (2017). Calidad de vida en pacientes con enfermedad Renal Crónica en hemodiálisis en el Centro de Hemodiálisis Equilux. Abril a Setiembre del 2016. Con el objetivo de Determinar la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en hemodiálisis en el Centro de Hemodiálisis Equilux. Abril a Setiembre del 2016. Materiales y Métodos: Estudio cuantitativo, transversal de tipo descriptivo, observacional. Se incluyó a los pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis atendidas en el centro de hemodiálisis Equilux. Se encuestó a 84 pacientes que cumplieron los criterios de selección, a través del muestreo aleatorio simple. El instrumento fue un cuestionario de 36 preguntas que miden 8 dimensiones que se agrupan en dos componentes, salud física y salud mental. Se estimó como calidad de vida no saludable un puntaje menor de 50, y calidad de vida saludable mayor o igual a 50 puntos. Resultados: La calidad de vida percibida por los pacientes en hemodiálisis en el Centro de Hemodiálisis Equilux, fue una calidad de vida no saludable con una mediana de 48,23 puntos. Se obtuvo diferencia significativa ($P < 0,037$) entre los componentes de salud mental y salud física, con puntaje más favorable en el componente de salud mental. Dentro de las variables estudiadas, las que obtuvieron diferencias significativas ($P < 0,05$) fueron las de según edad, patología y tipo de acceso. Concluyendo que la presente investigación muestra que los pacientes perciben en general una calidad de vida no saludable, resultados que muestran la necesidad de implementar estrategias de mejora de la calidad de vida priorizando las dimensiones más afectadas.

López Bocanegra, M. P., Alarcon, P., Juliana, K., Lima, L., & Dithlin, Y. (2017). Calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis con fístula arterio-venosa y catéter venoso central en un hospital nacional, Lima, 2017. Con el objetivo de estudiar fue describir el nivel de calidad de vida del paciente con fístula arterio-venosa y catéter venoso central en el tratamiento de hemodiálisis. Se utilizó como Material y Métodos: un diseño con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y de corte transversal, con una población muestral de 60 pacientes que cumplan los criterios de inclusión y exclusión, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Se aplicó el cuestionario EQ-5D-3L, que fue presentada en 1990 por el Grupo EuroQol, el cuestionario consta esencialmente de 2 páginas: el sistema descriptivo EQ-5D y la escala analógica visual EQ (EQ VAS). La calidad de vida se medirá según los resultados del EQ VAS como una medida del estado general de la salud autoevaluada y para las comparaciones estadísticas se utilizó la Chi-Cuadrado de independencia y gráficos descriptivos.

Pelayo Alonso R, Cobo Sánchez J, Reyero López M, et al (2011), en su estudio Repercusión del acceso vascular sobre la calidad de vida de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis, cuyo objetivo fue determinar en qué medida influye el acceso vascular sobre la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en hemodiálisis. Su metodología fue descriptivo transversal en una población de 38 pacientes en programa de hemodiálisis. Sus conclusiones fueron: No existe una influencia significativa del acceso vascular sobre la calidad de vida percibida por el paciente. Los mayores inconvenientes e incomodidades relacionados con el acceso vascular se producen en los portadores de catéteres venosos centrales que llevan más de 1 año en hemodiálisis.

Seguí Gomá A, Amador Peris P, Ramos Alcario A, en su estudio, calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis, cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida y las características personales de pacientes con insuficiencia renal crónica y comparar con la población general. La metodología utilizada fue

descriptiva de corte transversal con una muestra de 96 pacientes en diálisis de un centro de Tarragona. Conclusiones: La calidad de vida en pacientes con IRCT, es menor que la población de referencia en todas las dimensiones.

Zúñiga San Martín C, Müller O. Hans, Kirsten L. Lilian, Alid A. Raquel, et al (2009), en su estudio; Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36), cuyo objetivo fue evaluar los niveles de calidad de vida de una muestra de pacientes de la Región del Bío-Bío en terapia de hemodiálisis crónica (HDC). Su metodología fue descriptivo transversal. Llegando a la conclusión de que en la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes en hemodiálisis tenían valores por debajo del marcador de referencia en sujetos con diabetes y enfermedad arterial coronaria, el estado nutricional deficiente y un bajo nivel educativo y socioeconómico.

Contreras Torres F, Esguerra Pérez G, Espinosa Juan Carlos, et al., en su estudio: estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis; cuyo objetivo fue observar si los estilos de afrontamiento asumidos por un grupo de 41 pacientes con IRC guardan relación con su calidad de vida. Su metodología fue de tipo descriptivo correlacional. Concluyendo que fueron: El afrontamiento focalizado en la solución de problemas correlacionó positivamente con salud mental, mientras que la auto-focalización negativa se asoció inversamente con la mayoría de las dimensiones de calidad de vida evaluadas. La evitación y la religiosidad, como estilos de afrontamiento, presentaron resultados distintos a los hallados por otros autores. Concluyendo que las diferencias significativas en función física, entre los pacientes con y sin adhesión al tratamiento ($n = 19$ y $n = 13$ respectivamente). Así mismo, el primer grupo reportó mejor calidad de vida relacionada con salud mental, mientras que el segundo con aspectos físicos.

Saavedra Rodríguez, S. D. C. (2017). Calidad de vida en adultos con insuficiencia renal crónica que reciben hemodiálisis en la clínica del riñón santa Lucia-Trujillo 2017. La investigación de tipo descriptivo se desarrolló en los meses de mayo y junio con la finalidad de determinar la calidad de vida de los adultos con Insuficiencia Renal Crónica que reciben hemodiálisis en la Clínica del Riñón Santa Lucía, Trujillo – 2017. La muestra estuvo conformada por 162 adultos los cuales cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se aplicó un instrumento que consistió en una encuesta de 05 dimensiones para medir la calidad de vida de los adultos en hemodiálisis, según las dimensiones físicas, emocionales, sociales, relaciones personales, aficiones y vacaciones. Encontramos que el 33.9% tiene mala calidad de vida, un 52.5% tienen regular calidad de vida y un 13.6% tienen buena calidad de vida. Conclusiones: Con los resultados encontrados sobre la calidad de vida en adultos con insuficiencia renal crónica que reciben hemodiálisis en la clínica del riñón Santa Lucía – Trujillo 2017, evidencian 52.5% de calidad de vida regular y un 33.9% de calidad de vida mala. De las 5 dimensiones afectadas en la calificación, calidad de vida regular se denotan con mayor porcentaje: La dimensión física con un 54.3%, dimensión social con un 62.3%, dimensión de aficiones y vacaciones con un 45.1%. Y en cuanto a las dimensiones emocional se evidencia una calidad de vida mala con un 49.4% y la dimensión de relaciones personales se evidencia una calidad de vida mala con un 57.4%.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Calidad de vida

La calidad de vida (CDV) es el bienestar general de individuos y sociedades, delineando las características negativas y positivas de la vida. Observa la satisfacción con la vida, que incluye todo, desde la salud física, la familia, la educación, el empleo, la riqueza, las creencias religiosas, las finanzas y el medio ambiente. QOL tiene una amplia gama de contextos, incluidos los campos de desarrollo internacional, salud,

política y empleo. Es importante no mezclar el concepto de calidad de vida con un área de crecimiento reciente de la calidad de vida relacionada con la salud. Una evaluación de la CVRS es efectivamente una evaluación de la calidad de vida y su relación con la salud. La calidad de vida no debe confundirse con el concepto de nivel de vida, que se basa principalmente en los ingresos. (Cuadras, Alcaraz, Llord et al., 1998)

2.2.2 Visión de conjunto

Los indicadores estándar de la calidad de vida incluyen no solo la riqueza y el empleo, sino también el entorno construido, la salud física y mental, la educación, la recreación y el tiempo libre, y la pertenencia social. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida se define como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en que vive y en relación con sus objetivos. En comparación con los de la OMS las definiciones, la escala Wang-Baker Faces define la calidad de vida como calidad de vida (en este caso, dolor físico) en un momento preciso en el tiempo. (Rastogi y Nissenon, 2009)

De acuerdo con el economista ecológico Robert Costanza:

Si bien la Calidad de Vida (CDV) ha sido durante mucho tiempo un objetivo de política explícito o implícito, la definición y medición adecuadas han sido difíciles de alcanzar. Diversos indicadores objetivos y subjetivos a través de una gama de disciplinas y escalas, y trabajos recientes sobre encuestas de bienestar subjetivo (SWB) y la psicología de la felicidad han estimulado un renovado interés.

Un enfoque, llamado teoría comprometida, delineado en la revista de Investigación aplicada en la calidad de vida, plantea cuatro dominios en la evaluación de la calidad de vida: ecología, economía, política y cultura. En el dominio de la cultura, por ejemplo, incluye los siguientes subdominios de calidad de vida:

- Identidad y compromiso

- Creatividad y recreación
- Memoria y proyección
- Creencia e ideas
- Género y generaciones
- Consulta y aprendizaje
- Bienestar y salud (Goodkin, 2003)

También se relacionan frecuentemente conceptos tales como libertad, derechos humanos y felicidad. Sin embargo, dado que la felicidad es subjetiva y difícil de medir, generalmente se da prioridad a otras medidas. También se ha demostrado que la felicidad, en la medida en que puede medirse, no necesariamente aumenta de manera correspondiente con la comodidad que resulta del aumento de los ingresos. Como resultado, el nivel de vida no debe tomarse como una medida de felicidad. También a veces se considera relacionado el concepto de seguridad humana, aunque este último puede considerarse en un nivel más básico y para todas las personas. (Collins, Foley, Gilbertson y Chen, 2009)

Un estudio de 2010 realizado por dos profesores de la Universidad de Princeton examinó a 1.000 residentes de Estados Unidos seleccionados al azar durante un período prolongado. Concluye que las evaluaciones de sus vidas, es decir, sus evaluaciones consideradas de su vida en una escala establecida de uno a diez, aumentan constantemente con los ingresos. Por otro lado, su calidad reportada de experiencias emocionales diarias (sus experiencias reportadas de alegría, afecto, estrés, tristeza o enojo) se nivela después de un cierto nivel de ingresos (aproximadamente \$ 75,000 por año); un ingreso superior a \$ 75,000 no conduce a más experiencias de felicidad ni a un mayor alivio de la infelicidad o el estrés. Por debajo de este nivel de ingresos, los encuestados informaron que disminuyó la felicidad y aumentó la tristeza y el estrés, lo que implica que el dolor de las desgracias de la vida, incluidas las enfermedades, el divorcio y la soledad, se ve agravado por la pobreza. (Núñez, Turiño, Abujas y Martín, 2012)

Los gobiernos de Bhután y el Reino Unido están utilizando la felicidad nacional bruta y otras medidas subjetivas de felicidad. El informe

World Happiness, emitido por la Universidad de Columbia es un metaanálisis de la felicidad en todo el mundo y proporciona una visión general de los países y activistas de base que usan GNH. La OCDE emitió una guía para el uso de las métricas de bienestar subjetivas en 2013. En los Estados Unidos, las ciudades y las comunidades están utilizando una métrica de GNH a nivel de base. (Sanabria, Munoz, Trillos, Hernández, Latorre, Díaz, et al., 2008)

El Índice de progreso social mide la medida en que los países satisfacen las necesidades sociales y ambientales de sus ciudadanos. Cincuenta y dos indicadores en las áreas de necesidades humanas básicas, fundamentos del bienestar y oportunidad muestran el desempeño relativo de las naciones. El índice usa medidas de resultado cuando hay suficientes datos disponibles o los proxies más cercanos posibles. (Wilson L, Velásquez y Ponce, 2009).

El Método de reconstrucción diurna fue otra forma de medir la felicidad, en la que los investigadores pidieron a sus sujetos que recordaran varias cosas que hicieron el día anterior y que describieran su estado de ánimo durante cada actividad. Al ser simple y accesible, este método requirió memoria y los experimentos han confirmado que las respuestas que dan las personas son similares a las que repetidamente recordaron cada tema. El método finalmente disminuyó, ya que requería más esfuerzo y respuestas reflexivas, que a menudo incluían interpretaciones y resultados que no se les ocurren a las personas a las que se les pide que registren cada acción en sus vidas diarias. (Devereaux, Schünemann, Ravindran, Bhandari Garg, Choi, et al. 2000)

2.2.3 Habitabilidad

El término calidad de vida también es utilizado por políticos y economistas para medir la habitabilidad de una ciudad o nación determinada. Dos medidas ampliamente conocidas de habitabilidad son el índice Where-be-born de The Economist Intelligence Unit y los informes de calidad de vida de Mercer. Estas dos medidas calculan la habitabilidad de los países y ciudades de todo el mundo, respectivamente, mediante

una combinación de encuestas subjetivas de satisfacción con la vida y determinantes objetivos de la calidad de vida, como las tasas de divorcio, la seguridad y la infraestructura. Tales medidas se relacionan más ampliamente con la población de una ciudad, estado o país, no con la calidad de vida individual. La habitabilidad tiene una larga historia y tradición en el diseño urbano, y los estándares de diseño de barrios como LEED-ND a menudo se utilizan para tratar de influir en la habitabilidad.(Johnson DW, Dent H, Hawley CM, McDonald SP, Rosman JB, Brown FG, et al., 2009)

2.2.4 En cuidado de salud

Dentro del campo de la salud, la calidad de vida a menudo se considera en términos de cómo una determinada dolencia afecta a un paciente a nivel individual. Esto puede ser una debilidad debilitante que no pone en peligro la vida; una enfermedad potencialmente mortal que no es terminal; enfermedad terminal; el declive predecible y natural en la salud de un anciano; un declive mental / físico imprevisto de un ser querido; o crónicos, procesos de enfermedad en etapa final. Investigadores de la Unidad de Investigación de Calidad de Vida de la Universidad de Toronto definen la calidad de vida como El grado en que una persona disfruta de las importantes posibilidades de su vida (UofT). Su Modelo de Calidad de Vida se basa en las categorías ser, pertenecer y convertirse; respectivamente quién es uno, cómo uno no está conectado al entorno de uno, y si uno alcanza sus metas, esperanzas y aspiraciones personales. Los estudios de muestreo de experiencia muestran una considerable variabilidad entre las personas en las asociaciones dentro de la persona entre los síntomas somáticos y la calidad de vida. Hecht y Shiel miden la calidad de vida como la capacidad del paciente para disfrutar las actividades normales de la vida, ya que la calidad de vida está estrechamente relacionada con el bienestar sin padecer enfermedades y tratamientos. Existen múltiples evaluaciones disponibles que miden la calidad de vida relacionada con la salud, por ejemplo, AQoL-8D, EQ5D - Euroqol, 15D, SF-36, SF-6D, HUI. (Rastogi y Nissenson, 2009)

Calidad de vida (QOL) significa una buena vida y creemos que una buena vida es lo mismo que vivir una vida con una alta calidad. Este artículo presenta el marco teórico y filosófico de la Encuesta danesa de calidad de vida y de los cuestionarios SEQOL, QOL5 y QOL1. La noción de una buena vida se puede observar desde lo subjetivo hasta lo objetivo, donde este espectro incorpora varias teorías de calidad de vida existentes. Llamamos a este espectro la teoría integradora de la calidad de vida (IQOL) y discutimos los siguientes aspectos en este documento: bienestar, satisfacción con la vida, felicidad, significado en la vida, sistema de información biológica (equilibrio), realización del potencial de vida, cumplimiento de necesidades y factores objetivos. La filosofía de la vida descrita en este documento trata de medir la calidad de vida global con preguntas derivadas de la teoría integradora de la calidad de vida. La teoría IQOL es una teoría general o metateoría que abarca ocho teorías fácticas más en un espectro subjetivo-existencial-objetivo. Otras filosofías de la vida pueden enfatizar otros aspectos de la vida, pero con esta idea de introducir tal profundidad existencial en las ciencias sociales y de la salud, creemos que hemos dado un paso necesario hacia una nueva humildad y respeto por la riqueza y complejidad de la vida. (Weiner, Tighiouart, Griffith, Elsayed, Levey, Salem y col., 2007)

En 1962, Abraham Maslow publicó su libro *Hacia una psicología del ser*, y estableció una teoría de la calidad de vida, que todavía se considera una teoría coherente de la calidad de vida. Maslow basó su teoría para el desarrollo hacia la felicidad y el ser verdadero sobre el concepto de las necesidades humanas. Describió su enfoque como una psicología existencialista de autorrealización, basada en el crecimiento personal. Cuando tomamos más responsabilidad por nuestra propia vida, tomamos más de las buenas cualidades que tenemos en uso, y nos volvemos más libres, poderosos, felices y saludables. Parece que el concepto de autorrealización de Maslow puede jugar un papel importante en la medicina moderna. Como la mayoría de las enfermedades crónicas a menudo no desaparecen a pesar de los mejores tratamientos biomédicos, podría ser que el cambio real que nuestros pacientes tienen para mejorar es comprender y vivir el noble camino del desarrollo

personal. El potencial oculto para mejorar la vida realmente radica en ayudar al paciente a reconocer que su ansia de vivir, sus necesidades y su deseo de contribuir, está realmente en lo más profundo de la existencia humana, una y la misma. Pero solo encontrarás este significado oculto de la vida si escudriñas tu propia vida y tu existencia lo suficiente como para llegar a conocer tu ser más profundo. (Saavedra, 1993)

Se presenta una teoría de la calidad de vida (CDV) desarrollada a partir de la perspectiva del desarrollo humano de Abraham Maslow. Se argumenta que las sociedades desarrolladas involucran a miembros que se preocupan principalmente por satisfacer necesidades de orden superior (necesidades sociales, de autoestima y de autoestima), mientras que las sociedades menos desarrolladas involucran miembros que están mayoritariamente preocupados por satisfacer las necesidades de orden inferior (biológicas y necesidades relacionadas con la seguridad). QOL se define en términos del nivel jerárquico de satisfacción de la necesidad de la mayoría de los miembros de una sociedad determinada. Cuanto mayor sea la satisfacción de la necesidad de la mayoría en una sociedad dada, mayor será la calidad de vida de esa sociedad. Las instituciones están diseñadas para servir a las necesidades humanas en una sociedad y, por lo tanto, a la calidad de vida de una sociedad. (Núñez, Turiño, Abujas y Martín, 2012)

Las instituciones sociales que atienden las necesidades humanas incluyen instituciones productivas, de mantenimiento, gerenciales / políticas y de adaptación. Cada uno de estos tipos de instituciones sociales implica una dimensión jerárquica. Se argumenta que los aumentos progresivos de la CDV van acompañados de cambios jerárquicos en estas instituciones sociales. (Sanabria, Munoz, Trillos, Hernández, Latorre, Díaz, et al., 2008)

La estructura demográfica y social de la comunidad / sociedad proporciona la base para las interacciones que conducen a las satisfacciones, el bienestar subjetivo y la calidad de vida. Se citan estudios que emplean elementos de estructura social para identificar aspectos satisfactorios de la calidad de vida. Se ofrecen diez proposiciones que identifican las relaciones teóricas entre las características estructurales

sociales y el bienestar. Para mejorar la calidad de vida, se presentan sugerencias para alterar la estructura social. (Collins, Foley, Gilbertson y Chen, 2009)

Las teorías filosóficas son relatos sistemáticos que se pueden utilizar para proporcionar una base para nuestras creencias y para resolver aquellas ideas que deben tenerse con convicción racional de aquellas que deben descartarse. Por lo tanto, una teoría filosófica de la calidad de vida es una descripción de lo que hace que valga la pena vivir la vida humana y un intento de identificar los elementos fundamentales de la experiencia humana o la condición humana que proporcionan el contenido para tal explicación. En la historia de la filosofía hay, por supuesto, innumerables relatos de este tipo, presentados a medida que cada filósofo explica su versión preferida del bien humano. (Núñez, Turiño, Abujas y Martín, 2012)

La mayoría de estas teorías se clasifican en las siguientes tres categorías: Teorías hedónicas, las teorías hedónicas identifican la calidad de vida con estados de conciencia, conciencia o experiencia del individuo. La felicidad o el placer, sin embargo, esos términos son precisamente para definir, son el sine qua non de la calidad de vida. Esto permite una considerable variación individual en la evaluación de la buena calidad de vida porque diferentes cosas hacen felices a las personas diferentes, pero también permite algún tipo de métrica común (al menos en el lado negativo) porque aparentemente hay estados negativos universales de dolor o sufrimiento o infelicidad que todas las personas (normales) evitan. (Termorshuizen, 2003)

Una pregunta interesante es si es necesario que la persona se dé cuenta de que es feliz para ser feliz. En otras palabras, ¿es el tipo de felicidad (o placer) que hace que una buena calidad de vida sea una sensación directa e inmediata, o es un estado psíquico que resulta de algún acto de autointerpretación. Si es el primero, entonces parecería seguir que una persona encerrada en una celda con un electrodo implantado en un centro de placer del cerebro estaría experimentando la más alta calidad de vida. Esa conclusión debe ser errónea y cuenta en contra de la teoría. Por otro lado, si el placer o la felicidad que requiere la

teoría implican alguna forma de mediación cognitiva e interpretación secundaria, entonces las personas que tienen déficits cognitivos serios serán automáticamente juzgadas como de baja calidad de vida por definición, y esa visión parece excesivamente parcializada. contra los bienes no intelectuales en la vida. (Wilson L, Velásquez y Ponce, 2009).

Teorías de preferencias racionales. El segundo tipo, las teorías de preferencias racionales, definen la calidad de vida en términos de la satisfacción o realización real de los deseos o preferencias racionales de una persona. Esta es una teoría mucho más objetiva que la explicación hedónica en el sentido de que una persona no necesita saber que sus preferencias se están cumpliendo (o no necesita complacerse en ese conocimiento) para que la calidad de su vida sea buena; simplemente debe ser el caso de que se cumplan de hecho. El atractivo subyacente de las teorías de este tipo es la noción de que los individuos tienen una buena vida cuando el estado objetivo del mundo se ajusta a lo que desean racionalmente. (Cieza, 2000)

2.2.5 Teorías del florecimiento humano

Las teorías del florecimiento humano intentan basar nuestra comprensión de la buena vida en un recuento de aquellas funciones, capacidades y excelencias que son plena y constitutivamente humanas. En la medida en que alcancemos y dominemos esas capacidades, y en la medida en que evitemos esas condiciones que obstaculizarían o menoscabarían esas capacidades, prosperamos como seres humanos. Las teorías de este tipo también suelen tener un componente de desarrollo incorporado, ya que las capacidades más plenamente humanas son aquellas que no se dominan al nacer ni se expresan automáticamente por instinto, sino que deben desarrollarse y nutrirse mediante la educación, la interacción con los demás y la práctica. el curso de una vida. En la medida, entonces, que el individuo continúa creciendo y desarrollándose a lo largo de su vida, la calidad de vida se mejora de ese modo. (Sanabria, Munoz, Trillos, Hernández, Latorre, Díaz, et al., 2008)

Los relatos de estas capacidades más plenamente humanas difieren entre los filósofos que trabajan en esta tradición de teorización, pero como una generalización podemos decir que los relatos filosóficos de este tipo usualmente enfatizan la capacidad humana de expresar y experimentar significado en las relaciones sociales de intimidad, amistad y cooperación; la capacidad de usar la razón y desarrollar y seguir un plan de vida de autorrealización y autorrealización; la capacidad de independencia y autosuficiencia; y la necesidad humana de un entorno social y cultural apropiado que proporcione al individuo varios tipos de recursos materiales, simbólicos, espirituales- necesarios para vivir una vida humana evolutiva y satisfacer las necesidades básicas y secundarias. (Cieza, 2000)

Según las guías de práctica clínica de la K/DOQI de la National Kidney Foundation (NFK) en 2002 definió enfermedad renal crónica (ERC) como daño renal durante > 3 años, caracterizado por anomalías funcionales o estructurales, con o sin disminución de la tasa de filtración glomerular (GFR) tal como se manifiesta ya sea por alteraciones patológicas o marcadores de daño renal (es decir, análisis de orina o estudio de imagen anormal) o una GFR por debajo de 60 ml/min/1.73 m² durante dos o tres meses, con o sin evidencia de lesión renal. La enfermedad renal crónica (ERC) en la edad pediátrica (desde el nacimiento hasta los 18 años) es poco frecuente, pero cuando aparece, lo hace con efectos bastante importantes para el desarrollo del niño, desarrollando una alta morbilidad. (SIS, 2008)

Según el Registro Español Pediátrico de Insuficiencia Renal (REPIR II) en 2010, la incidencia de la ERC no terminal era de 8,66 casos por millón de población en menores de 18 años y la prevalencia de 71,062. En el caso de los pacientes pediátrico con ERCT, los datos epidemiológicos corren a cargo de la Asociación Española de Nefrología Pediátrica (AENP), que según los últimos datos obtenidos en el año 2010 hay 60 niños en programas de diálisis y trasplantes y el tiempo medio para el trasplante no suele durar el año, practicándose una media de entre 60 y 70 trasplantes anuales. La enfermedad renal crónica es una patología de larga duración, progresiva e irreversible, en el niño esto se acentúa

más al abarcar un gran período de su vida e incluso toda su vida. En este caso, no solo es el paciente el que se somete a la enfermedad y tratamiento, si no que la familia también lo está. La existencia de un niño enfermo crónico supone una alteración de la vida cotidiana, actividades y proyectos de otros miembros de la familia, relación entre padres o entre los hermanos sanos. (SIS, 2008)

La calidad de vida (CV) puede definirse como la percepción subjetiva de bienestar general que resulta de la evaluación que hace el individuo de diversos dominios o áreas de su vida. Se trata de un constructo multidimensional, que incorpora aspectos tales como la salud física de la persona, su estado psicológico, grado de independencia, relaciones sociales, factores ambientales y creencias personales. (Sanabria, Munoz, Trillos, Hernández, Latorre, Díaz, et al., 2008)

La prevalencia de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países, para las cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de los servicios de salud. (Núñez, Turiño, Abujas y Martín, 2012)

En este contexto, la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) incorpora la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud. (Rastogi y Nissenson, 2009)

Por tanto, se va a considerar CVRS a cómo el paciente percibe y reacciona frente a su estado de salud, a los aspectos de la vida que pueden ser atribuidos a la enfermedad y a su terapéutica. En general, a todos los aspectos de la vida de un individuo que están influidos por la salud². La CVRS ha sido uno de los conceptos que en el campo de la salud más se ha utilizado de manera indistinta al de calidad de vida, siendo muy pocos los autores que hacen una distinción con el término calidad de vida general. (Cuadras, Alcaraz, Llorca et al., 1998)

Para algunos autores, la CVRS es frecuentemente identificada como una parte de la calidad de vida general, mientras que otros sugieren que su uso es a menudo intercambiable con el de CV9. Los avances médicos en los cuidados para niños con enfermedad renal crónica en las distintas modalidades terapéuticas han resultado en una relativa mejora a largo plazo en la supervivencia del paciente comparándolo con pacientes adultos con ERC, de lo que se deduce que habrá más pacientes pediátricos con ERC que van a llegar a edad adulta. (Núñez, Turiño, Abujas y Martín, 2012)

Por tanto, los cuidados óptimos para el paciente pediátrico con ERC no sólo requieren atención del manejo médico sino también de la evaluación de los factores de CVRS que podría promover o prevenir una exitosa transición a la edad adulta. La calidad de vida en la infancia refleja el punto de vista del niño o de su familia acerca del impacto de la enfermedad en su vida cotidiana, abarcando diversos factores y no sólo los relacionados directamente con el estado o la gravedad de la enfermedad. La enfermedad renal crónica supone una crisis para la vida familiar como sistema y también, de forma particular, para cada uno de sus integrantes. Si la calidad de vida es complicada de definir y de llegar a un acuerdo por lo que se entiende como tal, también es complicado medirla. Habitualmente la medida de la calidad de vida se realiza a partir del análisis de las respuestas de los individuos a un cuestionario estandarizado que comprende distintas dimensiones. Cada dimensión está constituida por distintas preguntas o ítems que se encienden categorizadas por escalas. (Cieza, 2000)

Los cuestionarios pediátricos de la calidad de vida, al igual que en los de los adultos, se pueden clasificar en genéricos y específicos según las características de la población para la cual han sido creados. Los instrumentos genéricos intentan dar una aproximación general del estado de salud, se utilizan en cualquier población de estudio independientemente de la enfermedad que afecta a dicha población y analizan contenidos comunes a cualquier situación. Los instrumentos específicos, por su parte, están dirigidos a una enfermedad y sus dimensiones intentan profundizar en aspectos de la CVRS de un síntoma,

proceso agudo o crónico, capturando con mayor precisión el impacto de los tratamientos y de las intervenciones sanitarias. (Sanabria, Muñoz, Trillos, Hernández, Latorre, Díaz, et al., 2008)

2.2.6 Actividad física

Los muchos beneficios del ejercicio y de la actividad física están ahora bien documentados. La actividad física regular tiene la capacidad de reducir el riesgo de varias enfermedades crónicas, así como promover la calidad de vida y una sensación de bienestar. Lleva sólo 30 minutos al día para disfrutar de estos beneficios. Gran parte de los médicos recomiendan 30 minutos de actividad moderada, pero se sabe que tres períodos de actividad de 10 minutos son tan beneficiosos para su salud en general, como una sesión de 30 minutos. (Rastogi y Nissenson, 2009)

La actividad física además de ayudar a hacerle sano, puede ayudarle a pasar algún tiempo al aire libre. Por otra parte, la luz solar en su piel ayuda al cuerpo a producir vitamina D, lo que trae muchos beneficios adicionales para la salud. Aquí hay algunas razones por las que la actividad física está comprobada para mejorar la salud mental y física, ayudando en la calidad de vida. (Saavedra, 1993)

La actividad física regular puede aliviar la tensión, la ansiedad, la depresión y la rabia. Usted puede incluso no notar una buena sensación inmediatamente después de su actividad física, pero la mayoría de la gente también nota una mejora en el bienestar general a lo largo del tiempo, durante las próximas semanas y meses, en cuanto a la actividad física se convierte en una parte de su rutina. (Goodkin, 2003)

El ejercicio aumenta el flujo de oxígeno que afecta directamente al cerebro, así su edad mental y la memoria puede ser mejorada con la actividad física. Además, mejora el sistema inmunológico y disminuye el riesgo de desarrollar enfermedades como el cáncer y las enfermedades del corazón. Factores de riesgo reducido - Si se vuelve más activo, se puede bajar la presión arterial hasta 4 a 9 mmHg. Esta es la misma reducción en la presión arterial entregada por algunos medicamentos

antihipertensivos. Además, la actividad física también puede aumentar sus niveles de colesterol bueno. (Collins, Foley, Gilbertson y Chen, 2009)

Sin actividad física regular, el cuerpo pierde lentamente su fuerza, resistencia y capacidad de funcionar bien. Y para cada hora de ejercicio regular que usted obtiene usted ganará alrededor de dos horas de expectativa de vida adicional, incluso si usted no comienza hasta la edad media. El ejercicio moderado, como caminata rápida, por menos de 30 minutos al día tiene los beneficios probados de salud listados arriba, así como: Mejora la circulación de la sangre, lo que reduce el riesgo de enfermedad cardíaca.

- Mantiene el peso bajo control
- Ayuda en la batalla para dejar de fumar
- Mejora los niveles de colesterol en la sangre
- Previene y controla la presión arterial elevada
- Previene la pérdida de hueso
- Aumenta el nivel de energía
- Ayuda a controlar el estrés
- Reduce enfermedades coronarias en mujeres de 30-40 por ciento
- Reduce el riesgo de accidente cerebrovascular en un 20 por ciento en personas moderadamente activas y un 27 por ciento en unos altamente activos, entre otros beneficios. (Weiner, Tighiouart, Griffith, Elsayed, Levey, Salem y col., 2007)

2.2.7 Relaciones sociales

La prestación de cuidados en salud mental y psiquiatría, por diversos motivos, incluidos los que la vinculan a su historia, ha tenido siempre implícitos retos sucesivos vinculados a la propia asistencia en salud mental, a los grandes cambios legislativos en esta área, a la adaptación de la asistencia a esas alteraciones y también a la investigación. En cuanto a la coyuntura nacional e internacional que regula la salud mental y psiquiatría, la Calidad de Vida (QDV) de las personas con enfermedad mental se convierte en un área fundamental de investigación, teniendo en cuenta su incuestionable importancia en la medición de las medidas de

intervención. En este sentido, este estudio pretendió contribuir a una mejor comprensión de la relación entre la calidad de vida y la enfermedad mental. (Johnson DW, Dent H, Hawley CM, McDonald SP, Rosman JB, Brown FG, et al., 2009)

Las relaciones sociales se refieren a la percepción del individuo sobre las relaciones sociales y los roles sociales adoptados en la vida. O bien, son dimensiones de bienestar del individuo que considera la manera como él interactúa con las personas de su entorno social, de cómo esas personas reaccionan a él, y aún, cuáles son los tipos de relación que él estableció con las instituciones sociales. Engloba las facetas: relaciones personales; apoyo social; actividad sexual. (Devereaux, Schünemann, Ravindran, Bhandari Garg, Choi, et al. 2000)

La presencia de la calidad de vida en el Dominio Relaciones Sociales en los sujetos muestra con enfermedad del humor, cuando comparados con los sujetos de la población general. Esta diferencia se refleja esencialmente en lo que se refiere a las facetas de la actividad sexual y las relaciones personales. Permiten la reflexión sobre un conjunto de implicaciones de las enfermedades del humor en el dominio de las relaciones sociales de la QDV, reforzando la importancia de respetar las variables relaciones personales, actividad sexual y apoyo social en la asistencia en salud a esta población específica. (Núñez, Turiño, Abujas y Martín, 2012)

Las ciencias sociales ya tienen la tradición en investigación y análisis de lo que sea Calidad de Vida. Esta especialidad se restringía a filósofos, teólogos y científicos sociales y se volvía a la búsqueda con satisfacción de la vida o buena vida, además de realizar investigaciones de indicadores sociales. La investigación sobre calidad de vida incluye muchas áreas como la sociología, geografía, psicología, medicina, farmacia, economía, temas ambientales y comunitarios. Sin embargo, no hay, todavía, un concepto determinante de lo que sea Calidad de Vida. (Cuadras, Alcaraz, Llorca et al., 1998)

La investigación tuvo como objetivo la evaluación de la calidad de vida en trasplantes renales relacionada al dominio relacionado social, siendo utilizado el WHOQOL-Abreviado, instrumento genérico de la Organización

Mundial de Salud. El estudio fue realizado en el ambulatorio de post-transplante renal del Hospital Universitario Pedro Ernesto con una muestra de 21 (veintiún) pacientes, abordados de forma aleatoria para una investigación cuantitativa. Conclusión: los pacientes trasplantados que participaron en la investigación se hallaron, en su mayoría, satisfechos con la terapia de sustitución renal, el trasplante renal, principalmente en lo que se refiere al dominio de las relaciones sociales.

La concepción de calidad de vida es una tarea compleja, pues implica la subjetividad de los sujetos. En general los autores se refieren a la necesidad de considerar varias dimensiones en la evaluación de la calidad de vida, como los aspectos físicos, emocionales y sociales, a semejanza del concepto de salud elaborado por la Organización Mundial de la Salud, en el cual la salud es considerada como un completa bien físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad. (Collins, Foley, Gilbertson y Chen, 2009)

El término calidad de vida es relativamente nuevo en el área de la salud, habiendo surgido en la literatura hacia los años 70. Sin embargo, a partir de la necesidad creciente de evaluar procedimientos médicos ese término fue más ampliamente utilizado. En la actualidad, la evaluación de la calidad de vida ha ayudado en el establecimiento de metas en los diferentes tratamientos de insuficiencia renal crónica, ya que estos acarrear importantes limitaciones físicas, psicológicas y sociales a los pacientes. (Wilson L, Velásquez y Ponce, 2009).

La calidad de vida, según el grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, se define como la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones, enfatizando la evaluación subjetiva de la Calidad de Vida y la percepción que el paciente tiene de su estado físico, emocional y social. (Cieza, 2000)

El sistema renal es de fundamental importancia para el mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico y metabólico del organismo. Para ello, los riñones son responsables de hacer el medio extracelular constante para el funcionamiento celular normal, a través de la excreción de productos

del metabolismo (urea, creatinina, ácido úrico), de electrolitos y agua obtenidos en la ingesta alimentaria. Se mantiene así una constante entre la excreción y la suma de la ingestión con la producción endógena. (Núñez, Turiño, Abujas y Martín, 2012)

En la mayoría de los casos, la mayoría de las personas que sufren de depresión, depresión, de ansiedad, de ansiedad y de ansiedad. La insuficiencia renal surge cuando los riñones no son capaces de realizar la remoción de los productos de degradación del organismo y de realizar sus funciones reguladoras. Con ello, hay acumulación de sustancias en los líquidos corporales y comprometimiento de funciones endocrinas, metabólicas, hidroelectrolíticas y de equilibrio ácido-base. (Sanabria, Munoz, Trillos, Hernández, Latorre, Díaz, et al., 2008)

La Insuficiencia Renal Crónica se refiere a un diagnóstico caracterizado por pérdida progresiva y casi siempre irreversible de la función de filtración glomerular. De acuerdo con ese grado de pérdida, se puede tener la clasificación de leve, moderada, grave y terminal. Se suele utilizar la depuración de creatinina endógena para su determinación. (Wilson L, Velásquez y Ponce, 2009).

Inicialmente, frente al diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica, el paciente será tratado de forma convencional, que es el tratamiento conservador, con la utilización de medicamentos y restricciones alimentarias. Conforme a la evolución de la enfermedad, el paciente pasará las demás formas de terapia. Entre los tratamientos, las opciones de elección serán: diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal, la elección de la mejor modalidad de tratamiento debe contemplar el análisis de las condiciones clínicas, psicológicas y financieras del paciente. (Goodkin, 2003)

En pacientes renales crónicos, la calidad de vida es influenciada por la propia enfermedad y por el tipo de terapia de sustitución de la función renal. Además, factores como edad del paciente, presencia de anemia, comorbilidad y depresión pueden ser importantes influyentes de la calidad de vida. (Núñez, Turiño, Abujas y Martín, 2012)

Algunos estudios identifican tres factores que pueden predecir mejoría de la calidad de vida de pacientes sometidos a trasplante renal: reducción

de estresores, como interrupción del tratamiento dialítico e interferencia de éste en la vida diaria, facilitación de la vida profesional (posibilidad más amplia de empleos) y mejora del trabajo, apoyo social). (Rastogi y Nissenson, 2009)

Sin embargo, incluso con un trasplante exitoso, después del alta y con el injerto funcionando, el paciente continúa viviendo con una enfermedad crónica. Las consultas hospitalarias con regularidad son necesarias y pueden generar estrés, especialmente en los primeros seis meses, cuando son más frecuentes. Cuando el intenso contacto con el sistema de salud disminuye, el retorno a un estilo de vida normal (diferente, sin embargo, del estilo de vida anterior a la enfermedad renal) trae nuevas preocupaciones, como la necesidad de retomar la vida profesional, la convivencia con la familia y otras responsabilidades. (Saavedra, 1993)

Los atendimientos a grupos de pacientes y familiares, en los períodos pre y post-transplante renal, posibilitan la identificación de los problemas enfrentados con mayor frecuencia. Además, proporcionan una oportunidad para discutir estrategias adecuadas de enfrentamiento y proporcionar información, que atiendan las necesidades de los pacientes y favorezcan la calidad de vida. (Collins, Foley, Gilbertson y Chen, 2009)

2.2.8 Bienestar emocional

El área de la salud tiene grandes avances tecnológicos y científicos, por lo que el hombre puede retardar la muerte, prolongando su tiempo de vida a través de la investigación de enfermedades. Estos avances han posibilitado diagnosticar y anticipar la terapéutica adecuada, con resultados prometedores para el control y evolución de la enfermedad y tal vez hasta la curación. Con estos avances, se puede identificar un mayor número de pacientes crónicos, que requieren cuidados permanentes durante toda su vida. (Cuadras, Alcaraz, Llord et al., 1998)

La Enfermedad Renal Crónica (DRC) es una enfermedad que, además de traer consecuencias físicas al individuo que la vive, trae perjuicios psicológicos, alterando su cotidiano, siendo caracterizada también como un problema social, que interfiere en el papel que el propio

enfermo desempeña en la sociedad. Por lo tanto, se establece un largo proceso de adaptación a esta nueva condición, donde el individuo necesita identificar medios para lidiar con el problema renal y con todos los cambios y limitaciones que lo acompañan. (Rastogi y Nissenson, 2009)

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una condición mórbida derivada de una serie de factores, no contemplando expectativa de curación. Es una enfermedad que viene creciendo significativamente y tiene como co-responsables el aumento de la incidencia de hipertensión arterial sistémica; diabetes mellitus; las neoplasias de próstata y cuello de útero, entre otras causas. Muchas personas desarrollan la insuficiencia renal por falta de seguimiento adecuado y detección precoz de las enfermedades de origen. (Cuadras, Alcaraz, Llorca et al., 1998)

La hemodiálisis, un tratamiento de apoyo al paciente renal consiste en la remoción de sustancias tóxicas y exceso de líquido por una máquina. Un procedimiento cuya duración tarda de dos a cuatro horas, exigiendo que el paciente se desplaza a la unidad de tratamiento a una frecuencia, la mayoría de las veces, de tres veces por semana. La dificultad de adaptación es grande y se puede ver al principio del tratamiento. (Cieza, 2000)

Es una situación donde la ansiedad y los síntomas depresivos se hacen presentes durante el proceso e incluso durante todo el tratamiento. Toda reacción del enfermo renal frente al proceso terapéutico de diálisis es una forma de respuesta adaptativa frente a los sentimientos de inseguridad y pérdidas, siendo la depresión el desorden psiquiátrico más común entre aquellos en etapa final de la enfermedad renal, tratados con hemodiálisis. (Rastogi y Nissenson, 2009)

De esta forma, se abre espacio para otro tipo de preocupación, los aspectos emocionales de esos pacientes y la preocupación por su calidad de vida. El presente estudio buscó identificar datos relacionados a los niveles de depresión en pacientes renales sometidos a la hemodiálisis, originado en el proyecto de tesis de una de las autoras, titulado Calidad de vida y apoyo social en pacientes renales en tratamiento de hemodiálisis. (Wilson L, Velásquez y Ponce, 2009)

Se vuelve fundamental la perspectiva del individuo que evalúa cómo ve y siente la interferencia de la enfermedad en su vida personal, familiar y profesional. De esta forma, es importante y necesario que el enfoque de los profesionales del área de la salud, actuantes en este servicio no esté centrado solamente en la enfermedad, sino también, en la experiencia de vida de estas personas, integrando enfermos y sus familiares, así como la manera como ellos entienden, responden y tratan con síntomas y problemas derivados de la enfermedad y el tratamiento. Esta atención propiciará a los pacientes un tratamiento orientado a la mejora de su calidad de vida, reconociéndolos como insertados en un contexto. (Cuadras, Alcaraz, Llorca et al., 1998)

A menudo las enfermedades crónicas están asociadas a la depresión, pero en muchos casos, los trastornos del humor siguen siendo subdiagnosticados y sustraídos, sobre todo por las similitudes de los síntomas depresivos con los de las enfermedades crónicas. La etiología de la depresión está generalmente asociada con alguna pérdida, y éstas son normalmente numerosas y duraderas para el paciente con enfermedad renal. La pérdida de la función renal, la sensación de bienestar, el papel en la familia y el trabajo, la pérdida de fuentes de recursos financieros, la función sexual, entre otras. (Goodkin, 2003)

El estudio como el de Zimmermann y cols (2004) señala que los hallazgos relativos a la depresión en el grupo de pacientes renales crónicos todavía son muy contradictorios. Este hecho puede estar relacionado con varios factores, como la diversidad de las poblaciones, el equipo médico con formación y experiencia diferentes, criterios heterogéneos para diagnóstico de la depresión, instrumentos de medida diferentes, entre otros.

La enfermedad y el tratamiento renal traen perjuicio y cambios que acarrearán cambios en términos de integridad física y emocional del enfermo y, consecuentes limitaciones. En general, ocurre alejamiento del paciente de su grupo social, ocio y, muchas veces, de la propia familia. (Saavedra, 1993)

La presencia de sintomatología depresiva entre los riñones crónicos en hemodiálisis es importante, merece ser conocida y reconocida, para

ser tratada prontamente ya que su presencia puede alterar el pronóstico y la adhesión al tratamiento. La prevalencia de depresión en esa población es bastante variable, siendo prioritario revisar y profundizar estudios sobre el tema. De esta forma, permanece la necesidad de más estudios que apunte datos para buscar la mejoría del tratamiento renal sustitutivo y, reconocer la sintomatología depresiva asociada es garantizar y asegurar la integridad mental de esos pacientes. (Termorshuizen, 2003)

2.3 Definición conceptual

Autodependencia.- La autodependencia es un concepto vinculado con el tener un nivel elevado de la autoestima, autoconocimiento y principalmente, la autodependencia. (Badia & Lizán, 2003).

Apoyo.- Es brindar afecto a una persona de manera que esta pueda sentirse respaldada emocionalmente. (Badia & Lizán, 2003).

Calidad.- Es la sensación de bienestar general de individuos y sociedades, delineando las características negativas y positivas de la vida. Incluye los ámbitos de la familia, la educación, el empleo, la riqueza, las creencias religiosas, las finanzas y el medio ambiente. (Badia & Lizán, 2003).

Emocional.- Son reacciones psicológicas frente a motivaciones que una persona recibe y enfrenta ante estas situaciones. (Badia & Lizán, 2003).

Físico.- Es todo lo referente al cuerpo humano y su motilidad, actividad de ejercicios y desarrollo oseo-muscular. (Badia & Lizán, 2003).

Paciente.- Persona enferma que es atendida por un profesional de la salud. (Badia & Lizán, 2003).

Socialización.- La socialización es el proceso de internalización de las normas y las ideologías de la sociedad. La socialización abarca tanto el aprendizaje

como la enseñanza y, por lo tanto, es el medio por el cual se logra la continuidad social y cultural. (Badia & Lizán, 2003).

Vida.- La vida es una propiedad de los animales y plantas de adaptarse a un medio, desarrollo y reproducción. (Badia & Lizán, 2003).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de investigación

3.1.1 Tipo

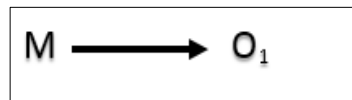
La investigación es descriptiva. La investigación descriptiva se utiliza para describir las características de una población o fenómeno en estudio. Silverma (2009), el tipo de investigación que se clasifica como "descriptiva", tiene por premisa buscar la resolución de problemas mejorando las prácticas por medio de la observación, análisis y descripciones objetivas, a través de entrevistas con expertos para la estandarización de técnicas y validación de contenido. La investigación descriptiva utiliza patrones textuales como, por ejemplo, cuestionarios para la identificación del conocimiento. La investigación descriptiva tiene por finalidad observar, registrar y analizar los fenómenos sin, sin embargo, entrar en el mérito de su contenido. En la investigación descriptiva no hay interferencia del investigador, que sólo procura percibir, con el necesario cuidado, la frecuencia con que el fenómeno ocurre. Es importante que se haga un análisis completo de estos cuestionarios para que se llegue a una conclusión.

Asimismo, es aplicada ya que se refiere al estudio e investigación científica que busca resolver problemas prácticos. La investigación aplicada se utiliza para encontrar soluciones a problemas cotidianos, curar enfermedades y desarrollar tecnologías innovadoras. Los psicólogos que trabajan en factores humanos o en áreas industriales / organizacionales a menudo hacen este tipo de investigación.

3.1.2 Diseño de la investigación

El diseño a utilizar en la presente investigación es no experimental de corte transversal; el autor Schmidt, CO; Kohlmann, T (2008). Señala que la investigación no experimental es una investigación que carece de la manipulación de una variable independiente, la asignación aleatoria de participantes a condiciones u órdenes de condiciones, o ambas. La investigación es de corte transversal implica el uso de diferentes grupos de personas que difieren en la variable de interés, pero que comparten otras características, como el nivel socioeconómico, los antecedentes educativos y el origen étnico.

Se presenta el siguiente diagrama:



Dónde:

O1 = Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica

M = Muestra

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población de la investigación

Según Vara (2010) la población es aquella en la cual se engloban a todos los individuos que van a ser el objeto de estudio, los cuales tienen características similares y se encuentran ubicados en un mismo territorio (p 221).

La población del presente estudio estuvo conformada por 50 enfermeros trabajadores Enfermería en el 7b de unidades cuidados

intensivo del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen del Distrito de La Victoria, en el año 2017, el cual se encuentra ubicado en el distrito de La Victoria. Asimismo, cabe mencionar que todos se encuentran en la etapa de adolescencia, parte sustancial en la cual se basa nuestro estudio.

Según Vara (2010) la muestra es aquel subconjunto extraído de la población total, esta selección se da a través de diversos métodos (p 221). El tipo de muestreo a utilizar en la presente investigación va a ser el muestreo Basada en los sujetos disponibles: Pardo (2017) define a la muestra como un conjunto de sujetos disponibles, como detener a las personas en la esquina de la calle mientras pasan por ahí, es un método de muestreo, aunque es extremadamente riesgoso y debe realizarse con cautela.

Criterios de Inclusión

- Pacientes que respondieron correctamente la evaluación
- Pacientes que están entre las edades de 20 a 50 años
- Pacientes que llenaron el consentimiento informado y ficha sociodemográfica

Criterios de exclusión

- Pacientes que resolvieron la evaluación de manera incorrecta, dejando más de dos ítems sin contestar
- Pacientes que no se encontraban presentes en el aula al momento de la evaluación
- Pacientes que no están en el rango de edad de entre 30 a 50 años

$$n = \frac{Z^2 \times N \times p \times q}{(N - 1) \cdot E^2 + Z^2 \times p \times q}$$

Z = Nivel de estimación = 95% = 1.96

N = Número de la Población = 50

E = error de estimación = 5% = 0.05

p = Probabilidad a Favor = 0.5

q = Probabilidad en contra = 0.5

n = tamaño de la muestra = 45

n = tamaño de la muestra =

$$n = \frac{1.91 \times 0.5 \times 0.5 \times 50}{$$

$$0.05^2 \times 50 + 1.91^2 \times 0.05 \times 0.05}$$

n= 45

La selección de la muestra no es probabilística, por lo tanto, la elección fue por conveniencia, por ende, se utilizará 45 pacientes como muestra.

3.3 Identificación de la variable y su operacionalización

3.3.1 Calidad de vida

Según Álvarez, Fernández, (2001). La calidad de vida es una medida altamente subjetiva de felicidad que es un componente importante de muchas decisiones financieras. Los factores que

desempeñan un papel en la calidad de vida varían según las preferencias personales, pero a menudo incluyen seguridad financiera, satisfacción laboral, vida familiar, salud y seguridad. Las decisiones financieras generalmente implican un compromiso en el que la calidad de vida se reduce para ahorrar dinero o, por el contrario, la calidad de vida se incrementa gastando más dinero.

3.3.2 Operacionalización de la variable

Tabla 1 Operacionalización de la variable de calidad de vida

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICION	PREGUNTAS	TOTAL MENTE DE ACUERDO	ACUERDO	INDE CISO	DESACUERDO	TOTALM ENTE EN DESACUERDO
CALIDAD DE VIDA (Barcaccia, 2013), La calidad de vida es el bienestar general de individuos y sociedades, delineando las características negativas y positivas de la vida. Observa la satisfacción con la vida, que incluye todo, desde la salud física, la familia, la educación, el empleo, la riqueza, las creencias religiosas, las finanzas y el medio	1. Actividad física (AF): La actividad física se define como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que requiere un gasto de energía. La inactividad física ha sido identificada como el cuarto factor de riesgo principal para la mortalidad mundial, causando un estimado de 3.2 millones de muertes a nivel mundial. (Robert Henry Nelson (2001).	Actividad física	<i>Son movimientos que realiza las personas en su día a día</i>						
		Progreso	<i>Es el nivel de mejoras de la salud</i>	1. Considero que mi salud se encuentra en buen estado					
		Evolución	<i>Son los progresos de mejoras de salud</i>	2. Mantengo un buen ritmo de vida.					
		Tiempo	<i>Es la secuencia de actos conforme a horas disponibles para hacer cosas</i>	3. Mi salud actual me permite a hacer las cosas bien hechas					
				4. Me permito amentar tiempo de trabajo					
		Emociones	<i>Son sentimientos que tiene la persona conforme a sí misma</i>	5. Tengo buen control de mis emociones					
Entorno	<i>Es el ambiente en el que la persona</i>	6. Mi relación con su entorno es agradable							

ambiente			<i>se desarrolla</i>					
	2. Relación Social (RS): En las ciencias sociales, una relación social o interacción social es cualquier relación entre dos o más individuos. Las relaciones sociales derivadas de la agencia individual forman la base de la estructura social y el objeto básico para el análisis de los científicos sociales. Las investigaciones fundamentales sobre la naturaleza de las relaciones sociales aparecen en el trabajo de sociólogos como Max Weber en su teoría de la acción social. (Shorto, 2009).	Relación social	Es el nivel de interacción de una persona con su medio					
		Estabilidad física en lo social	<i>Es el nivel de facilidad que tiene una persona de poder desenvolverse en sus actividades y quehaceres</i>	7. Considero que suelo estar más fácilmente en buen estado de salud que otros compañeros de trabajo				
				8. Mi estado de salud favorece el rendimiento en el trabajo				
				9. Me causa motivación tener que ocuparme de mi enfermedad del riñón				
	Concentración	<i>Es la capacidad de focalizarse en las ideas y plasmarlas en alguna actividad</i>	11. Tengo buena concentración en el trabajo					

<p>3. Bienestar social (BS): El bienestar social no es lo mismo que el nivel de vida pero se preocupa más por la calidad de vida que incluye factores tales como la calidad del medio ambiente (aire, suelo, agua), el nivel de delincuencia, grado de abuso de drogas, disponibilidad de servicios sociales esenciales, servicios, así como aspectos religiosos y espirituales de la vida.. (Ferragina (2011).</p>	<p>Bienestar social</p>	<p><i>Se refiere al estado de tranquilidad que tiene una persona</i></p>						
	<p>Nervios</p>	<p><i>Es la alteración del sistema nervioso de una persona a causa de la enfermedad</i></p>	<p>12. Me siento seguro(a) cuando estoy con otras persona</p>					
	<p>Ánimo</p>	<p><i>Es la predisposición emocional de una persona para realizar actividades</i></p>	<p>13. Tengo ánimo en todo momento</p>					
	<p>Fatiga</p>	<p><i>Es el cansancio que siente una persona a causa de una enfermedad</i></p>	<p>14. Las alegrías me embarga cualquier actividad</p>					
	<p>Superación personal</p>	<p><i>Se refiere a la actitud de deseo de mejorar alguna situación</i></p>	<p>15. Me siento contento(a)</p> <p>16. Siento que soy feliz</p>					

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1 Técnicas

En la presente investigación se ha utilizado como técnica de recolección de datos la encuesta. La encuesta es un instrumento de recolección de información, utilizado en una encuesta o encuesta. El cuestionario es a menudo confundido con la entrevista, la prueba, la forma, la investigación

y la escala. Técnicamente, la encuesta es una técnica de investigación compuesta por un número grande o pequeño de cuestiones presentadas por escrito que tiene por objetivo propiciar determinado conocimiento al investigador. Se diferencia de la entrevista pues en esta última las preguntas y respuestas son hechas de manera oral. Se diferencia de formulario, pues éste puede ser cualquier impreso con campos propios para anotación de datos, no importando por quien se rellenan los datos. La prueba, aunque puede ser efectuada por intermedio de cuestionario, tiene por objetivo incentivar ciertas reacciones a través de preguntas. Se diferencia también de las encuestas pues éstas tratan de reunir testimonios de personas sobre determinados asuntos. (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Por otro lado, es pertinente mencionar que la encuesta utilizada fue realizada con preguntas cerradas con escalamiento tipo Likert de cinco (05): Total de acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo y Total desacuerdo.

El escalamiento tipo Likert, es un método bastante difundido desarrollado por Rensis Likert en 1932, La escala Likert es una escala psicométrica comúnmente involucrada en la investigación que emplea cuestionarios. Es el enfoque más utilizado para escalar las respuestas en la investigación de encuestas, de modo que el término (o más exactamente la escala de tipo Likert) a menudo se usa indistintamente con la escala de calificación, aunque existen otros tipos de escalas de calificación. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010)

3.4.2 Instrumentos

La encuesta ha sido elaborada por la suscrita con el fin de responder a los objetivos de la investigación, es decir, se centra en investigar los factores de calidad de vida en pacientes con enfermedad Renal Crónica del Hospital Guillermo Almenara del distrito de la Victoria.

Para describir la variable “Calidad de vida” se consideró las dimensiones de actividad física, diseñado por Townsend-White (2009), a partir de estas

dimensiones se creó ítems o preguntas tomando como referencia el contenido de cada dimensión propuesta por el autor mencionado.

De los tres (3) factores de calidad de vida, se creó 16 ítems: Actividad Física, Relación Social y Bienestar Social.

El factor de actividad física, aloja las preguntas (1,2,3,4,5,6).

Apreciación del paciente respecto progreso, evolución, tiempo, emociones y entorno donde realiza en forma cotidiana sus labores.

El factor de **Relación Social**, aloja las preguntas (7,8,9,10 y 11).

Apreciación del paciente en relación a su remuneración, Estabilidad física y concentración en lo social con su ambiente social.

El factor sobre **Bienestar Social**, aloja las preguntas (12,13,14,15 y 16).

Apreciación del paciente sobre Nervios, Ánimo, Fatiga y Superación personal lo que muestra como su estado puede o no afectarle en su bienestar social.

CAPÍTULO IV

PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Procesamiento de datos

Luego de recolectar la información, se realizó el siguiente procedimiento:

- Vaciar toda la información obtenida a una base de datos de Microsoft Excel 2017, en la cual se señalan las respuestas dadas por cada individuo, así como los puntajes que obtuvieron según la respuesta expresada por cada uno de ellos, mediante estos datos se obtuvieron las tablas y figuras, así como las frecuencias y porcentajes correspondientes a cada tabla.
- Proceder a vaciar la base de datos obtenidos mediante el programa Microsoft Excel 2016 al programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22.0, en el cual se obtienen la media aritmética, así como la desviación estándar.
- Se aplicaron las siguientes técnicas estadísticas: Valor máximo y mínimo; y la Media aritmética:

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n X_i}{n}$$

4.2 Presentación de los resultados

Para comenzar con la presentación de resultados, procederemos a presentar los resultados del análisis del instrumento, en donde se observa la media aritmética, desviación estándar, así como el nivel de utilización de cada estrategia de afrontamiento según el género

masculino y femenino, dando respuesta al objetivo general de investigación.

Tabla 2 Puntaje Total

PUNTAJE TOTAL		
N	Válido	45
	Perdidos	0
Media		44.84
Mínimo		35
Máximo		57

Fuente: Elaboración Propia

El estudio realizado a 45 sujetos sobre la calidad de vida tiene como interpretación los siguientes datos:

Una media es 44.84 puntos

Un valor mínimo de 35 puntos

Un valor máximo de 57 puntos

Tabla 3 Factores

		ACTIVIDAD FISICA	RELACIÓN SOCIAL	BIENESTAR SOCIAL
N	Válido	45	45	45
	Perdidos	0	0	0
Media		17.91	16.33	10.6
Mínimo		10	9	5
Máximo		25	23	17

Fuente: Elaboración Propia

En los factores que abarcan la actividad física podemos observar los siguientes resultados:

En el favor de actividades del cansancio emocional se puede observar:

- Una medida de 17 puntos
- Un mínimo de 10 puntos
- Un máximo de 25 puntos

En los factores que abarcan la relación social podemos observar los siguientes resultados:

En el favor de actividades de las actividades laborales se puede observar:

- Una medida de 16 puntos
- Un mínimo de 9 puntos
- Un máximo de 23 puntos

En los factores que abarcan el bienestar social podemos observar los siguientes resultados:

En el favor de actividades de las actividades laborales se puede observar:

- Una medida de 10 puntos
- Un mínimo de 5 puntos
- Un máximo de 17 puntos

Detallaremos a continuación la distribución de los factores para poder observar la característica predominante de la Calidad de Vida.

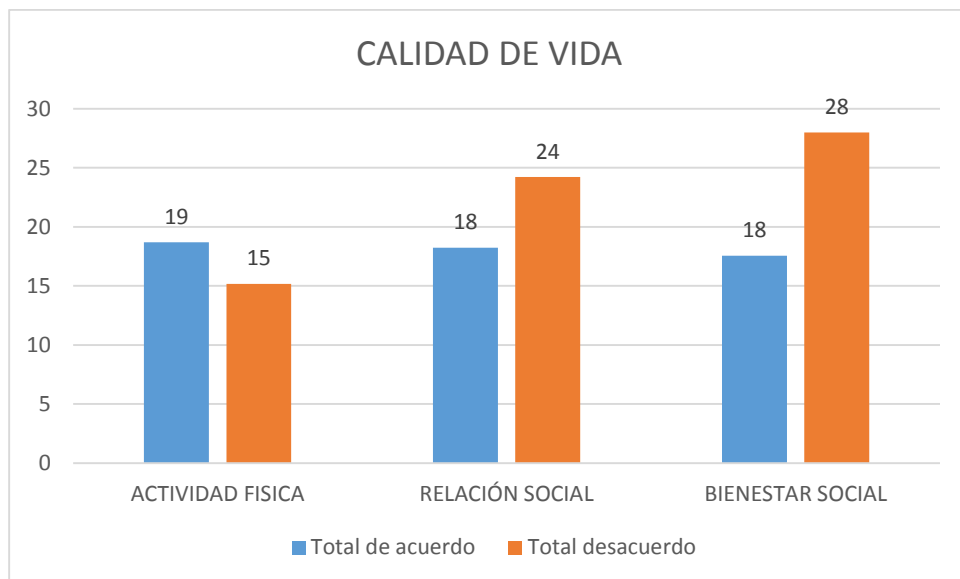


Figura 1 Calidad de vida

• Comentario:

La Calidad de vida predominante en los pacientes con enfermedad renal crónica del Hospital Guillermo Almenara, se considera a la dimensión Bienestar social teniendo como resultado:

- Un 28% insatisfecho o totalmente en desacuerdo en la dimensión Bienestar social.
- Un 15% insatisfecho o Talmente en desacuerdo en la dimensión física.

En relación a los resultados ya mencionados, a continuación, daremos una vista a las tablas estadísticas para poder observar el alto índice, referente a las categorías de la satisfacción laboral y sus respectivos factores.

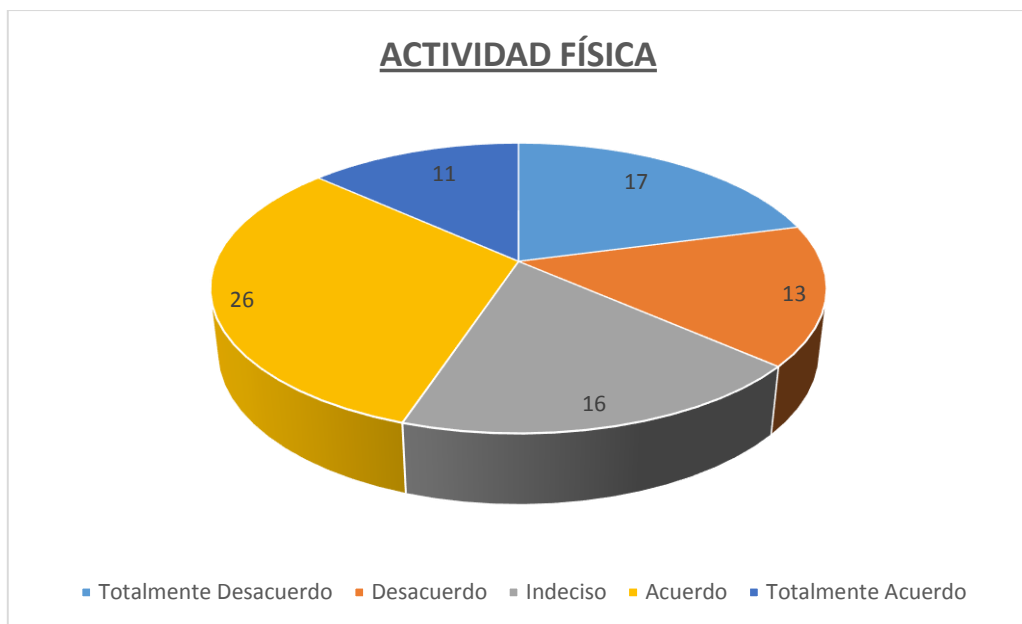


Figura 2 Resultados de Actividad física

Comentario:

La actividad física predominante en el área del hospital Almenara se considera en la categoría De acuerdo, teniendo como resultado:

- Un 26% Acuerdo
- Un 17% Totalmente desacuerdo
- Un 16% Indeciso
- Un 13% desacuerdo
- Un 11% totalmente de acuerdo

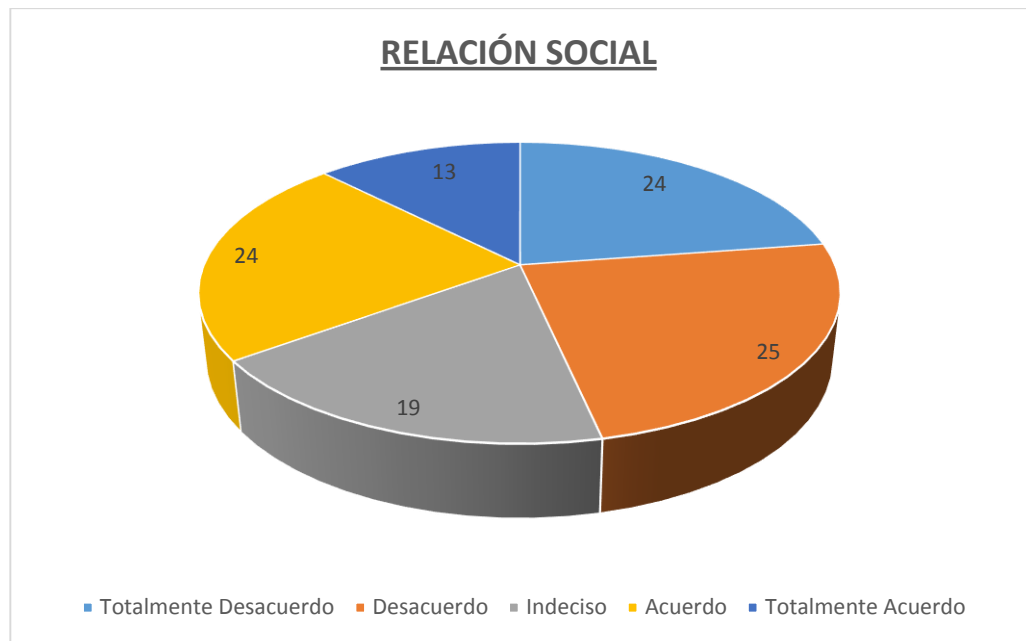


Figura 3 Resultados de Relación Social

Comentario:

La Relación Social predominante en el área del hospital Almenara se considera en la categoría De acuerdo, teniendo como resultado:

- Un 25% desacuerdo
- Un 24% totalmente desacuerdo
- Un 24% acuerdo
- Un 19% Indeciso
- Un 13% totalmente de acuerdo

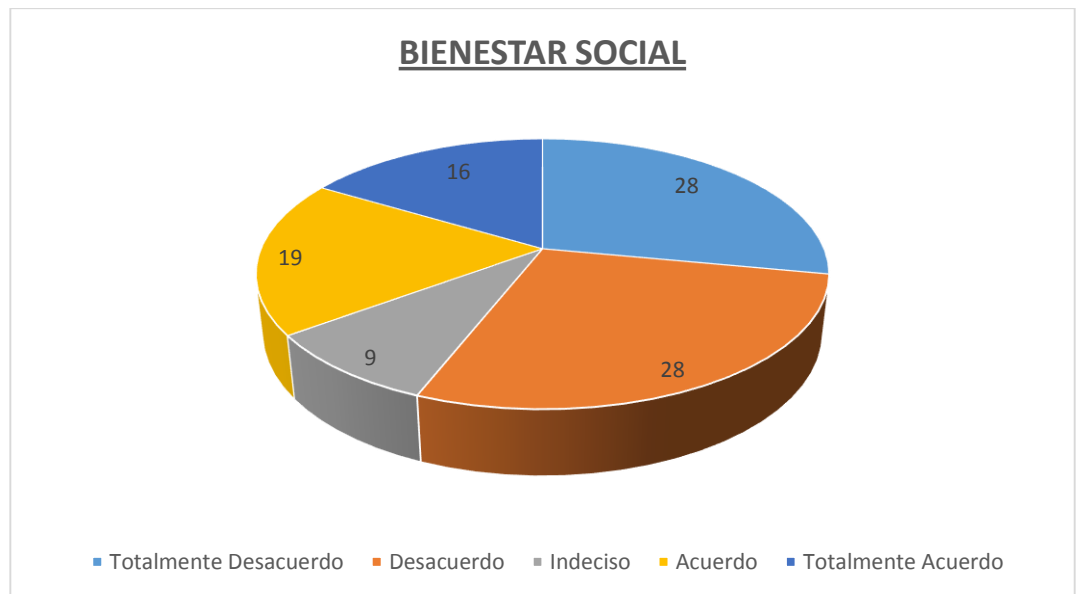


Figura 4 Resultados de Bienestar social

Comentario:

Los resultados del bienestar social predominante en el área del hospital Almenara se considera en la categoría Desacuerdo, teniendo como resultado:

- Un 28% desacuerdo
- Un 28% totalmente desacuerdo
- Un 19% de acuerdo
- Un 16% totalmente de acuerdo
- Un 9% indeciso

4.3 Análisis y discusión de resultados

En esta investigación se dio a conocer la calidad de vida en pacientes con problemas renales crónicos en 45 pacientes en el Hospital Almenara de Lima metropolitana. Por ello a través de los resultados presentados anteriormente con el Cuestionario de calidad de vida (Townsend-White, 2012) se procedió a explorar las dimensiones de la calidad de vida.

A partir de eso, se descifró los resultados que se adquirieron con referencia a las dimensiones de la calidad de vida, poniendo en relación al objetivo general de investigación, lo cual indicaron que un 28% de trabajadores se encuentran comprometidos favorablemente con su organización y un 15% se encuentran desfavorablemente con calidad de vida.

Equivalentes resultados fueron en Colombia por Higgins, L. B., Beltrán, Y. H., & Martínez, G. A. (2015) en su investigación: Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica lo cual expuso que un 42% aproximadamente de los estudiados se encuentran con calidad y además que los trabajadores sienten una lealtad hacia su empresa y que deben seguir en ella.

Es importante señalar que Varela, D. C., Parra, M. G., Hincapié, N. A., Hincapié, S. P., & Rodríguez, K. (2014) mencionaron que en los pacientes existe relación significativa entre el MCS con estado funcional y depresión. Además, Hernández Sánchez, S., García López, D., Santos Lozano, A., González-Calvo, G., Brazález Tejerina, M., & Garatachea Vallejo, N. (2015) en su investigación indicaron que la anemia y la debilidad muscular son factores clave en la disminución de la capacidad funcional. Los sujetos del grupo HD del presente estudio recorrieron una media de 405,75 metros, frente a los 451,68 y 493,40 metros de los grupos DP y TX, respectivamente. En cualquier caso, estas diferencias no alcanzaron significación estadística. Existen datos que valoran la

resistencia aeróbica con la caminata de 6 minutos y observaron que los pacientes en hemodiálisis pudieron recorrer una distancia media de 445,22 metros, mientras el grupo control realizó 538 metros²⁸. En un estudio realizado en España con ERC en HD 29 se aplicaron una serie de pruebas de dinamometría antes y después de un entrenamiento de fuerza-resistencia de 6 meses. Los resultados reflejan que los valores de fuerza son muy inferiores a los de nuestro estudio tanto antes como después de la aplicación del entrenamiento intradiálisis, con una media de 25 a 28 kilos.

Comentario: En esta parte, observamos que la mayoría de los pacientes evaluados se encuentran de acuerdo con su calidad de vida, lo que nos hace inferir que estos se vinculan con los objetivos, metas, valores de la persona conforme a su deseo de mantener un estado de salud con calidad de vida. Esto permitirá que puedan desempeñarse adecuadamente, y tener la calidad de vida deseada. Según los resultados obtenidos en la investigación realizada nos indica que existe la calidad en de acuerdo a considerar que aspectos a la calidad de vida constituyen elementos de mejora de la situación de personas que tienen problemas renales en pacientes que se atienden en el Hospital Almenara.

Con respecto a las dimensiones de la calidad de vida en primer lugar la actividad física. Lo cual obtuvimos un 26% de pacientes satisfechos con su estado de salud y un 11%no se encuentran de acuerdo. Lo que quiere decir que estos pacientes sienten un nivel de actividad de física de acuerdo con su calidad de vida. Similares resultados obtuvieron Cigarroa, Barriga, Michéas, Zapata-Lamana, Soto, & Manukian, T. (2016) en su investigación: “Efectos de un programa de ejercicio de fuerza-resistencia muscular en la capacidad funcional, fuerza y calidad de vida de adultos con enfermedad renal crónica en hemodiálisis en Chile en el que los pacientes mejoraron el componente físico en 18,4% de los estudiados se encuentra en buen estado de físico.

Saavedra, C., & Lucero, D. (2017) Menciona que numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico y ellos a su vez en su investigación señalan que el primer grupo de estudio reportó mejor calidad de vida relacionada con salud mental, mientras que el segundo con aspectos físicos.

Comentario: En esta sección encontramos en mayor parte de los evaluados se encuentran en buen estado de salud y generalmente ello es gracias a los tratamientos de hemodiálisis. También esta percepción se asocia con el estado físico y el estado de ánimo que las personas suelen asumir una actitud positiva frente al estado de salud complicado en el que se encuentran como es las complicaciones a causa de problemas renales.

En segundo lugar, tenemos la dimensión: Relación social del cual obtuvimos un 25% satisfecho y un 13% se encuentran insatisfechos. Lo que quiere decir que los enfermos se encuentran en buen estado de relación social como consecuencia de la aplicación de su tratamiento. Pelayo Alonso R, Cobo Sánchez J, Reyero López M, et al (2011) los aspectos sociales del enfermo renal han empezado a adquirir mayor importancia dentro de la valoración del paciente renal, siendo la CVRS uno de los más valorados; pero los diferentes conceptos de CVRS, las múltiples variables que se valoran como posibles factores influyentes así como los diferentes instrumentos de medida justifican la variabilidad de los resultados.

Gomá A, Amador Peris P, Ramos Alcario A, señalan que la función social también se refleja, saliendo perjudicados los viudos y los separados como en la mayoría de dimensiones.

Comentario: En esta investigación observamos que un porcentaje menos de la cuarta parte de los evaluados un nivel aceptable de relación social

ya que salió favorablemente aceptable en este tipo, lo que indica que hay pacientes que no se ven afectados por sus relaciones sociales en su calidad de vida por la aplicación de la hemodiálisis lo cual es positivo.

Finalmente, en la dimensión de bienestar social lo que tuvimos un 28% satisfechos como mayoría y el 9% se encuentran indeciso, lo que quiere decir que la mayoría de los pacientes tiene un buen bienestar social. Zúñiga San Martín C, Müller O. Hans, Kirsten L. Lilian, Alid A. Raquel, et al (2009), se considera la CVRS como un constructo, basado en la percepción de la persona, del impacto que tiene la enfermedad o tratamiento en su capacidad para vivir una vida satisfactoria. Es el espacio entre la expectativa y la experiencia de salud que vive el paciente, manifestado en la valoración que asigna a su bienestar físico, emocional, funcional, social y espiritual, luego del diagnóstico y el tratamiento. Cita a Schwartzmann indica que la calidad de vida la define como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción o como un sentimiento de bienestar personal, pero también este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con indicadores objetivos biológicos, psicológicos, comportamentales y social.

Comentario: En esta última sección observamos que los evaluados se encuentran favorablemente satisfechos con el bienestar social que quiere decir que no se ven afectados en su vida, no sienten que ello complica las relaciones sociales con su entorno. Esto nos demuestra que buena parte de la población tiene mejoras en su bienestar social lo cual es muy importante para el desarrollo de su calidad de vida.

CAPÍTULO V

INTERVENCIÓN

5.1 Denominación del Programa

“CALIDAD DE VIDA PARA PACIENTES”: “MEJORANDO MI CALIDAD DE VIDA”

5.2 Justificación del Problema

La extensión y la complejidad de los problemas inherentes a la vivencia de la cronicidad de una enfermedad estimulan el análisis de la calidad de vida de los pacientes. Las enfermedades crónicas han recibido una mayor atención de los profesionales de la salud en las últimas décadas. Esto se debe al importante papel desempeñado en la morbilidad y mortalidad de la población mundial, no siendo sólo privilegio de la población más anciana, ya que también las enfermedades crónicas alcanzan a los jóvenes en edad productiva.

“Entre estas enfermedades está la insuficiencia renal crónica (IRC), considerada una condición sin alternativas de mejoras rápidas, de evolución progresiva, causando problemas médicos, sociales y económicos” (Arraras, J. I., Wright, S. J., Jusue, G., Tejedor, M. & Calvo, J. I., trabajo social y calidad de vida). Subrayan que la enfermedad renal se considera un gran problema de salud pública porque causa altas tasas de morbilidad y mortalidad y, además, tiene un impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud.

Calidad de vida es la percepción de la persona de su salud por medio de una evaluación subjetiva de sus síntomas, satisfacción y adhesión al tratamiento (M. Badia, X. & Lizán, L. 2003, Medicina de rehabilitación).

Los tratamientos disponibles en las enfermedades renales terminales son: diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPAC), diálisis peritoneal automatizada (DPA), diálisis peritoneal intermitente (DPI), hemodiálisis (HD) y el trasplante renal (TX). Estos tratamientos reemplazan parcialmente la función renal, alivian los síntomas de la enfermedad y preservan la vida del paciente, pero ninguno de ellos es curativo.

Los avances tecnológicos y terapéuticos en el área de diálisis contribuyeron al aumento de la sobrevida de los renales crónicos, sin, sin embargo, posibilitarles el retorno a la vida en relación a los aspectos cualitativos.

Estos pacientes, que dependen de la tecnología avanzada para sobrevivir, presentan limitaciones en su cotidiano y experimentan innumerables pérdidas y cambios biopsicosociales que interfieren en su calidad de vida tales como: la pérdida del empleo, alteraciones en la imagen corporal, restricciones dietéticas e hídricas.

5.3 Establecimiento de Objetivos

5.3.1 Objetivo General

Otorgar, a los pacientes, las herramientas necesarias para propiciar el buen funcionamiento de recuperación personal, concientizando a los familiares en aspectos básicos y necesarios para la recuperación y las buenas prácticas para llevar una calidad de vida.

5.3.2 Objetivos Específicos

- Transmitir herramientas para promover un ritmo de vida que conlleve a la calidad de vida.
- Brindar información y mecanismos, a los familiares, que contribuya asertivamente con la recuperación de los pacientes.
- Sensibilizar a los familiares y amigos en temas como alimentación, descanso, ejercicios y control.
- Reforzar los valores que se tienen dentro de una familia, e inculcar su práctica.
- Aprender a reconocer los errores que se cometen y subsanarlos asertivamente.
- Aprender a evitar los conflictos que se presentan dentro del hogar.

5.4 Sector al que se Dirige

El presente programa de reconocimiento sobre la importancia del afrontamiento de la calidad de vida con enfermedad renal crónica en el ámbito personal **“MEJORANDO MI CALIDAD DE VIDA”**. Está dirigido a gestante que está en control del embarazo en el hospital Guillermo Almenara Irigoyen del distrito de La Victoria, en el año 2017.

5.5 Metodología de la Intervención

El presente programa de prevención utiliza la metodología: IAP (Investigación de Acción Participativa).

La Investigación de Acción Participativa es una forma de desarrollar la investigación utilizando una metodología de intervención social. Donde la población participa con el investigador en el análisis de la realidad y en las acciones concretas para transformar la situación.

En el programa “Mejorando mi calidad de vida” se hará uso de una serie de 07 sesiones, en los que se incluirán charlas informativas y diversas dinámicas, con una duración de 75 minutos por cada sesión.

La frecuencia será de una vez por semana, los jueves, de 6:00 p.m. a 7:15 p.m., en los meses de abril y mayo 2018, las cuales se describen a continuación.

5.6 Instrumentos a Utilizar

5.6.1 Recursos Humanos

- Los trabajadores de la institución
- Trabajadora social
- Personal de Apoyo
- Voluntarios

5.6.2 Recursos Materiales

- Útiles de escritorio
- Papelotes
- Proyector y pantalla de imagen
- Videos de sensibilización
- Equipo de sonido

5.7 Cronograma

CRONOGRAMA TALLER “MEJORANDO MI CALIDAD DE VIDA

AÑO 2018

SESIÓN	TEMA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
1	LA CALIDAD DE VIDA, SU IMPORTANCIA				5								
2	LA CALIDAD DE VIDA, IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN				12								
3	LA CALIDAD DE VIDA Y EL MANEJO DE CONFLICTOS				19								
4	LA CALIDAD DE VIDA, IMPORTANCIA DE LOS VALORES				26								
5	LA CALIDAD DE VIDA Y EL TIEMPO DE RECUPERACIÓN					3							
6	LA CALIDAD DE VIDA Y LAS ENFERMEDADES DE HOY I					10							
7	LA CALIDAD DE VIDA Y LA ENFERMEDADES DE HOY II					17							

5.8 Actividades

El Taller “MEJORANDO MI CALIDAD DE VIDA”, se llevará a cabo a través de 07 sesiones, en los que se incluirán charlas informativas y diversas dinámicas, con una duración de 75 minutos por cada sesión. La frecuencia será de una vez por semana, los días miércoles, de 6:00 p.m. a 7:15 p.m., en los meses de abril y mayo 2018,

SESIÓN 1

LA CALIDAD DE VIDA, SU IMPORTANCIA

DURACIÓN: 75 MINUTOS

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TIEMPO (MINUTOS)	MATERIAL
RECIBIMIENTO, EMPADRONAMIENTO E IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES.	CONOCER A LOS PACIENTES	SE REGISTRARÁN SUS NOMBRES Y EDADES EN UNA HOJA. SE LES ENTREGARÁ UN STICKER GRANDE CON SU NOMBRE EL MISMO QUE SE PEGARÁN EN SUS PECHOS	15	HOJA, LAPICERO, PLUMON, STICKERS
VIDEO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA	CONCIENTIZAR EN LA IMPORTANCIA DE LA UNIÓN CALIDAD DE VIDA	SE PASA UN VIDEO RELATIVO A LA IMPORTANCIA DE LA CALIDAD DE VIDA	5	PROYECTOR, ECRAN Y LAPTOP
BREVE EXPOSICIÓN SOBRE CONCEPTOS BASICOS DE LA CALIDAD DE VIDA	DAR A CONOCER QUE ES LA CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONES	EXPOSICION DE CONCEPTO DE FAMILIA Y SUS FUNCIONES, A CARGO DE UNA ASISTENTA SOCIAL	25	
RUEDA DE PREGUNTAS Y REFLEXIÓN	DESPEJAR DUDAS Y RESOLVER INTERROGANTES SOBRE CONCEPTOS, TIPOS E IMPORTANCIA DE LA CALIDAD DE VIDA	LOS PARTICIPANTES REALIZAN PREGUNTAS Y LA ASISTENTA SOCIAL LAS RESUELVE Y PROMUEVE UN PEQUEÑO DEBATE. LA ASISTENTA SOCIAL HACE PREGUNTAS INVITANDO A LA REFLEXIÓN.	30	

SESIÓN 2

LA CALIDAD DE VIDA, IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN

DURACIÓN: 75 MINUTOS

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TIEMPO (MINUTOS)	MATERIAL
RECEPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES Y ENTREGA DE STICKERS CON SUS NOMBRES	IDENTIFICARLOS	ENTREGA DE STICKERS CON SUS NOMBRES Y PEGARLOS EN SUS PECHOS	15	STICKERS Y PLUMON
DINÁMICA "PLAN DE VIDA"	DESUBRIR LA IMPORTANCIA DE SER GUÍA Y LA SENSACIÓN DE SER GUIADO. FORTALECER LA CONFIANZA.	SE FORMAN GRUPOS DE 2, UNO SE VENDA Y EL OTRO NO (UNO ES EL LAZARILLO Y EL OTRO EL CIEGO). EL QUE NO SE VENDA GUIA AL QUE ESTÁ VENDADO POR TODO EL SALÓN, TRATANDO DE QUE NO SE CHOQUE CON NADA NI SE CAIGA	10	VENDAS
BREVE EXPOSICIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE EDUCACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA	CONCIENTIZAR SOBRE LA IMPORTANCIA QUE TIENE LA EDUCACIÓN Y EL PAPEL DE EDUCADORES QUE TIENEN LOS PADRES	SE EXPONDRÁ ASPECTOS REFERENTES A LA EDUCACIÓN DE LOS HIJOS Y SU IMPORTANCIA	30	
RETROALIMENTACIÓN DE LA DINÁMICA	QUE PARTICIPANTE INTERIORICE LO QUE SINTIÓ SIENDO AMBOS PERSONAJES, DESCUBRIENDO CON CUAL DE ELLOS SE SINTIÓ MÁS CÓMODO Y PORQUÉ	REALIZAR DIVERSAS PREGUNTAS COMO: ¿CÓMO SE SINTIERON SIENDO LOS QUE MANEJAN SU PLAN DE VIDA? ¿CÓMO SE SINTIERON SIENDO CIEGOS? ¿CUÁL DE LOS DOS ROLES LES GUSTÓ MAS? ¿CUÁL DE LOS DOS ROLES LES PARECIO MÁS CÓMODO Y FÁCIL?	20	

SESIÓN 3

LA CALIDAD DE VIDA Y EL MANEJO DE CONFLICTOS

DURACIÓN: 75 MINUTOS

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TIEMPO (MINUTOS)	MATERIAL
RECEPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES Y ENTREGA DE STICKERS CON SUS NOMBRES	IDENTIFICARLOS	ENTREGA DE STICKERS CON SUS NOMBRES Y PEGARLOS EN SUS PECHOS	10	STICKERS Y PLUMON
EXPOSICIÓN SOBRE EL CONFLICTO, CONCEPTO, COMO SE ORIGINA, ESTRATEGIAS PARA SUPERARLO	APRENDER CONCEPTOS BÁSICOS GENERALES DE LO QUE SIGNIFICA EL CONFLICTO	EXPOSICIÓN DE CONCEPTOS SOBRE EL CONFLICTO	35	
LECTURA "CALIDAD DE VIDA DDD"	REFLEXIONAR SOBRE LOS JUICIOS QUE HACEMOS POR NUESTRA PERCEPCIÓN PRIMARIA Y COMO NOS AFECTAN EN LA VIDA DIARIA	SE PROYECTA LA LECTURA Y UNO DE LOS PARTICIPANTES LA LEE EN VOZ ALTA	5	LAPTOP, ECRAN Y PROYECTOR
RUEDA DE PREGUNTAS Y REFLEXIONES	ESCLARECER LAS DUDASY REFLEXIONAR SOBRE LA LECTURA	LOS PARTICIPANTES HACEN PREGUNTAS AL EXPOSITOR Y REFLEXIONAN	25	

SESIÓN 4**LA CALIDAD DE VIDA, IMPORTANCIA EN VALORES****DURACIÓN: 75 MINUTOS**

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TIEMPO (MINUTOS)	MATERIAL
RECEPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES Y ENTREGA DE STICKERS CON SUS NOMBRES	IDENTIFICARLOS	ENTREGA DE STICKERS CON SUS NOMBRES Y PEGARLOS EN SUS PECHOS	10	STICKERS Y PLUMON
EXPOSICIÓN DE LOS VALORES PERSONALES	IDENTIFICARLOS LOS VALORES Y SU IMPORTANCIA EN EL DESARROLLO DE LA FAMILIA	EXPOSICIÓN DE LOS VALORES, CONCEPTOS E IMPORTANCIA	18	
DINÁMICA "DINÁMICA DE SISTEMAS"	IDENTIFICAR LOS VALORES SIN DAR JUICIOS	SE DIVIDA EN GRUPO DE 5 A 6 PERSONAS, SE ENTREGA UNA HOJA CON LA LECTURA Y LAS INDICACIONES A SEGUIR	30	HOJAS BOND, LAPICEROS
RETROALIMENTACIÓN DE LA DINÁMICA	CONCIENTIZAR A LOS PARTICIPANTES QUE CADA PERSONA TIENE SU PROPIA ESCALA DE VALORES	SE HACEN PREGUNTAS A LOS GRUPOS DE PORQUÉ ELIGIERON LA LISTA QUE DETALLARON	17	

SESIÓN 5**LA CALIDAD DE VIDA Y EL TIEMPO LIBRE****DURACIÓN: 75 MINUTOS**

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TIEMPO (MINUTOS)	MATERIAL
RECEPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES Y ENTREGA DE STICKERS CON SUS NOMBRES	IDENTIFICARLOS	ENTREGA DE STICKERS CON SUS NOMBRES Y PEGARLOS EN SUS PECHOS	10	STICKERS Y PLUMON
EXPOSICIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE COMPARTIR TIEMPO LIBRE DE CALIDAD CON LA FAMILIA	CONCIENTIZAR A LOS PARTICIPANTES DE LA NECESIDAD DE COMPARTIR TIEMPO LIBRE EN FAMILIA	EXPOSICIÓN DE LAS VENTAJAS DE COMPARTIR TIEMPO LIBRE EN FAMILIA	30	
DINÁMICA "MENTAL Y CALIDAD DE VIDA"	DAR A CONOCER DIVERSAS ACTIVIDADES QUE DIFERENTES FAMILIAS DESARROLLAN EN SUS TIEMPOS LIBRES	SE FORMAN GRUPOS DE 5 A 6 PERSONAS Y CADA GRUPO EXPONE 2 ACTIVIDADES QUE REALIZAN CON SUS FAMILIAS, FRECUENCIA Y SATISFACCIONES QUE OTORGAN ESTAS ACTIVIDADES	35	

SESIÓN 6**LA CALIDAD DE VIDA Y LAS ENFERMEDADES DE HOY I****DURACIÓN: 75 MINUTOS**

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TIEMPO (MINUTOS)	MATERIAL
RECEPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES Y ENTREGA DE STICKERS CON SUS NOMBRES	IDENTIFICARLOS	ENTREGA DE STICKERS CON SUS NOMBRES Y PEGARLOS EN SUS PECHOS	5	STICKERS Y PLUMON
EXPOSICIÓN SOBRE EL ALCOHOLISMO Y LA DROGADICCIÓN	DAR A CONOCER COMO SE DETECTAN ESTAS ENFERMEDADES, CAUSAS, CONSECUENCIAS	EXPOSICIÓN CONCEPTUAL DE ESTAS ENFERMEDADES, EN QUE CONSISTE Y COMO DETECTARLA	35	
DINAMICA RUEDA DE PREGUNTAS PARA ACLARAR DUDAS	ACLARAR DUDAS SOBRE LAS ENFERMEDADES	CADA PARTICIPANTE ESCRIBE EN UN PAPELITO ANÓNIMO UNA PREGUNTA Y EL EXPOSITOR LA RESUELVE	35	PEPELITOS Y LAPICEROS

SESIÓN 7**LA CALIDAD DE VIDA Y LAS ENFERMEDADES DE HOY II****DURACIÓN: 75 MINUTOS**

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TIEMPO (MINUTOS)	MATERIAL
RECEPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES Y ENTREGA DE STICKERS CON SUS NOMBRES	IDENTIFICARLOS	ENTREGA DE STICKERS CON SUS NOMBRES Y PEGARLOS EN SUS PECHOS	5	STICKERS Y PLUMON
EXPOSICIÓN SOBRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL DESCANSO	CONCIENTIZAR SOBRE ESTAS ENFERMEDADES, CONOCER SUS CAUSAS Y CARACTERÍSTICAS PARA RECONOCERLAS	EXPOSICIÓN CONCEPTUAL, EXPONER SUS CAUSAS Y CONSECUENCIAS	35	
DINAMICA RUEDA DE PREGUNTAS PARA ACLARAR DUDA	ACLARAR DUDAS SOBRE LA ENFERMEDAD	CADA PARTICIPANTE ESCRIBE EN UN PAPELITO ANÓNIMO UNA PREGUNTA Y EL EXPOSITOR LA RESUELVE	35	PEPELITOS Y LAPICEROS

CONCLUSIONES

1. El factor predominante de la Calidad de Vida en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen es el Bienestar social con un 28% insatisfacción.
2. El factor de Actividad física en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen es un 26% satisfacción
3. El factor de Relación Social en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen es un 25% satisfacción.
4. El factor de Bienestar Social en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen es un 28% satisfacción.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados obtenidos y a las conclusiones que se llegaron en el presente estudio, se van a establecer las siguientes recomendaciones:

1. Establecer un control más exhaustivo sobre las mejoras de calidad de vida en pacientes del Hospital Guillermo Almenara del distrito de La Victoria, 2017 a pesar que consideran que están un nivel favorable de acuerdo con la calidad de vida.
2. Mantener actividades físicas que inciden en el mejoramiento de la calidad de vida en pacientes del Hospital Guillermo Almenara del distrito de La Victoria, 2017 a pesar que consideran que están un nivel favorable de acuerdo con la calidad de vida
3. Mejorar el nivel de relación social de los pacientes del Hospital Guillermo Almenara del distrito de La Victoria, 2017 ya que se considera que no está aportando en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes por medio de programas de afrontamiento de la enfermedad.
4. Implementar un seguimiento de apoyo psicológico con terapias familiares para mejorar el bienestar social de los pacientes del Hospital Guillermo Almenara del distrito de La Victoria, 2017 ya que se considera que no está aportando en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes por medio de programas de afrontamiento de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arraras, J. I., Wright, S. J., Jusue, G., Tejedor, M. & Calvo, J. I. (2002). *Y en el caso de que se produzca un cambio en la calidad del producto*. *Psicología, Salud y Medicina*, 7, 181-187.
- Badia, X. & Lizán, L. (2003). *Estudios de calidad de vida*. En A. Martín y J.F. Cano (Eds.). *Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid, España: Elsevier.
- Bombardier, C. H., D'Amico, C., y Jordan J. S. (1990). *La relación de la valoración y la coping a la crisis de la enfermedad ad-justment*. En el presente trabajo se analizaron los resultados obtenidos en el estudio. Desarrollo de la cuestionación para la evaluación de las medidas activas y pasivas en las concentraciones de los pacientes. (31), 53-64.
- Brown, G. K., Nicassio, P. M. & Woolston, K. (1989). *En la mayoría de los casos, la mayoría de las personas que sufren de depresión*. De la Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Calvanese, N. Feldman, L. & Weisinger, J. (2004). *Estilos de afrontamiento y adaptación al tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis*. *Nefrología Latinoamericana*, 11, 2, 49-63.
- Carrobbles, J. A., Remor, E. & Rodríguez-Alzamora, L. (2003). *Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH*. *Psicothema*, 15, 420-426.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, JC, Gutiérrez, C. & Fa-yardo, L. (2006). *Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis*. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 487-499.

Anexos

Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Metodología
<p style="text-align: center;">Problema general:</p> <p>¿Cuál es la calidad de vida en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen del Distrito de La Victoria, en el Año 2017?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>¿Cómo es la actividad física en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen del Distrito de La Victoria, en el Año 2017?</p> <p>¿De qué manera es la relación social en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen del Distrito de La Victoria, en el Año 2017?</p> <p>¿En cuánto se ve afectado el Bienestar emocional en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen del Distrito de La Victoria, en el Año 2017?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar cuál es la calidad de vida en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen del Distrito de La Victoria, en el Año 2017.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Conocer cómo es la actividad física en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen del Distrito de La Victoria, en el Año 2017. Analizar de qué manera es la relación social en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen del Distrito de La Victoria, en el Año 2017.</p> <p>Estudiar en cuánto se ve afectado el Bienestar emocional en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen del Distrito de La Victoria, en el Año 2017.</p>	<p style="text-align: center;">Población:</p> <p>45 trabajadores del Hospital Edgardo Almenara del Distrito de La Victoria.</p> <p style="text-align: center;">Muestra:</p> <p>El tipo de muestreo es no probabilístico, ellos son 45</p> <p style="text-align: center;">Delimitación temporal:</p> <p style="text-align: center;">Diciembre 2017</p> <p style="text-align: center;">Tipo de investigación:</p> <p>Investigación descriptiva</p> <p style="text-align: center;">Diseño de investigación:</p> <p style="text-align: center;">No experimental</p> <p style="text-align: center;">Variable:</p> <p style="text-align: center;">Satisfacción laboral</p> <p style="text-align: center;">Instrumento:</p> <p style="text-align: center;">Escala de nivel de calidad de vida</p>

Fuente: Elaboración Propia

CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA

Fecha: _____

➤ **IDENTIFICACIÓN:**

Parentesco o relación con el / la estudiante en de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega:

Edad: _____ Sexo: _____

➤ **INSTRUCCIONES:**

Continuación encontrara un conjunto de enunciados en donde usted tendrá que responder marcando la alternativa que le convenga. Por cada pregunta o ítem tendrá usted 5 alternativas:

a) Totalmente de acuerdo
b) Acuerdo
c) Indeciso
d) Desacuerdo
e) Totalmente en desacuerdo

Deberá elegir una alternativa y marcar con una (x) o (+) a la alternativa que más le convenga. Trate de contestar todas las preguntas del cuestionario. Si no entiende una de ellas puede preguntar al examinador de la prueba.

DIMENSIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA						
Nº	PREGUNTAS	TOTALMENTE DE ACUERDO	ACUERDO	INDECISO	DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
1	Considero que mi salud se encuentra en buen estado					
2	Mantengo un buen ritmo de vida.					
3	Mi salud actual me permite a hacer las cosas bien hechas					
4	Me permito amentar tiempo de trabajo					
5	Tengo buen control de mis emociones					
6	Mi relación con su entorno es agradable					

DIMENSIÓN DE DRELACIÓN SOCIAL						
Nº	PREGUNTAS	TOTALMENTE DE ACUERDO	ACUERDO	INDECISO	DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
7	Considero que suelo estar más fácilmente en buen estado de salud que otros compañeros de trabajo					
8	Mi estado de salud favorece el rendimiento en el trabajo					
9	Me causa motivación tener que ocuparme de mi enfermedad del riñón					

10	Soy agradable con las personas que me rodean en el trabajo.					
11	Tengo buena concentración en el trabajo					

DIMENSION DE BIENESTAR SOCIAL						
Nº	PREGUNTAS	TOTALMENTE DE ACUERDO	ACUERDO	INDECISO	DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
12	Me siento seguro(a) cuando estoy con otras persona					
13	Tengo ánimo en todo momento					
14	Las alegría me embarga cualquier actividad					
15	Me siento contento(a)					
16	16. Siento que soy feliz					

GRACIAS POR SU ATENCION Y COLABORACION!!

Resultados

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION O MUESTRA			PREGUNTAS DIMENSIÓN CANSANCIO EMOCIONAL				PREGUNTAS DIMENSIÓN DESPERSONALIZACIÓN				PREGUNTAS DIMENSIÓN REALIZACIÓN PERSONAL				PUNTAJE D.PERSONAL	PUNTAJE D.ESCOLAR	PUNTAJE D.FAMILIAR	PUNTAJE TOTAL DE LA PRUEBA
N	SEXO	EDAD	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	TOTAL	TOTAL	TOTAL	
1	F	25	2	1	2	5	2	5	5	1	2	1	5	3	10	13	11	34
2	F	36	1	4	1	2	1	2	2	1	1	4	2	5	8	6	12	26
3	F	25	4	4	4	1	4	1	4	2	4	4	1	2	13	11	11	35
4	F	39	2	2	2	4	4	4	4	2	1	4	1	2	10	14	8	32
5	F	40	3	5	3	2	2	2	2	3	5	5	4	2	13	9	16	38
6	F	49	5	3	5	3	5	3	5	3	1	1	1	2	16	16	5	37
7	F	47	2	5	2	5	4	5	5	5	1	2	5	2	14	19	10	43
8	F	36	1	2	1	2	3	4	5	5	4	1	2	1	6	17	8	31
9	F	31	1	1	1	1	2	4	5	4	5	5	5	4	4	15	19	38
10	F	30	4	1	4	1	2	5	2	3	4	5	5	4	10	12	18	40
11	F	28	5	3	2	5	5	3	2	4	5	3	2	1	15	14	11	40
12	F	27	2	1	2	5	2	5	5	1	2	1	5	3	10	13	11	34
13	F	27	1	4	1	2	1	2	2	1	1	4	2	5	8	6	12	26
14	F	28	4	4	4	1	4	1	4	2	4	4	1	2	13	11	11	35
15	F	29	2	2	2	4	4	4	4	2	1	4	1	2	10	14	8	32
16	F	30	3	5	3	2	2	2	2	3	5	5	4	2	13	9	16	38
17	F	30	5	3	5	3	5	3	5	3	1	1	1	2	16	16	5	37
18	F	35	2	1	2	5	2	5	5	1	2	1	5	3	10	13	11	34
19	F	33	1	4	1	2	1	2	2	1	1	4	2	5	8	6	12	26
20	F	36	4	4	4	1	4	1	4	2	4	4	1	2	13	11	11	35
21	F	34	2	2	2	4	4	4	4	2	1	4	1	2	10	14	8	32
22	F	33	3	5	3	2	2	2	2	3	5	5	4	2	13	9	16	38
23	F	40	5	3	5	3	5	3	5	3	1	1	1	2	16	16	5	37
24	F	42	2	5	2	5	4	5	5	5	1	2	5	2	14	19	10	43
25	F	41	1	2	1	2	3	4	5	5	4	1	2	1	6	17	8	31
26	F	47	1	1	1	1	2	4	5	4	5	5	5	4	4	15	19	38
27	F	48	4	1	4	1	2	5	2	3	4	5	5	4	10	12	18	40
28	F	48	2	5	2	5	4	5	5	5	1	2	5	2	14	19	10	43
29	F	29	2	1	2	5	2	5	5	1	2	1	5	3	10	13	11	34
30	F	28	2	5	2	5	4	5	5	5	1	2	5	2	14	19	10	43
31	F	26	1	2	1	2	3	4	5	5	4	1	2	1	6	17	8	31
32	F	36	1	1	1	1	2	4	5	4	5	5	5	4	4	15	19	38
33	F	30	4	1	4	1	2	5	2	3	4	5	5	4	10	12	18	40
34	F	29	5	3	2	5	5	3	2	4	5	3	2	1	15	14	11	40
35	F	28	2	1	2	5	2	5	5	1	2	1	5	3	10	13	11	34

36	F	28	1	4	1	2	1	2	2	1	1	4	2	5	8	6	12	26
37	F	39	4	4	4	1	4	1	4	2	4	4	1	2	13	11	11	35
38	F	40	2	2	2	4	4	4	4	2	1	4	1	2	10	14	8	32
39	F	49	3	5	3	2	2	2	2	3	5	5	4	2	13	9	16	38
40	F	47	5	3	5	3	5	3	5	3	1	1	1	2	16	16	5	37
41	F	36	2	1	2	5	2	5	5	1	2	1	5	3	10	13	11	34
42	F	31	1	4	1	2	1	2	2	1	1	4	2	5	8	6	12	26
43	F	30	1	1	1	1	2	4	5	4	5	5	5	4	4	15	19	38
44	F	28	4	1	4	1	2	5	2	3	4	5	5	4	10	12	18	40
45	F	27	2	1	2	5	2	5	5	1	2	1	5	3	10	13	11	34

Fuente: Elaboración propia