



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

TESIS:

**“CARACTERIZACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN
ADULTOS MAYORES CON TRATAMIENTO DE
HEMODIÁLISIS EN EL INSTITUTO DEL
RIÑÓN INRIDI SAN MARTÍN”**

**En opción al grado académico de Magister en Psicología
Clínica y de la Salud**

AUTOR:

PSIC. CHRISTIAN GIOVANNI MONTERO ANDRADE

Guayaquil, Julio del 2015



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



DIRECCIÓN DE POSGRADO DE LA CARRERA
PSICOLOGÍA CLÍNICA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

TESIS:

**“CARACTERIZACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN
ADULTOS MAYORES CON TRATAMIENTO DE
HEMODIÁLISIS EN EL INSTITUTO DEL
RIÑÓN INRIDI SAN MARTÍN”**

**En opción al grado académico de Magister en Psicología
Clínica y de la Salud**

AUTOR:

PSIC. CHRISTIAN GIOVANNI MONTERO ANDRADE

TUTOR DE TESIS:

MSc. NADIA SORIA MIRANDA

Guayaquil, Julio del 2015

Dedicatoria

Dedico este estudio a los pacientes del Instituto del Riñón INRIDI “San Martín”, quienes comparten conmigo día a día su deseo por seguir adelante, por permitirme colaborar con su Salud Integral y por participar profesionalmente para que logren ese bienestar personal. También considero importante dedicar este trabajo científico a los colegas de la Facultad de Psicología, quienes aportaron para cumplir con este propósito, tanto docentes, tutora de tesis y compañeros de clase.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de ejercer esta hermosa profesión y ayudarme a dar pasos cada vez más importantes en mi carrera. A mi esposa e hijos por haberme permitido tomar parte del tiempo, que les pertenece, para cumplir con esta meta. A mis padres y hermanos quienes siempre me motivaron a seguir adelante y confiaron en mi capacidad.

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

“CARACTERIZACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN EL INSTITUTO DEL RIÑÓN INRIDI SAN MARTÍN”

Autor: Psic. Christian Montero Andrade

Tutor: Psic. Nadia Soria Miranda, Msc.

RESUMEN

El caracterizar la calidad de vida en adultos mayores con tratamiento de hemodiálisis requirió investigar dos aspectos fundamentales, primero la terapia hemodialítica, que reciben tres veces por semana, cuatro horas cada vez conectados a una máquina, en una Unidad de Salud; y el segundo su vida cotidiana, principalmente, desde su hogar; en esto, quienes cumplieron un rol fundamental fueron los familiares, pues ellos, colaboraron para que los pacientes sigan las recomendaciones médicas y tuvieran las condiciones de vida, necesarias para su bienestar, pero, muy a pesar de eso, los adultos mayores, tanto por aspectos físicos, emocionales, motivacionales y sociales, no aprovecharon esa oportunidad. Para lograr nuestro objetivo, trabajamos con una investigación positivista, con un diseño no experimental, de tipo transversal descriptivo, esto nos permitió entender la vida cotidiana de los pacientes, sin modificar su entorno; el enfoque que se utilizó fue el cuantitativo, que nos permitió examinar los datos de manera numérica brindándonos información pertinente. Finalmente, el adulto mayor puede ser descrito como una persona con relaciones interpersonales no bien percibidas, se desmotivan fácilmente, son dependientes y exigentes; la capacidad para la ejecución de actividades cotidianas está disminuida y determinada por lo que los familiares le permiten o no realizar, por tanto, en su mayoría, son personas que viven sedentariamente; estos pacientes deben aprender a vivir con su realidad objetiva, a disfrutar de su entorno y a motivarse a seguir adelante.

Palabras claves: Adultos Mayores - Tratamiento - Hemodiálisis – Bienestar – Motivación.

UNIVERSITY OF GUAYAQUIL

FACULTY OF PSYCHOLOGICAL SCIENCE

"CHARACTERIZATION OF THE QUALITY OF LIFE IN OLDER ADULTS WITH HEMODIALYSIS TREATMENT IN THE INSTITUTE OF KIDNEY INRIDI SAN MARTIN"

Author: Psic. Christian Montero Andrade

Tuthor: Psic. Nadia Soria Miranda, Msc.

ABSTRAC

Characterizing the quality of life in older adults with hemodialysis required to investigate two aspects, first the hemodialysis therapy, receiving three times a week, four hours each time connected to a machine in a Health Unit; and the second their daily lives mainly from home; in this, who played a key role were the family, because they collaborated for patients to follow medical advice and have the living conditions necessary for their welfare, but in spite of that, the elderly, therefore physical, emotional, motivational and social aspects, not seize that opportunity. To achieve our goal, we work with a positivist research, with a non-experimental design, descriptive transversal, this allowed us to understand the daily life of patients, without modifying their environment; The approach used was quantitative, which allowed us to examine the data numerically giving us relevant information. Finally, the elderly can be described as a person not well perceived relationships, discourage easily, they are dependent and demanding; the capacity to perform daily activities is impaired and determined by what the family or not let you perform therefore mostly are people living sedentarily; these patients should learn to live with their objective reality, to enjoy their environment and motivated to keep going.

Keywords: Aging - Treatment - Haemodialysis - Wellness - Motivation.

ÍNDICE

	Pág.
Portada	
Portadilla	
Dedicatoria	
Agradecimiento	
Resumen	
Abstract	
Índice	
Introducción	1
CAPÍTULO I	
1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.1 Antecedentes	4
1.2 Calidad de vida	5
1.2.1 La calidad de vida desde un paradigma integral.	6
1.2.1.1 Conceptos de calidad de vida.	6
1.2.1.2 Percepción de la sociedad respecto a la calidad de vida.	7
1.2.1.3 Calidad de vida en pacientes dialíticos.	8
1.2.1.4 Calidad de vida en el adulto mayor.	9
1.2.2 El Adulto mayor	10
1.2.2.1 Características bio-psico-sociales de los adultos mayores.	10
1.2.2.2 Cambios que experimentan los adultos mayores	11
1.2.2.3 Apoyo familiar en el adulto mayor.	13

1.2.2.4 Percepción sobre la enfermedad y la muerte en el adulto mayor.	14
1.2.3 Insuficiencia renal crónica en adultos mayores	14
1.2.3.1 El debate sobre la cronicidad de la insuficiencia renal crónica	14
1.2.3.2 La atención psicológica en los pacientes renales crónicos	16
1.2.3.3 Incidencia de la IRCT en los adultos mayores	16
1.2.3.4 Tratamiento de hemodiálisis	17
1.2.3.5 Tratamiento de hemodiálisis en adultos mayores	18
1.2.3.6 Calidad de vida en adultos mayores con tratamiento de hemodiálisis	18
1.2.4 Protocolos de atención al adulto mayor	19

CAPÍTULO II

2. METODOLOGÍA	20
2.1 Justificación del problema	20
2.2 Formulación del problema	21
2.3 Objetivos	21
2.3.1 Objetivo general	21
2.3.2 Objetivos específicos	21
2.4 Idea a defender	22
2.5 Tipo de investigación	22
2.6 Declaración de variables	23
2.7 Población	24
2.8 Muestra	24
2.9 Instrumentos	24
2.10 Procedimientos	25

CAPÍTULO III

3. ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS 26

3.1 Análisis e interpretación de resultados 26

3.1.1 Discusión de resultados 45

3.2 Conclusiones 47

3.3 Recomendaciones 48

BIBLIOGRAFÍA 50

ANEXOS

ANEXO 1

COPIA DE LA CARTA AVAL DE ACEPTACIÓN DE LA
INSTITUCIÓN

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF – 36

ÍNDICE DE KARNOFSKY

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS FAMILIARES DEL ADULTO
MAYOR

CUESTIONARIO APLICADO A FAMILIAR DE ADULTO
MAYOR

ANEXO 3

FOTOS

ANEXO 4

REVISIÓN ANTI PLAGIO

INTRODUCCIÓN

El estudio de la calidad de vida es, sin dudas, un tema complejo y muy importante, sobre el cual los científicos sociales no han logrado un consenso; la categoría calidad de vida no es nueva y desde la segunda mitad de los años 60 el concepto empezó a aparecer sistemáticamente en la literatura científica, consolidándose durante los años 70.

Montes, M. L. (2009), señala:

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemoriales. La aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a generalizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en diferentes ámbitos, como son: la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general. (Pág.5)

Montes nos refiere que el interés por mejorar la calidad de vida de las personas tiene muchos años de antigüedad y el término es utilizado en muchas esferas, incluida la psicológica, lo que nos motiva a estudiar esta categoría en búsqueda del bienestar personal. También es claro observar que existe falta de acuerdo en su definición y esto no permite llegar a un consenso, aunque se observa avances en las definiciones y en el aporte que brinda al campo de la psicología; esta falta de acuerdo se debe, entre otras razones, a la diversidad de enfoques teóricos, así como a la complejidad de su estudio, determinada, en mucho, por su carácter temporal y su naturaleza plurideterminada, donde intervienen factores objetivos y subjetivos, debido a que la calidad de vida es observada, pero también interpretada.

El estudio de la calidad de vida constituye un terreno en donde varios especialistas aportan con enfoques y paradigmas, todos válidos y necesarios para entender las diferentes variables que intervienen; por decir, los ambientalistas sitúan el énfasis en el entorno físico-biológico, los economistas en parámetros como el Producto Nacional Bruto, los médicos en los síntomas; los psicólogos en las necesidades humanas, su bienestar, la satisfacción personal y la naturaleza, sea objetiva o subjetiva; todos relacionados e importantes para el ser humano y que aportan a su esfera personal y global.

Victoria García-Viniegras, C. R., & González Benítez (2000), nos refiere que:

El bienestar es una experiencia humana vinculada al presente, pero también con proyección al futuro, pues se produce justamente por el logro de bienes..., lo que muchos llaman satisfacción en las áreas de mayor interés para el ser humano y que son el trabajo, la familia, la salud, las condiciones materiales de vida y las relaciones interpersonales. (Pág. 588)

Victoria nos explica que el ser humano tiene deseos de vivir de manera satisfactoria, con su salud y bienestar, sea en el presente como en el futuro, anhela cumplir metas y todas estas tienen relación con su entorno y sus seres queridos. Los estudios y esfuerzos de la ciencia se han enfocado en el trabajo de la salud, sea mental o física, en relación a la calidad de vida, en sentido positivo, pues, como refiere Victoria García-Viniegras, C. R., & González Benítez, I. (2006), “La salud es un componente importante de la calidad de vida y un resultado de la misma” (Pág. 3), esto nos indica que existe una doble relación de estos conceptos y enfatiza, también, en añadir vida a los años; es decir, vivir con calidad a más de trabajar en pro de su salud para vivir en cantidad.

Al estudiar la calidad de vida de los adultos mayores, Victoria refiere que nos encontraremos con la dimensión objetiva, con sus indicadores: La salud, la esperanza de vida, la nutrición, la asistencia médica y la mortalidad; también nos encontraremos con la dimensión subjetiva, aspecto que directamente se relaciona con lo psicológico, la cual es la tendencia que considera que lo más importante en la calidad de vida es la percepción que el sujeto tiene de ella, o la vivencia subjetiva de bienestar, considerando que la calidad de vida percibida es un asunto personal.

Victoria también señala que las emociones juegan un papel importante en los juicios valorativos sobre la vida, pues los componentes del bienestar conjugan la satisfacción y la vida con la presencia de afectos placenteros; ella hace referencia a lo señalado por Diener (2003), quien nos refiere que: “Para que la persona tenga un alto nivel de bienestar ha de estar satisfecha con su vida, experimentar emociones placenteras con frecuencia y solo infrecuentes vivencias emocionales displacenteras” (Pág. 4).

La calidad de vida también debe ser estudiada desde una óptica latinoamericana, puesto que tenemos una población adulta mayor que crece cada año, como se observaba antes en los países desarrollados, causando un impacto personal, social y familiar, modificando el estilo de vida de más de una persona y afectando su bienestar.

Guzmán, J. M. (2002) señala que:

América Latina y el Caribe están experimentando un crecimiento de la población adulta mayor, alrededor del 3% anual, disminuyendo la cantidad de personas económicamente activas, causando un impacto en el ámbito económico, una creciente inequidad social, deterioro de las redes de apoyo familiar, afectando su calidad de vida, no permitiéndoles tener un envejecimiento sano y activo (Pág. 5).

El criterio de Guzmán nos presenta una cosmovisión del presente y futuro de nuestros países latinoamericanos, eso nos motiva a prepararnos para atender a una población que no solamente envejece, sino también se enfermará y creará una necesidad de cuidadores, en las familias, que dediquen tiempo a sus pacientes, muchos de ellos, con enfermedades terminales; esta provoca otra necesidad imperiosa, mejorar el sistema de salud de nuestro país.

Los estudios realizados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), nos abren un panorama respecto a esta realidad, como lo describe Suárez, R., & Pescetto, C. (2005), quien nos refiere que: “Se deben elaborar políticas orientadas a garantizar, al menos, niveles mínimos de calidad de vida y el acceso a servicios de salud para la creciente población de adultos mayores en América Latina” (Pág. 419).

La calidad de vida, por tanto, debe atraer nuestra atención, pues al trabajar en ella nos producirá satisfacción presente y también en el futuro, con un beneficio individual, familiar y social; en el primer capítulo de la presente investigación encontraremos el Marco Teórico, con autores que nos argumentan, desde el punto de vista psicológico, claramente, las categorías relacionadas a la calidad de vida; en el segundo capítulo revisaremos el Diseño Metodológico a usar y en el tercer capítulo haremos un breve análisis de los resultados, brindando las recomendaciones necesarias en relación a las conclusiones obtenidas.

CAPÍTULO I

1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Antecedentes

Investigando en la Universidad de Guayaquil, en el centro de información e investigación de la Facultad de Psicología, se ha comprobado que no ha sido propuesto ningún proyecto con el tema Caracterización de la Calidad de Vida en Adultos Mayores con Tratamiento de Hemodiálisis en el Instituto del Riñón y Diálisis INRIDI “San Martín”; al observar la realidad presente, de nuestro país, provocó estudiar a este grupo humano, de gran importancia, pues ellos son parte de la mayoría de familias de nuestra sociedad, pero viven situaciones muy complejas, tanto en lo físico, emocional y social, repercutiendo en su bienestar personal.

Según el INEC (2011), en el último censo del país, realizado el 2010, observamos que:

En el Ecuador hay 1'229089 adultos con más de 60 años, la mayoría reside en la sierra del país (526429) y seguido por la costa (589431). En su mayoría son mujeres (53.4%) y la mayor cantidad está en el rango de 60 a 65 años de edad. El 11% de los adultos mayores viven solos, esta proporción aumenta en la costa ecuatoriana (12.4%), mientras que los adultos mayores que viven acompañados viven con sus hijos (49%), nietos (16%) y esposos o compañeros (15%). A pesar de que un 81% de los adultos mayores dicen estar satisfechos con su vida, el 28% menciona sentirse desamparado, el 38% siente que su vida está vacía y el 46% señala que algo malo le puede suceder (Datos publicados el sábado 27 de agosto del 2011 en la página web).

Esta verdad presentada, numéricamente, nos motiva a estudiar a los adultos mayores, pues ellos requieren una atención urgente y adecuada; su condición física está deteriorándose muy aceleradamente, su economía no es la mejor, su percepción acerca de la salud no es la adecuada, existe mucha desmotivación para realizar actividades nuevas y sienten que su vida está vacía.

Los adultos mayores sufren de varias enfermedades que los limitan y una de ellas es la insuficiencia renal crónica, la cual acorta su años de vida; en las Unidades de Salud que brindan tratamiento de hemodiálisis se atienden alrededor de 4 adultos mayores por cada 10 pacientes; los pacientes adultos mayores viven un promedio de 3 a 5 años en tratamiento, a diferencia de los más jóvenes que viven de 5 a 20 años en hemodiálisis y muchos son trasplantados, extendiendo su sobrevivencia.

Es por este motivo que se realizó este estudio y se tomó como lugar de referencia el Instituto del Riñón INRIDI “San Martín” el cual cuenta con más de 15 años de experiencia en el área, trabaja con un equipo multidisciplinario de diferentes áreas, de medicina, enfermería, psicología, nutrición, trabajo social; en la actualidad atiende alrededor de 200 pacientes mensualmente, de diferentes estratos sociales, el 98% vive en Guayaquil y el 2% vive en provincia, de los cuales 80 son adultos mayores, una parte, de ellos, afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y la otra parte está bajo cobertura del Ministerio de Salud Pública (MSP).

1.2 Calidad de vida

Los teóricos que se han considerado son de suma relevancia y aportan grandemente a este estudio, pues explican ciertos comportamientos de los adultos mayores frente a varias realidades que afrontan en su vida, sea la jubilación, la viudez, el desgaste físico, enfermedades terminales, la soledad y la muerte; también fue necesario revisar qué es la insuficiencia renal crónica terminal y el tratamiento de hemodiálisis, los cuales influyen en el bienestar de los pacientes en estudio.

Nuestro estudio se encaminó bajo el enfoque integracionista, centrado en los adultos mayores quienes experimentan una realidad en varios sistemas, el afectivo, el conductual, el cognitivo, el social y el fisiológico, presentando sus propias luchas, necesidades, sensibilidades, crisis, motivaciones y oportunidades para un nuevo aprendizaje.

1.2.1 La calidad de vida desde un paradigma integral

1.2.1.1 Conceptos de calidad de vida

Al hablar de calidad de vida, podemos referirnos a la satisfacción que experimenta un sujeto, sea cual sea su edad, pero que percibe el mundo de una manera muy singular, pues en ocasiones, puede tener poco pero disfrutar de lo que posee, o estar rodeado de muchos bienes y mucha gente pero sentirse vacío y solo, entonces se entiende que esta categoría tiene un valor subjetivo, pero de la mano con el objetivo.

Rubén Ardilla, 2003, señala que:

Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y objetivos; es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos, el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida. (Pág. 163)

El autor nos hace referencia al bienestar físico en relación a la salud objetiva, lo psicológico, con sus aspectos objetivos y subjetivos y, lo social, porque los familiares, la sociedad y el estado, quienes juegan un papel fundamental en los pacientes de tercera edad que están con tratamiento de hemodiálisis; pero podemos, también, sumar la idea con un indicador ecológico, que mide el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente.

Mora, M., Araya, G., & Ozols, A. (2004), toman en consideración varios aportes, que le permiten conceptualizar la calidad de vida:

Gusti (1991), define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas... se consideran varios aspectos fundamentales, la autonomía, el soporte social, la salud mental y actividades recreativas (Pág. 3).

Es importante considerar estos elementos teóricos propuestos por Mora, debido a que la calidad de vida tiene varios aspectos subjetivos y objetivos importantes, que influyen en el bienestar de las personas, estos se relacionan, en ocasiones los objetivos producen los subjetivos, puesto que van de la mano. La autonomía se refiere a su capacidad funcional, el soporte social se refiere a las estrategias que le permiten relacionarse y colaborar con los demás, la salud mental el cual involucra el grado de armonía psicoemocional y la actividad física como la satisfacción y la disponibilidad de este para la realización de actividades

1.2.1.2 Percepción de la sociedad respecto a la calidad de vida

La sociedad siempre exige calidad de atención, calidad de trato; anhela bienestar personal y familiar; los ecuatorianos deseamos vivir mejor, ganar más, poder viajar a muchos lugares, vivir muchos años, pero consideramos que esto depende de lo que los demás hagan por nosotros, entonces estamos percibiendo la calidad de vida como resultado de una vida sin esfuerzo y dedicación, pues no cuidamos nuestro cuerpo, no cuidamos nuestras relaciones interpersonales y no planificamos nuestro futuro.

Es por esto que hay muchas más personas con problemas interpersonales y enfermedades que consumen progresivamente su cuerpo, la diabetes mellitus tipo II, la hipertensión, la insuficiencia renal crónica terminal, más a otras enfermedades propias de la vejez, causando en ellos dolor, experimentado a la par la muerte del cónyuge o el abandono de los familiares, creando soledad con la necesidad de que alguien los atienda.

Del Mar García-Calvente, M., Mateo-Rodríguez, I., & Maroto-Navarro, G. (2011), refiere que:

Con el progresivo envejecimiento de la población y la mayor supervivencia de personas con enfermedades crónicas y discapacidades, no sólo aumenta el número de personas que necesitan cuidados, sino que además este incremento de la demanda va acompañado de una mayor exigencia en su prestación. (Pág. 2)

Esto nos explica que la población va en búsqueda de atención y cuidados especiales para sus problemáticas, pero también observamos un aumento en la cantidad de personas que requieren atención desde su entorno familiar, en especial por la edad avanzada y enfermedades incapacitantes que padecen.

Al referirnos a enfermedades incapacitantes, se está considerando la insuficiencia renal crónica, la cual cambia considerablemente la jornada de vida de quienes la experimentan y esto se observa, en especial, en los adultos mayores, pues ellos ya se encontraban con diferentes limitantes, pero ahora se suma una más, afectando a su calidad de vida.

1.2.1.3 Calidad de vida en pacientes dialíticos

Antes de los años 60 las personas que sufrían de Insuficiencia renal crónica no tenían a su alcance los diferentes tratamientos que les permitieran tener una sobrevida, sino que experimentaban solamente el sufrimiento y la muerte; en la actualidad, existen varios tratamientos para mejorar la realidad de los pacientes, pero a pesar de esto, en algunos países, las personas de escasos recursos, no tienen acceso al mismo.

A partir de la década del 60, con el establecimiento de la terapia sustitutiva de la función renal, con los avances en el trasplante renal y con el mejoramiento del tratamiento farmacológico, se observa una mayor sobrevida en los pacientes que padecen de insuficiencia renal crónica terminal. Los adultos mayores solamente pueden acceder a hemodiálisis y tratamiento farmacológico, pero no a trasplante.

En Ecuador se atiende gratuitamente a los pacientes que requieren hemodiálisis y el tratamiento comprende el trabajo multidisciplinario con profesionales especializados en el área, quienes tratan de una mejor manera a los pacientes renales, logrando que su tratamiento renal sea más efectivo, ocasionando una mejor calidad de vida.

Ahora tanto el estado, como las instituciones privadas, están abriendo centros de especialidades para atender la gran demanda de pacientes, pero a pesar de eso, la demanda es mayor que la oferta y el número de adultos mayores con tratamiento de hemodiálisis está en aumento, alcanzando muchas familias, de todos los estratos socioeconómicos.

1.2.1.4 Calidad de vida en el adulto mayor

Carmen Victoria, al hablar sobre calidad de vida y salud en la tercera edad en relación con el bienestar en la ancianidad, en el Proyecto AGE (Keoth et al, 1994), plantea que “los factores que más influyen, se pueden resumir en las dimensiones de salud - funcionamiento físico, cuestiones materiales, red social (familiar), y metas, con los valores personales que esto implica” (Pág. 28). La autora hace referencia a aspectos físicos, psicológicos, motivacionales y sociales, que son parte de la vida de un adulto mayor con tratamiento de hemodiálisis.

Generalmente se habla de que los jóvenes deben trabajar por sus metas, planes y proyectos, pero también se puede plantear los mismos aspectos en las personas de la tercera edad, a pesar de que sean a corto plazo, la calidad de vida de ellos siempre está en un presente continuo, en el hoy, en el aquí y ahora.

Por tanto podemos considerar las palabras de López Fernández, (1997); Arvelo, (1997) y Fernández Martínez, (1998), quienes han señalado que “la importancia de aspectos tales como la familia, el apoyo social, los estados afectivos predominantes, la expectativa de futuro, la satisfacción con el presente y la percepción de utilidad, son partes de la calidad de vida de un adulto mayor” (Pág. 36).

Los autores hacen referencia a metas alcanzables a cualquier edad, sumado a esto lo relacionado con el logro de aspiraciones, por tanto se puede trabajar en la calidad de vida de los adultos mayores, quienes por su experiencia de años tienen una mejor visión del futuro, pero requieren del sostén familiar, social y estatal, quienes puedan aprovechar sus recursos psicológicos y sus capacidades individuales.

Conforme las personas envejecen, se presentan más riesgos, esto lo señala Mora, M., Araya, G., & Ozols, A. (2004) quienes hacen referencia a lo propuesto por Roy y Fitz (1996), quienes señalaron que: “Con la edad avanzada los riesgos de tensión depositados en los adultos mayores, por parte de la familia, aumentan su mortalidad (Pág. 3). Los autores también señalan que: “Los adultos mayores no cuentan con suficientes recursos económicos para satisfacer de forma adecuada sus necesidades básicas” (Pág. 4), esto afecta sus posibilidades de satisfacerse y vivir en mejores condiciones.

Cada aspecto en el adulto mayor causa un impacto en su calidad de vida, conforme envejecen, se aumentan sus necesidades; el mismo autor, también refiere que: “En los adultos mayores existen carencias de tipo afectivo por falta de interacción social, contacto social y problemas de movilización, bastantes acentuados y refieren que las actividades físicas son importantes predictores de los índices de calidad de vida, en este grupo etario (Pág. 4).

1.2.2 El Adulto mayor

1.2.2.1 Características bio-psico-sociales de los adultos mayores

Cada sociedad tiene un trato diferente respecto a los adultos mayores; se crean políticas de cuidado para ellos, siendo estos, motivos de estudio, ya que cada adulto mayor tiene un espacio en esta sociedad y continúa aportando a la misma, a pesar de estar enfermo y de no trabajar, su cooperación a veces es material, pero fundamentalmente tiene relación con el cuidado de los nietos, a esto podríamos considerar como productividad; es decir, ellos podrían disfrutar de su vejez, de una manera activa, saludable y colaborando con nuestras familias.

García, R. F. B., Casinello, M. D. Z., Bravo, M. D. L., Nicolás, J. D., López, P. M., & Del Moral, R. S. (2010), nos señala que: “En la literatura científica anglosajona, envejecimiento con éxito es un término que ha ido consolidándose en los últimos años, al mismo tiempo que ha ido adoptando distintas denominaciones: envejecimiento activo, productivo, saludable, óptimo o positivo”. (Pág. 20).

Los autores señalan que si las personas tienen un envejecimiento productivo, se produce un mejoramiento integral en cada uno de ellos, por eso es importante el estilo de vida saludable en el adulto mayor, el cual convierte a esta etapa en un estado en el cual se puede llegar con entusiasmo y motiva a otros a querer alcanzarlo, de la misma manera cada familia deberá crear un espacio de tiempo y con su economía, para compartir y colaborar con su bienestar. A pesar de que estos conceptos han sido descritos mediante factores bio-psicosociales, la investigación empírica los ha reducido a variables funcionales y salud física y, aunque se considera que los determinantes de este tipo de envejecimiento son también múltiples, su búsqueda e investigación ha sido también reducida a los estilos de vida

Es posible que los adultos mayores tengan un envejecimiento óptimo, como lo señala también García-Viniegras, C. R. V., Gonzales Blanco, M., Fernández Garrido, J., & Ruiz Ros, V. (2005), tomando en consideración a Lehr (2000) y a Zimmer y Lin (1996) quienes refieren que: “Los individuos que envejecen de manera óptima y logran una longevidad con bienestar, son aquellos que permanecen activos, manejan adecuadamente la reducción de su mundo social y sustentan determinados valores personales” (Pág. 9), aquí se incluyen nuevos elementos en relación a la actitud y el afrontamiento a su entorno social sumado a las creencias, que pueden relacionarse con aspectos espirituales, valores morales y familiares.

1.2.2.2 Cambios que experimentan los adultos mayores

Podemos estudiar las fases que viven los adultos mayores, las cuales afectan su vida cotidiana, experimentando cambios en su vida, en lo emocional, lo social, lo motivacional y lo físico, que son diferentes a etapas anteriores de su vida y que ahora provocan, quieran o no, una dependencia hacia otras personas y hacia tratamientos médicos.

Sánchez Gil, I. Y., & Pérez Martínez, V. T. (2008), señalan que:

Hay que reconocer la importancia de la ejercitación de la atención y la percepción en el ambiente cotidiano del adulto mayor, ya que ambas funciones corticales superiores tienen una íntima relación con la capacidad psicológica de la memoria, además de considerarse que la afectación de dichas funciones puede provocar pérdida de validismo, dependencia y capacidad, una vez que se ha iniciado el deterioro cognitivo.(Pág. 25).

Los autores nos hacen referencia al deterioro que se observa en los adultos mayores, los cuales tienen relación con lo cognitivo, que provoca en ellos dificultad para valerse por sí solos y así mismo dan muestra de cierta discapacidad para realizar ciertas actividades, aun cuando, sean muy sencillas.

Por tal motivo podemos indicar que los cambios observados en los adultos mayores tienen relación con su edad y con la parte orgánica, pues los años traen consigo una serie de enfermedades y otras limitantes, en sus cinco sentidos, en el área neurológica, con cambios significativos en las diferentes funciones cognitivas,; el ciclo de vida en el que se encuentra el adulto mayor, se observa mucho deseo de atención, de afecto, de ser escuchados, de ser valorados y de ser respetados.

Al estudiar estos aspectos, del funcionamiento cognitivo, volitivo y afectivo, influyentes en el bienestar de vida, tomamos los aportes de Trujillo, S., Tovar, C., & Lozano, M. (2004), quienes tienen en cuenta aportes en relación a una gama de posibilidades existentes para suplir una necesidad dentro de la taxonomía sugerida por Manfred Max Neef y sus colaboradores, quienes refieren que: “Dentro de tal diversidad existe un carácter individual para cada ser humano, una identidad singular que incide en la elección del elemento satisfactor de su necesidad; tal carácter está ligado al estilo de cada individuo, para describirlo es útil considerar la propuesta de Slaikeu (1996) cuando formula el funcionamiento compuesto por la forma de pensar, de sentir, de relacionarse y la manera de comportarse (Pág. 91).

Así también encontramos aportes, como los de Labos, E., Del Río, M., & Zabala, K. (2009), quienes nos refieren que: “El importante desarrollo de las investigaciones contemporáneas en el campo de la Neuropsicología del envejecimiento aporta evidencias de los cambios que se producen en la población añosa en dominios como la memoria, atención, lenguaje y otras funciones cognitivas. (Pág. 17).

Estos cambios, que se presentan en las personas adultas mayores, deben requerir una solución que esté orientada a su bienestar, esto siempre enfocándose en su diario vivir, permitiendo la cancelación de sentimientos negativos y temores que pueden producir preocupaciones o sintomatologías en su organismo, ocasionados por la edad y por las diferentes enfermedades, desagradables para ellos.

1.2.2.3 Apoyo familiar en el adulto mayor

La labor familiar es fundamental para los adultos mayores con tratamiento de hemodiálisis, pues las personas de tercera edad generalmente no trabajan y cuando quieren realizar alguna labor en su hogar, la familia no se los permite, para evitar agotamiento, golpe o caída. Los adultos mayores viven experiencias únicas, en relación a lo cognitivo, pues olvidan todo, entre esas cosas, el hecho de tomar la medicina; también aparecen aspectos desmotivacionales y pierden el gusto por los alimentos, se cansan de ir al médico, no desean salir de casa y se sienten inútiles, pues hay que bañarlos, cambiarlos de ropa, llevarlos a las consultas médicas y llevar un registro ordenado de su vida para evitar las complicaciones de emergencia.

Los adultos mayores que llegan a padecer de insuficiencia renal crónica viven con mayor intensidad la dependencia de un familiar, pues requieren el acompañamiento durante todo el proceso hemodialítico, lo cual genera en ellos depresión permanente, además de los conflictos familiares propios de la dinámica que produce el tratamiento, que incluso muchos pacientes se desaniman en el proceso y se hostigan por tener que acudir a una clínica tres veces por semana a recibir sus terapias.

1.2.2.4 Percepción sobre la enfermedad y la muerte en el adulto mayor

El adulto mayor tiene un concepto interesante sobre sí mismo, respecto a la enfermedad que padece y a la muerte que lo asecha, pues ellos consideran que todos los ancianos sufren de cualquier enfermedad y que la muerte es un amigo cercano, del cual no pueden rehuir, sino más bien asumen que esta etapa es donde ellos deben estar listos y deben dejar todas sus cosas en orden, porque están próximos a fallecer.

Por tal motivo, es claro pensar que los adultos mayores con insuficiencia renal crónica siempre tienen presente la muerte, incluso la anhelan debido al sufrimiento que viven por el tratamiento de hemodiálisis y otras enfermedades que tienen; algunos, por su depresión no resuelta, bajan sus defensas y son vulnerables más rápidamente a las enfermedades oportunistas, que los llevan a sufrir más, ocasionando que su corazón se detenga súbitamente por cualquier pretexto y apagan la luz de sus vidas.

1.2.3 Insuficiencia renal crónica en adultos mayores

1.2.3.1 El debate sobre la cronicidad de la insuficiencia renal crónica

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) o, como la llaman también, Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT), es una pérdida progresiva (por 3 meses o más) e irreversible de las funciones renales, cuyo grado de afección produce un deterioro en el organismo de quienes la padecen, les produce anemia, pérdida del apetito, desánimo, falta de movilidad, y en algunos casos, la muerte súbita.

Esta enfermedad produce la pérdida de capacidad de eliminar desechos, concentran la orina y conservan los electrolitos en la sangre, ocasionando en ellos una terrible intoxicación en su sangre, afectando todo su organismo, incluso su parte cognitiva y la única manera de mejorar esta realidad es a través de un tratamiento renal, que dura toda la vida y que obliga a realizar cambios urgentes en su estilo de vida.

La palabra “terminal” no se refiere a que la persona está por morir, sino que los riñones están en etapa terminal, porque no cumplen su función de manera óptima, y porque están deteriorándose progresivamente. En la actualidad una persona con IRCT puede optar por el tratamiento de hemodiálisis, el cual, por medio de una máquina puede suplantar la función que su riñón no realiza y le permite vivir muchos años más; hay casos de personas que han superado los 20 años en tratamiento.

La IRCT tiene varias etapas, en la Etapa uno, los pacientes suelen ser asintomáticos; el plan de acción clínica se centra en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad que produjo la nefropatía crónica, que en casi todos fue por diabetes e hipertensión arterial. También hay otras enfermedades correlacionadas, las cuales tienen que ser tratadas paralelamente, para evitar el daño progresivo del organismo disminuyendo el riesgo cardiovascular.

En la Etapa dos, los síntomas clínicos relativos a la disfunción renal son poco habituales; el plan de acción clínica se centra en la evaluación y la prevención de la progresión de la enfermedad, los pacientes empiezan a presentar signos y síntomas clínicos relacionados con las complicaciones de la insuficiencia renal (anemia y trastornos en el metabolismo mineral); en esta fase se evalúa y trata las complicaciones causadas por la IRCT; hay casos concretos en los que pacientes renales tienen complicaciones en su organismo, que simulan tener un grado superior, ingresa a hemodiálisis, pero en las primeras sesiones, el organismo responde apropiadamente, se descubre que dicho daño renal no era de mucha consideración.

En la Etapa tres, los síntomas tienen un aumento progresivo, si es que el paciente no está en tratamiento, el deterioro físico es más notorio, el paciente empieza a tener signos y síntomas de consideración y está a la puerta de la hemodiálisis. En la Etapa cuatro y cinco los pacientes presentan anomalías de laboratorio y clínicas significativas, relacionadas con la disfunción renal; se debe preparar al paciente para el tratamiento sustitutivo renal, al igual que a su familia. Las personas que requieren diálisis se consideran con nefropatía crónica en fase terminal, es decir que tienen IRCT y el tratamiento puede ser con hemodiálisis o diálisis peritoneal; en ocasiones empiezan con uno y luego, cuando el cuerpo ya no responda a dicho tratamiento, se cambian al otro.

1.2.3.2 La atención psicológica en los pacientes renales crónicos

Los pacientes en hemodiálisis tienen una vivencia muy singular que dependerá de la historia de la enfermedad, su personalidad, su entorno familiar y las situaciones que les imponen la enfermedad y el tratamiento; algunos síntomas tienen relación con la esfera psíquica: el insomnio, la fatiga, el decaimiento, la confusión, estados psicóticos, depresión, pérdida de memoria, entre otros.

Los sentimientos de invalidez y angustia van siendo comunes a todos los pacientes, que incluso la depresión pierde su estado de diagnóstico y se convierte en un síntoma de la enfermedad; es decir, la depresión estará siempre presente, por lo tanto se evalúa qué tipo de depresión tiene y cuál es el motivo presente, para poder tratarlo; estos pueden ser producidos por la desesperanza, desinterés e ideas de muerte.

La labor psicológica tiene dos momentos, el diagnóstico psicológico, para lo cual se entrevista al paciente y se aplican reactivos psicológicos; y la intervención psicológica, la cual se trabaja de manera permanente, durante la hemodiálisis y en consultorio de manera individual y familiar; también podemos decir que es variable y depende de la condición física o estado de ánimo del paciente, pues fruto de la diabetes, quedan ciegos, les amputan las piernas o los dedos de la mano, provocándoles depresión mayor; otros casos de gravedad son los adultos mayores que tienen daños en sus neuronas, que impiden una labor psicológica directa, es entonces que nuestra labor profesional, es solamente con sus familiares.

1.2.3.3 Incidencia de la IRCT en los adultos mayores

Anualmente es notable el aumento de personas con IRCT y la mayoría de unidades de Salud que prestan este servicio, tienen un gran número de pacientes que son adultos mayores, ésta es una preocupación a nivel de gobierno, que tiene un alto costo social y económico, por tanto el trabajo preventivo es prioritario y urgente, de tal manera que cuando se sospecha de que hay personas con IRCT, se debe trabajar para que sus familiares, no se enfermen igual.

Los psicólogos son los llamados a trabajar en la prevención, educación y promoción de la salud, junto con un equipo multidisciplinario, en sujetos sanos o aquellos que padecen diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial, tratando de evitar que lleguen al diagnóstico de IRCT o retrasando esa enfermedad, preparándolos también en estilos de afrontamiento en caso de que tengan que iniciar la terapia sustitutiva renal.

1.2.3.4 Tratamiento de hemodiálisis

A medida que un paciente va acercándose a la insuficiencia renal, deberá ir evaluando las opciones de tratamiento de sustitución renal, pues hay dos oportunidades en primera instancia, la hemodiálisis o la diálisis peritoneal, y luego de estar estables y aptos, el trasplante, si se inscribe en el banco de órganos, sigue todo el proceso y saliera favorecido.

Las tres opciones de tratamiento, cada uno, tiene su propia complejidad; tenemos la hemodiálisis, que utiliza una máquina que suplanta a los riñones, es la forma más habitual de diálisis y existen más unidades de salud que brindan ese servicio; cada paciente se realiza normalmente en una Unidad de Salud, 3 veces por semana, 4 horas cada vez, todas las semanas del año ininterrumpidamente.

Luego tenemos la diálisis peritoneal, con el uso del revestimiento abdominal como filtro natural, que suele aplicarse a diario en el hogar del paciente, y existen pocos centros que brindan esta terapia sustitutiva renal y la suelen tomar las personas que quieren seguir trabajando o realizando otras actividades que requieran más tiempo; esta terapia es elegida por menos personas debido a que suele ser un tratamiento temporal.

Finalmente tenemos el trasplante renal, que restituye la función renal sin necesidad de diálisis y brinda una sobrevida muy considerable; pero para eso hay que pasar por muchos exámenes y esperar un donante cadavérico, que son los más comunes, pues se evita los donantes vivos, para no permitir negocios ilícitos de ventas de órganos, muy común en algunos países. En nuestro contexto los pacientes primero ingresan a tratamiento renal y luego

de seguir los trámites y exámenes necesarios esperan la oportunidad de recibir un trasplante, y eso suele demorar por lo menos 6 meses, pero primero eligen personas jóvenes con mayor posibilidad de sobrevivir, y máximo hasta los 60 años de edad, entonces los adultos mayores no pueden participar de este beneficio.

1.2.3.5 Tratamiento de hemodiálisis en adultos mayores

Las personas de tercera edad reciben el tratamiento de hemodiálisis con diferente disposición, pues las personas mayores suelen acostumbrarse a acudir al médico, a tomar medicinas, a diferencia de los jóvenes, quienes no muestran la misma disposición; los adultos mayores no se entusiasman por ir a recibir su tratamiento hemodialítico, y si no fuera por sus familiares ellos preferirían quedarse en casa y terminar sus días sin pasar por este tratamiento que, para muchos, se vuelve tedioso.

Generalmente, los adultos mayores, asisten puntualmente al tratamiento y reciben con mayor disposición su realidad actual, pero siempre es necesario el aporte del profesional en salud mental quien se convierte en apoyo para sostener al paciente que lo requiera, así como sus familiares cuidadores, quienes se convierten en las manos o los pies del paciente y de quienes sus pacientes se vuelven dependientes. El tratamiento de hemodiálisis en los adultos mayores tiene varios componentes, los cuales son importantes en este proceso; la terapia hemodialítica en la Unidad de Salud, la dieta, los medicamentos y su jornada de vida diaria; y para un anciano es fundamental no descuidarse de ningún aspecto, por tener cuerpos más vulnerables, menos fuerza y generalmente menos recursos económicos.

1.2.3.6 Calidad de vida en adultos mayores con tratamiento de hemodiálisis

Los pacientes adultos mayores con tratamiento de hemodiálisis, generalmente padecen de otras enfermedades correlacionadas, como ya se describió anteriormente, sumado a su depresión, desánimo, dolor, problemas económicos y dificultades familiares, que requieren ser bien trabajados, debido a que pueden producir, en ellos, un deterioro motivacional, una indisposición al tratamiento y un desánimo en seguir viviendo.

De estos adultos mayores, un 10% están todavía trabajando, en negocios propios o realizando actividades que requieran poco esfuerzo; los adultos mayores que antes realizaban actividades cotidianas, ya no pueden hacerlo; también hay quienes todavía siguen cuidando nietos y son el sostén del hogar; también encontramos ancianos que tienen dos compromisos matrimoniales, pero que no reciben la ayuda adecuada de ninguno de los dos hogares. Entre los determinantes de la calidad de vida de los adultos mayores, tenemos los referidos por García-Viniegras, (2005), quien señala que: “Los problemas económicos (46,3%), los médicos (43%), la soledad (26,6%), el rechazo familiar (11,5%) (Pág. 8), los autores también añaden la suma las causas del llamado “vacío existencial” en relación con la pérdida de roles, la reducción de la actividad y la pérdida de amigos y parientes, señalados por Lawton (1989).

1.2.4 Protocolos de atención al adulto mayor

La labor profesional se debe regir bajo los protocolos de atención integral a los adultos mayores que el Ministerio de Salud Pública dispuso en el año 2010 para brindar un mejor servicio y de calidad a este grupo importante de nuestra sociedad, desde cualquier espacio o frente, público o privado. Podemos considerar lo que la Constitución de la República señala en el Artículo 36: Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia.

También, el protocolo de atención, señala que el Estado tomará medidas de protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas; y dispone la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública para diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares. Es importante que los familiares y las instituciones de salud, públicas o privadas consideren las leyes que rigen a favor de los adultos mayores, como lo descrito en el Art. 11, que nos refiere el buen trato hacia todas las personas sin diferencia de edad, evitando la discriminación y maltrato; también el Art. 35 nos obliga a brindar a los ancianos, con discapacidad, una atención prioritaria.

CAPÍTULO II

2. METODOLOGÍA

2.1. Justificación del problema

En la actualidad, la atención al adulto mayor ha tenido cambios favorables, dando grandes avances en el fortalecimiento de los beneficios de una manera importante y encontramos protocolos de tratamiento en varias esferas, en especial lo relacionado a la salud. El MSP está realizando estudios acerca del bienestar de los adultos mayores con insuficiencia renal crónica terminal y desde el año 2014 está evaluando el progreso de pacientes en tratamiento renal que han permanecido estables luego de dos años en hemodiálisis, aplicando baterías psicológicas a los pacientes y sus cuidadores.

A pesar de todos estos planes y esfuerzos gubernamentales, la realidad que viven los adultos mayores con IRCT requiere una atención integral, que permita abarcar y satisfacer sus necesidades más urgentes, trabajando en conjunto, los equipos interdisciplinarios de salud con los familiares, siendo su atención prioritaria su bienestar y calidad de vida, a pesar de estar con tratamiento de hemodiálisis.

Es importante señalar que usaremos el término Adulto Mayor, para las personas de la tercera edad, el cual es utilizado en casi toda América Latina; también hemos escogido, en nuestro estudio, a personas desde los 60 años, debido a que nos permite agrupar a un grupo de pacientes importantes en nuestra institución, puesto que INRIDI “San Martín” mantiene tres grandes grupos de pacientes por edades, de 20 a 40 años, de 40 a 60 años y de 60 años en adelante; entonces tomaremos el tercer grupo, además la OMS considera que los Adultos Mayores inician desde los 60 años, a diferencia de Ecuador, que los ubica desde los 65 años.

Para estudiar la Calidad de Vida en adultos mayores utilizaremos algunos instrumentos psicológicos a los pacientes, como el test de Calidad de Vida y el Índice de Karnofsky, pruebas validadas y muy usadas por el IESS y el MSP en estos pacientes; también se aplicarán encuestas a los familiares para conocer su apreciación acerca de la calidad de vida de sus pacientes.

El presente estudio ha sido realizado en el Instituto del Riñón y Diálisis INRIDI “San Martín”, de la ciudad de Guayaquil, Unidad de Salud que me ha permitido desarrollarme profesionalmente y en donde he podido estudiar la Calidad de Vida en adultos mayores. La institución atiende un promedio de 200 pacientes que pertenecen al IESS y al MSP, de los cuales, más del 40% son adultos mayores, la mayoría de nivel socioeconómico bajo quienes han mostrado la necesidad de mejorar su vida cotidiana, a pesar de estar con tratamiento de hemodiálisis.

2.2. Formulación del problema

¿Cómo se caracteriza la calidad de vida de los adultos mayores con tratamiento de hemodiálisis en el Instituto del Riñón INRIDI “San Martín”?

2.3. Objetivos

2.3.1. Objetivo general

Caracterizar la calidad de vida en adultos mayores con tratamiento de hemodiálisis en el Instituto del Riñón y Diálisis INRIDI “San Martín”.

2.3.2. Objetivos específicos

Identificar aspectos del tratamiento hemodialítico que reciben los adultos mayores, de manera integral, en el Instituto del Riñón INRIDI “San Martín”.

Determinar la capacidad física y la disposición emocional para la ejecución de actividades cotidianas en los adultos mayores con tratamiento de hemodiálisis.

Describir la labor que realizan los familiares, para que, los pacientes adultos mayores, tengan la oportunidad de disfrutar de calidad de vida, a pesar de que están con tratamiento de hemodiálisis.

Identificar cuáles la percepción que tienen los adultos mayores acerca de su estado de salud y la actitud para continuar con su jornada de vida, a pesar de tener insuficiencia renal crónica terminal y estar con tratamiento hemodialítico.

2.4 Idea a defender

La calidad de vida, entendida como un estado de satisfacción general y motivacional en las actividades de la vida cotidiana, no es percibida ni experimentada apropiadamente por los adultos mayores con tratamiento de hemodiálisis.

2.5 Tipo de investigación

Esta investigación, desde una perspectiva general, es positivista, porque se procuró obtener información acerca de la vida cotidiana de cada paciente, al entrevistarlos a ellos y a sus familiares; tiene un diseño no experimental, porque estudiamos la realidad que vivió el paciente durante su tratamiento en la sala de hemodiálisis, pero que tiene relación con su estilo de vida, así como el tipo de afrontamiento frente a esta realidad actual, sin modificar ningún aspecto en su entorno.

Podemos señalar también que esta investigación es de tipo transversal descriptivo, porque se trabajó con adultos mayores con IRCT que se atienden actualmente en la Unidad de Salud y están en tratamiento de hemodiálisis quienes viven, en su mayoría, en sectores urbano populares de la ciudad; el enfoque usado es cuantitativo, que nos permitió examinar los datos

de manera numérica brindándonos información de un grupo humano, que sigue tratamiento hemodialítico en INRIDI “San Martín”.

2.6 Declaración de variables

Variable independiente

Adultos mayores con tratamiento de hemodiálisis

Variable dependiente

Calidad de vida

Tabla 1Operacionalización de Variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Instrumentos
Independiente Adultos mayores con tratamiento de hemodiálisis	Datos personales	Edad Sexo Con quien vive Quien lo atiende	Encuesta dirigida a familiares del adulto mayor.
	Asistencia familiar	Acompañamiento.	
	Situación laboral	Trabaja No trabaja Jubilado No jubilado	
	Aspectos del tratamiento	Hemodiálisis Dieta Medicamentos Vida diaria	
	Antigüedad en tratamiento	6 meses en adelante	
	Asistencia a hemodiálisis /tiempo de tratamiento	1 a 3 días por semana 3 a 4 horas diarias	
	Dependiente Calidad de vida	Calidad de vida	
	Actividad autónoma	Capaz de realizar actividades Incapaz de trabajar Incapaz de autocuidarse	Índice de Karnofsky

Nota. Elaborado por Christian Montero. 2015

2.7 Población

La población es de 80 pacientes, adultos mayores, con tratamiento de hemodiálisis, mayores de 60 años, sexo masculino y femenino, quienes están afiliados al IESS o bajo cobertura del MSP, ellos se realizan tratamiento de hemodiálisis tres veces por semana, cuatro horas cada día, pero también se considera a 80 familiares que los cuidan.

2.8 Muestra

El tipo de muestra es no probabilística o dirigida, ya que es necesario seleccionar los participantes por tratarse de una población adulta mayor, que en algunos casos se encuentra en un estado de deterioro que dificulta la comunicación, por ello a partir de los siguientes criterios de inclusión y exclusión, se tomó como muestra 30 pacientes con sus respectivos familiares, para aplicar los instrumentos de investigación.

Criterios de inclusión:

- Edad: Desde 60 años
- Sexo: Masculino y Femenino
- En lo laboral: Pueden estar laborando o estar jubilados
- Tiempo en tratamiento: Más de 6 meses
- Cuidador: Familiar, mayor de edad
- Comunicación: Capacidad para articular comprender el lenguaje

Criterios de exclusión:

- Enfermedad incapacitante: Discapacidad mental
- Enfermedad adicional: Enfermedad catastrófica
- Cuidador: Vecino, amigo o familiar menor de edad, o vive solo
- Deterioro: A nivel cognitivo

2.9 Instrumentos

Para obtener información de los pacientes y sus familiares, se procedió a aplicar varios instrumentos, que nos permitieron obtener la información requerida; en la entrevista al familiar se aplicó una encuesta sociodemográfica, elaborada por el autor de esta tesis, que

consta de 10 preguntas que se refirieron al comportamiento del paciente frente a su situación actual, más de esto 8 preguntas sociodemográficas en relación al paciente y su tratamiento renal; con todas ellas pudimos obtener respuesta a nuestra variable independiente,

Luego se le aplicó al paciente el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36, creado a inicios de los 90, en Estados Unidos, el cual ha pasado por pruebas de fiabilidad, con resultados positivos; este test, contiene 36 preguntas y evalúa nueve aspectos; en nuestro estudio nos permitió conocer los aspectos relacionados con la calidad de vida de los adultos mayores; cabe señalar que el MSP ha realizado estudios de calidad de vida en pacientes renales, utilizando este instrumento.

Al final se aplicó, por observación, el Índice de Karnofsky, creado en 1948 por Karnofsky y Bucheral, quienes iniciaron estudios para medir el impacto de la quimioterapia en los pacientes con cáncer; esta escala mide 11 niveles en relación a las capacidades de un paciente para realizar actividades cotidianas, pero en nuestros pacientes, estudiados, solamente trabajamos con los cuatro más importantes, desde el puntaje 60 al 90. En Ecuador se utiliza este índice, tanto en el IESS como en el MSP, y ha mostrado excelente correlación con otras medidas funcionales y del bienestar, por tal motivo fue utilizado en nuestra investigación y, junto al SF-36, aportaron positivamente para nuestra variable dependiente.

2.10 Procedimientos

La encuesta dirigida a los familiares junto con las preguntas sociodemográficas fueron aplicadas de manera individual, brindándoles las consignas y explicaciones necesarias para su desarrollo, las preguntas estuvieron claras y los familiares no tuvieron dificultad para contestarlas, luego se aplicó el SF-36 a los pacientes, durante su tratamiento de hemodiálisis, de manera individual, pero con nuestra asistencia, para poder responder a cada pregunta del cuestionario. Al final se aplicó por observación la valoración del índice de karnofsky, en relación a su capacidad física, fruto de la encuesta y del resultado del SF-36; toda esta información nos permitió conocer qué calidad de vida están experimentando los adultos mayores con tratamiento de hemodiálisis, así también la capacidad, que ellos tienen, para realizar actividades cotidianas.

CAPÍTULO III

3. ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

3.1 Análisis e interpretación de resultados

Se presentan los resultados de los instrumentos aplicados, datos generales de los pacientes, luego el cuestionario SF-36 aplicado a los pacientes, de ahí la escala de Karnofsky y, al final, las encuestas aplicadas a los familiares, quienes tienen el rol de cuidadores, de dichos pacientes, estos nos permiten entender nuestro objeto de estudio.

Pacientes adultos mayores, según sexo

Tabla 2 Pacientes adultos mayores, según sexo

Género	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	12	40%
Mujeres	18	60%
Total	30	100%

Nota: Pregunta sociodemográfica realizada al paciente.

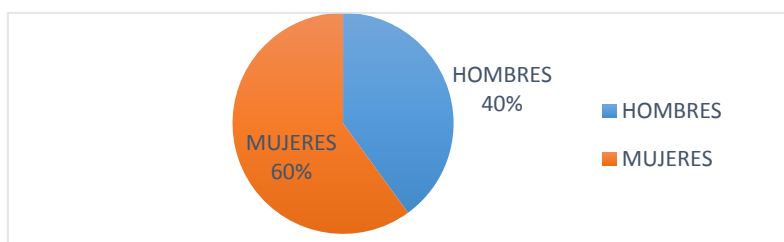


Figura 1 Pacientes adultos mayores, según sexo.

Análisis

Observamos que un 60% de los pacientes, corresponde a mujeres y un 40% corresponde a hombres, del total de adultos mayores que están en tratamiento de hemodiálisis, pudiendo observar que las mujeres de tercera edad son más propensas para sufrir de insuficiencia renal crónica terminal.

Rangos de edades

Tabla 3 Rangos de edades

Género	Rangos de edades			
	60 a 64 años	65 a 69 años	70 a 74 años	75 a 79 años
Hombres	17%	7%	13%	3%
Mujeres	27%	7%	17%	10%
Total	43%	14%	30%	13%

Nota: Pregunta sociodemográfica realizada al paciente.

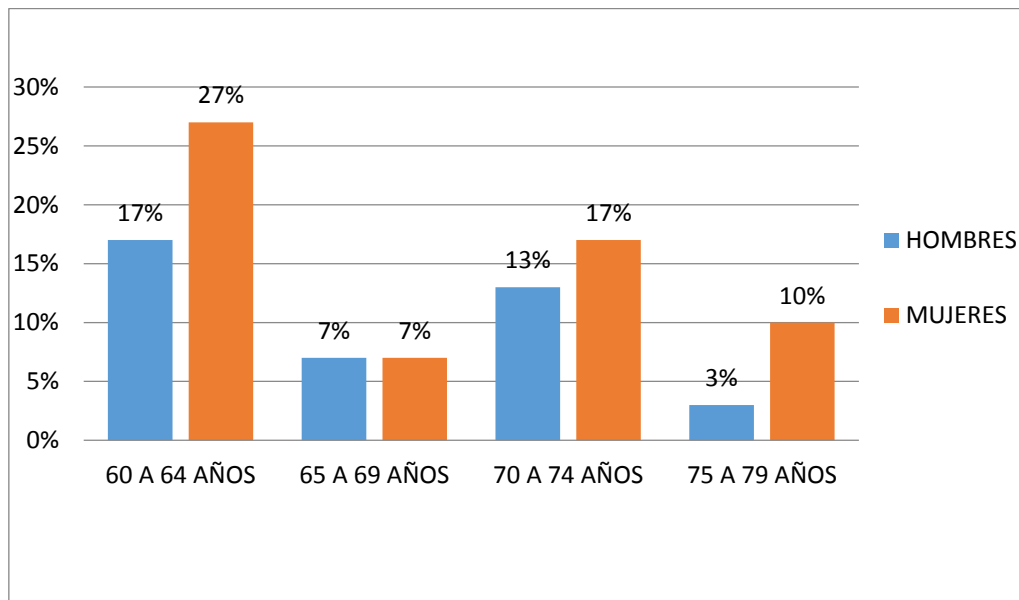


Figura 2 Adultos mayores por rangos de edad.

Análisis

Observamos que el grupo mayor corresponde a edades comprendidas entre 60 y 64 años, en total el 44%, y el menor grupo, comprendido entre los 75 y 79 años, equivale al 13% de los pacientes, el grupo mayor evidencia una gran posibilidad de que varios pacientes todavía puedan trabajar y realizar actividades cotidianas.

Índice de Karnofsky.

Tabla 4 Índice de Karnofsky

Género	Karnofsky 60	Karnofsky 70	Karnofsky80	Karnofsky 90
Hombres	20%	13%	4%	3%
Mujeres	49%	11%	0%	0%
Total	69%	24%	4%	3%

Nota: Valoración, acerca de la ejecución de actividades, realizada al paciente.

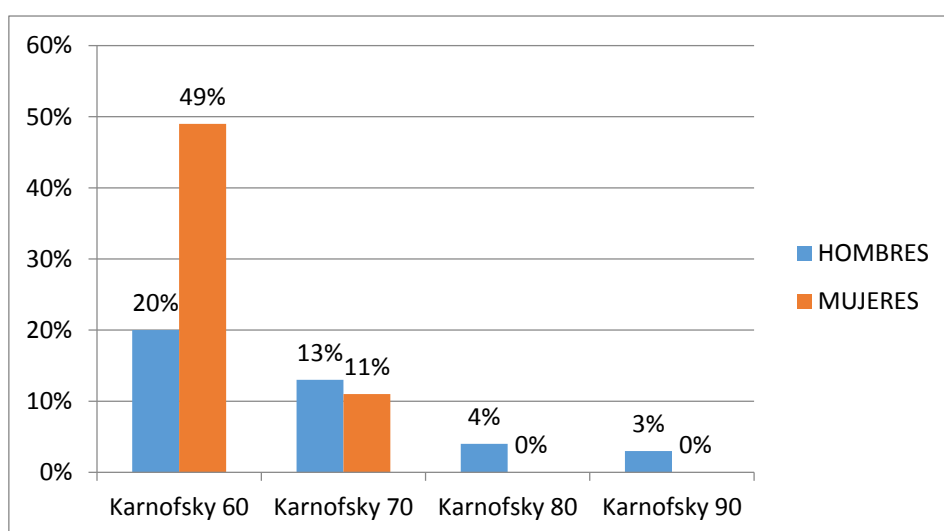


Figura 3 Índice de Karnofsky.

Análisis:

Observamos que un 69% de los pacientes, corresponde a una calificación de 60, es decir que pueden realizar pocas actividades cotidianas y no trabajan; en cambio un 3% corresponde a la calificación de 90, es decir que pueden realizar actividades cotidianas con relativa facilidad, incluso pueden trabajar.

Tiempo en hemodiálisis.

Tabla 5 Tiempo en hemodiálisis.

Tiempo en hemodiálisis	Porcentaje
6 meses a 2 años	27%
2 a 4 años	47%
4 a 6 años	10%
6 a 8 años	17%
Total	100%

Nota: Pregunta sociodemográfica realizada al paciente.

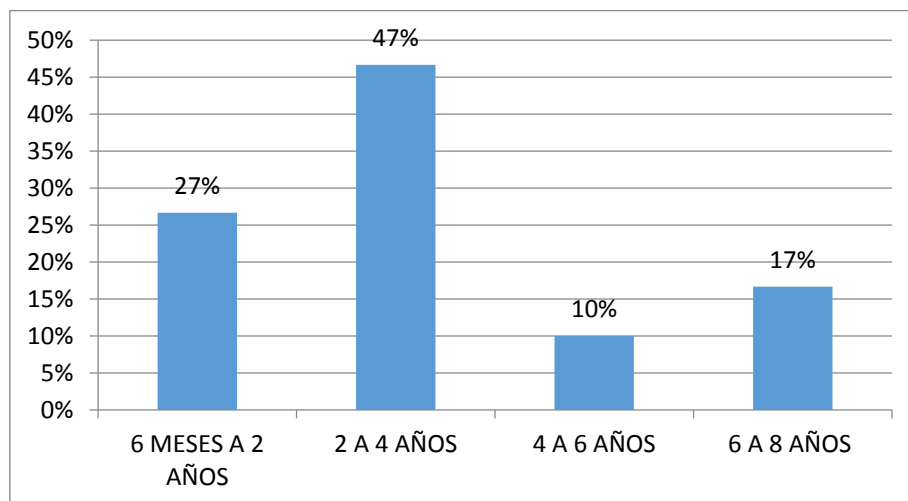


Figura 4 Tiempo en hemodiálisis.

Análisis:

Observamos que un 47% de los pacientes, están entre dos y cuatro años en tratamiento de hemodiálisis y un 17% corresponde a pacientes que tienen más de seis años en hemodiálisis, entonces podemos notar que luego de los cuatro años en tratamiento su sobrevivencia es considerablemente menor; no observamos pacientes adultos mayores con más de ocho años en tratamiento de hemodiálisis.

Asistencia diaria a hemodiálisis, días por semana y horas diarias.

Tabla 6 Asistencia diaria a hemodiálisis.

Alternativas	Porcentaje
3 días por semana	97%
Menos de 3 días por semana	3%
4 horas diarias	100%
Menos de 4 horas diarias	0%
Total	100%

Nota: Pregunta sociodemográfica, a los familiares del paciente.

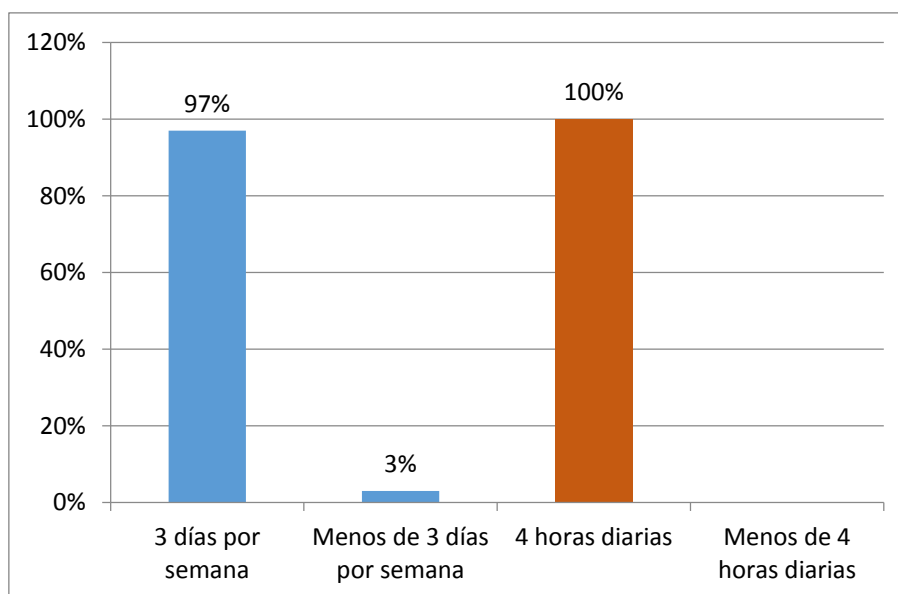


Figura 5 Asistencia diaria a hemodiálisis.

Análisis:

Observamos que un 97% de los pacientes, asisten tres veces por semana al tratamiento de hemodiálisis y solamente un 3% asiste dos veces por semana, pero por decisión personal, no por prescripción; así mismo el 100% de los pacientes cumplen sus cuatro horas de tratamiento, aceptándolo sin problemas.

Área laboral. Pacientes adultos mayores, trabajan o no.

Tabla 7 Área laboral

Trabajan o no	Porcentaje	Hombres	Mujeres
Trabajan	10%	7%	3%
No trabajan	90%	33%	57%
Total	100%	40%	60%

Nota: Pregunta sociodemográfica, a los familiares del paciente.

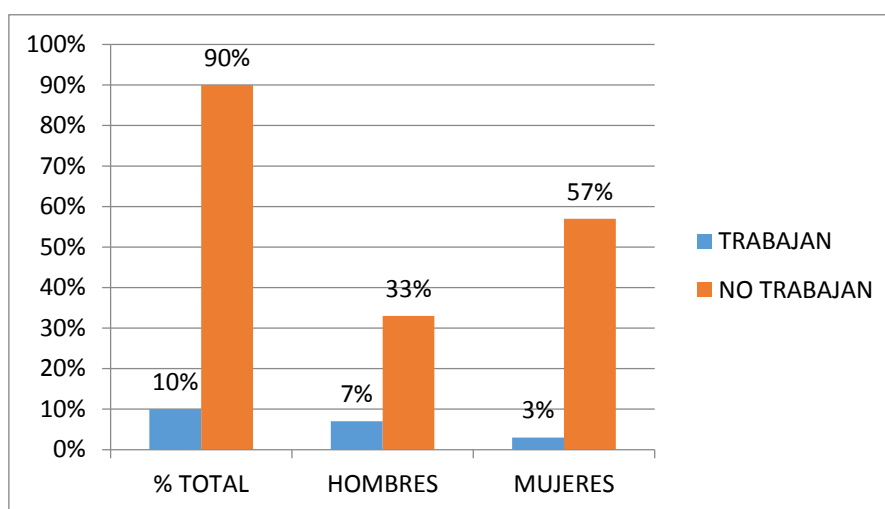


Figura 6 Área laboral.

Análisis:

Observamos que un 90% de los pacientes, no trabaja y solamente un 10% sí lo hace, de los cuales el 7% corresponde a hombres y el 3% a mujeres, en edades entre los 60 y 64 años, esto debido a su capacidad física y no se han jubilado, a más de que son el sustento de su hogar y porque además se sienten con fuerzas para seguir produciendo.

Prescripción de dieta y medicina.

Tabla 8 Prescripción de dieta y medicina.

Medicina/dieta	Toma Medicina	Sigue Dieta
Frecuencia	SÍ	No
Porcentaje	93%	7%
	SÍ	No
	90%	10%

Nota: Pregunta sociodemográfica, a los familiares del paciente.

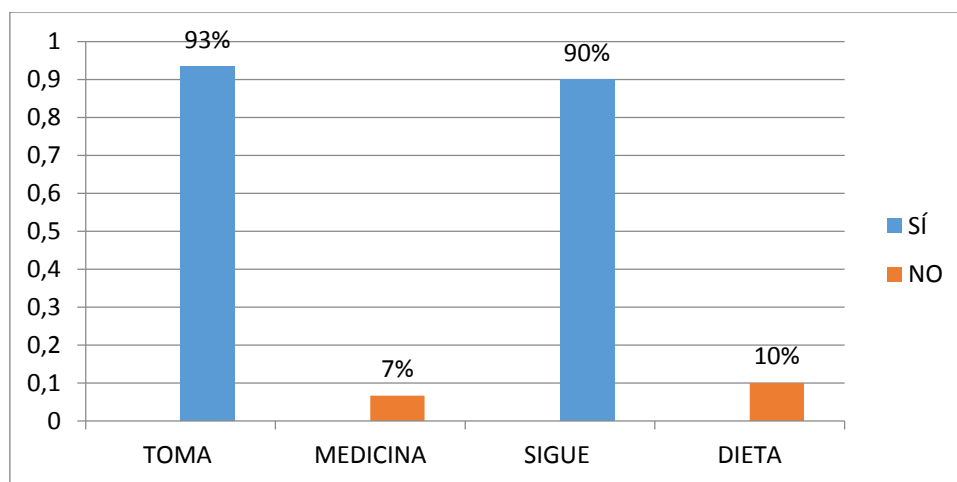


Figura 7 Prescripción de dieta y medicina.

Análisis:

Observamos que un 93%, de los pacientes, toma la medicina correspondiente y un 90% que sigue la dieta recomendada, pero con la ayuda importante de familiares, esto es vital para ellos, debido a que si no lo hacen decaerían de manera considerable en su estado físico y anímico.

**ENCUESTA DIRIGIDA A LOS FAMILIARES DEL ADULTO MAYOR
INSTITUTO DEL RIÑÓN INRIDI “SAN MARTÍN”**

¿Cree usted que su pariente enfrenta la enfermedad con buen ánimo?

Tabla 9 El ánimo del paciente frente a la enfermedad

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	2	7%
Muchas Veces	2	7%
La Mayoría de las Veces	5	17%
Pocas Veces	10	33%
Nunca	11	37%
TOTAL	30	100%

Nota: Pregunta, a los familiares del paciente.

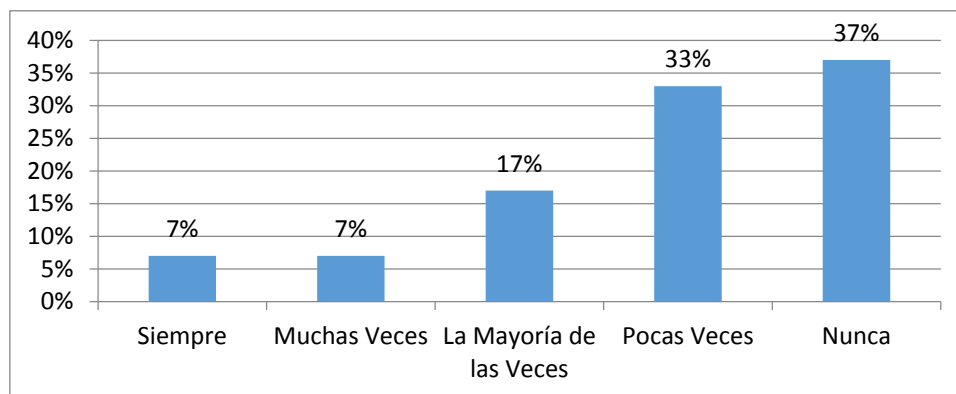


Figura 8 El ánimo del paciente frente a la enfermedad

Análisis:

Observamos que un 37% de los pacientes, nunca tienen ánimo para enfrentar la enfermedad, aunque cumplen con su tratamiento; en cambio un 7% siempre tienen buen ánimo, y son quienes generalmente tienen una vida personal y familiar ordenada, a más de contar con los recursos económicos y materiales necesarios.

¿Considera usted que su pariente realiza con normalidad, actividades cotidianas?

Tabla 10 Paciente realizando actividades cotidianas

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	0	0%
Muchas Veces	2	6%
La Mayoría de las Veces	5	17%
Pocas Veces	15	50%
Nunca	8	27%
Total	30	100%

Nota: Pregunta, a los familiares del paciente.

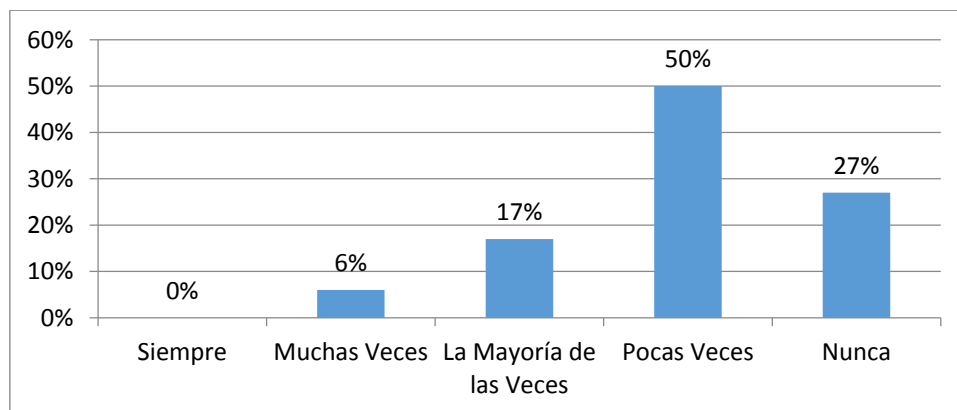


Figura 9 Paciente realizando actividades cotidianas

Análisis:

El 50% considera que pocas veces realiza actividades cotidianas; esto, debido a su condición física y porque sus familiares no lo permiten, hay un 0% que corresponde a pacientes que siempre realizan sus actividades cotidianas con normalidad, esto es claro entender, porque a mayor edad y mayor tiempo en hemodiálisis los pacientes realizan menos actividades diarias.

¿Considera Usted que su pariente realiza actividades sin ayuda de un familiar?

Tabla 11 Ejecución de actividades sin ayuda familiar

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	3	10%
Muchas Veces	2	7%
La Mayoría de las Veces	7	23%
Pocas Veces	9	30%
Nunca	9	30%
Total	30	100%

Nota: Pregunta, a los familiares del paciente.

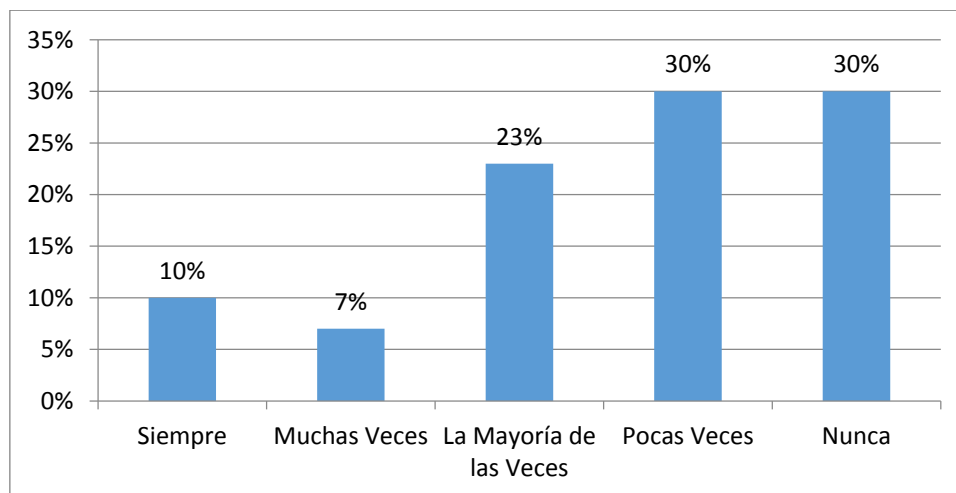


Figura 10 Ejecución de actividades sin ayuda familiar

Análisis:

El mayor porcentaje, 60%, de familiares, contestó que su pariente no puede realizar actividades solo, debido a que por su edad y condición de salud, ellos requieren ayuda, en cambio hay un 10% que considera que sí puede realizar actividades solo, incluso pueden trabajar.

¿Considera Usted que su pariente disfruta de las cosas cotidianas de la vida?

Tabla 12Disfrute de actividades cotidianas

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	4	13%
Muchas Veces	4	13%
La Mayoría de las Veces	8	27%
Pocas Veces	8	27%
Nunca	6	20%
Total	30	100%

Nota: Pregunta, a los familiares del paciente.

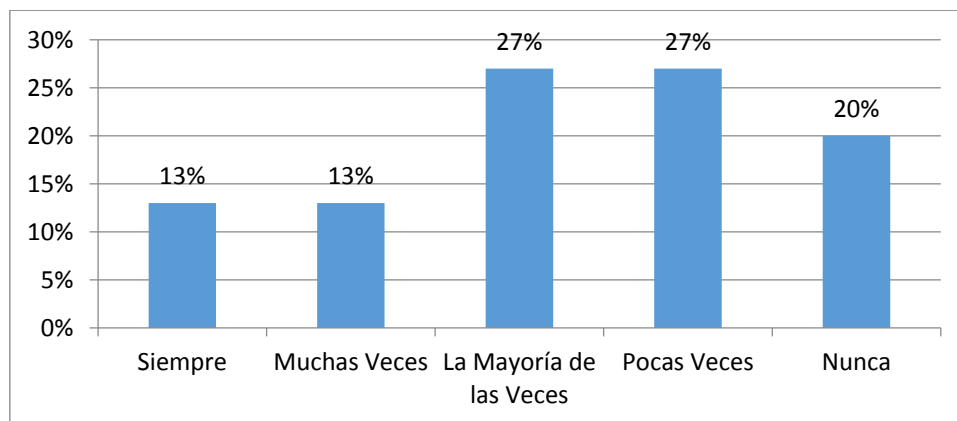


Figura 11 Disfrute de actividades cotidianas

Análisis:

Cuando preguntamos si su pariente disfruta de las cosas cotidianas de la vida se obtuvo un 27%, que indicó la mayoría de las veces y otro 27% nunca, esto debido a que ellos tienen una vida sedentaria y no salen sino solamente a la Unidad de Salud; un 26% que indicó que siempre y casi siempre, esto es debido a que estos pacientes, tienen una mejor condición de vida o porque están en el grupo de 60 a 64 años.

¿Considera usted que su pariente desea realizar actividades que antes no hacía?

Tabla 13 Motivación para ejecución de nuevas actividades

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	0	0%
Muchas Veces	2	7%
La Mayoría de las Veces	9	30%
Pocas Veces	12	40%
Nunca	7	23%
Total	30	100%

Nota: Pregunta, a los familiares del paciente.

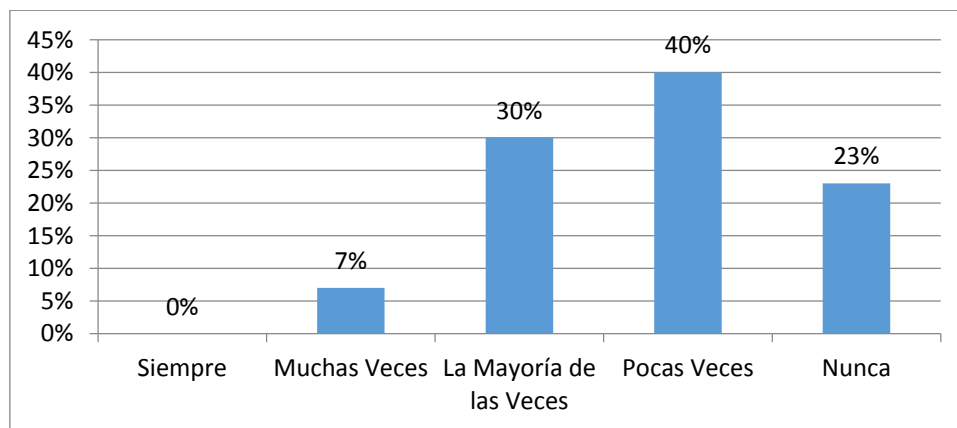


Figura 12 Motivación para ejecución de nuevas actividades

Análisis:

En esta pregunta encontramos un 40% que se refiere a que pocas veces los pacientes desean realizar actividades que antes no hacían, y un 0% indicó que nunca desean hacer actividades que antes no hacían, esto es porque caminan poco, no pueden ni desean salir de casa y porque sus familiares no tienen facilidades para sacarlos.

¿Creó Usted, su pariente está con deseos de vivir más años?

Tabla 14 Motivación para vivir más años

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	0	0%
Muchas Veces	4	13%
La Mayoría de las Veces	5	17%
Pocas Veces	6	20%
Nunca	15	50%
Total	30	100%

Nota: Pregunta, a los familiares del paciente.

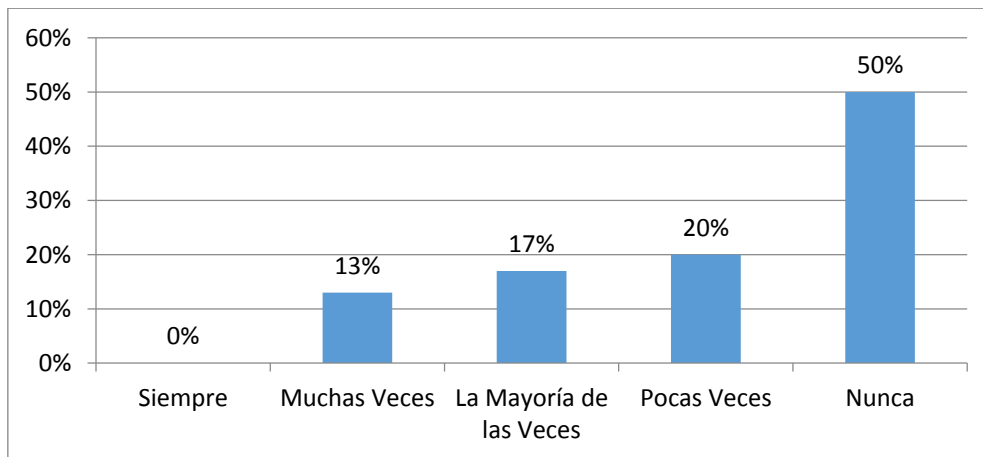


Figura 13 Motivación para vivir más años

Análisis:

En esta respuesta notamos una gran mayoría de pacientes que no desea vivir más años, incluso el 50% señala que nunca, un 20% señala que pocas veces; ellos consideran que ya han vivido lo suficiente y el tratamiento es agotador; los pacientes renales, mientras más edad menos deseos de alargar su vida.

¿Considera Usted que su pariente disfruta de los alimentos que le brindan?

Tabla 15Disfrute de alimentos

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	6	20%
Muchas Veces	7	23%
La Mayoría de las Veces	8	27%
Pocas Veces	9	30%
Nunca	0	0%
Total	30	100%

Nota: Pregunta, a los familiares del paciente.

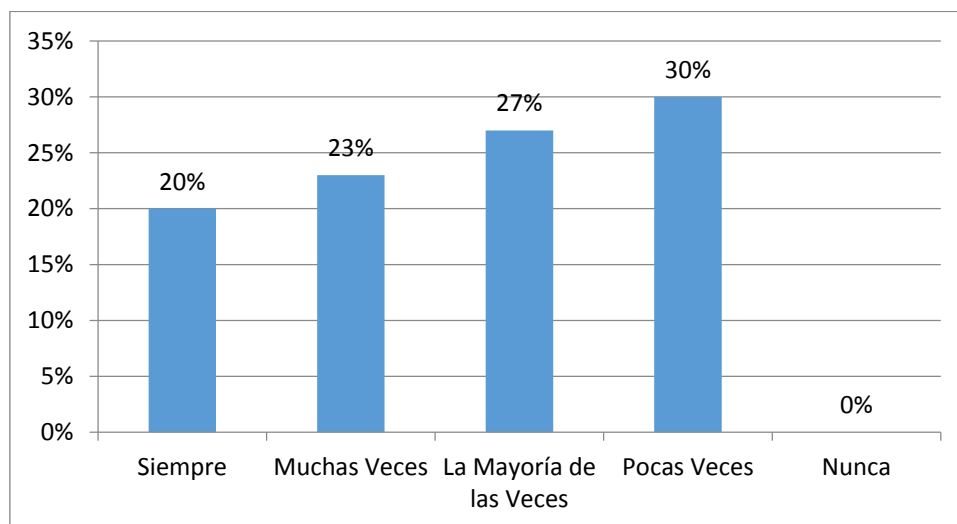


Figura 14Disfrute de alimentos

Análisis:

Un 30% escogieron que pocas veces, debido a que la dieta suele ser el mismo alimento con poco condimento y un 0% respondió que nunca, por cuanto todos los pacientes en estudio se alimentan, aunque con motivación familiar, porque si fuera por los pacientes, cambiarían esa dieta.

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF - 36
INSTITUTO DEL RIÑÓN INRIDI “SAN MARTÍN”

En general, usted diría que su salud es:

Tabla 16 La salud en general

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	0	0%
Muy buena	2	7%
Buena	8	26%
Regular	15	50%
Mala	5	17%
TOTAL	30	100%

Nota: Cuestionario de Calidad de Vida SF-36, dirigida a los pacientes.

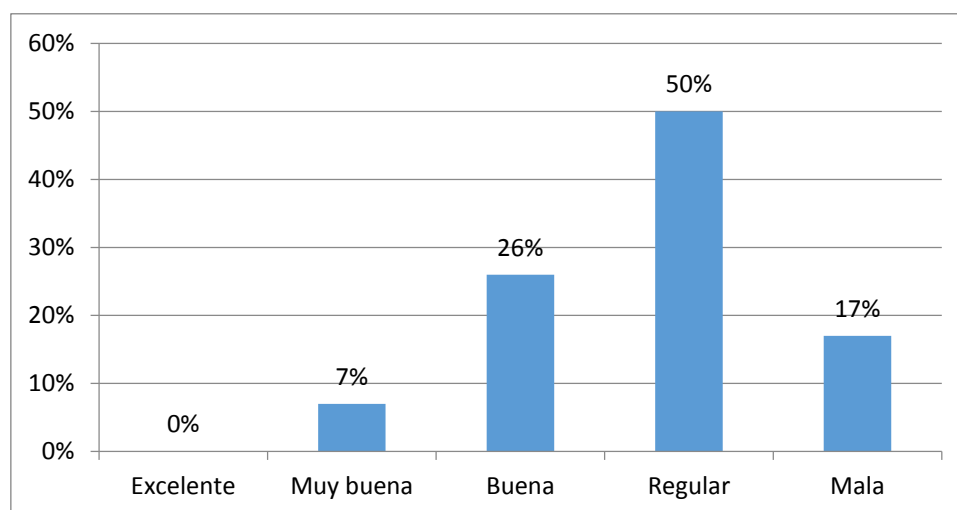


Figura 15 La salud en general

Análisis:

Aquí observamos que un 50% percibe que su salud es regular, y un 0% indica que es excelente, esto nos permite observar de manera global la percepción que tienen los adultos mayores sobre sí mismos, por su condición física; esto les afecta anímicamente y motivacionalmente.

Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

Tabla 17 Capacidad para caminar pocos metros

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Sí, me limita mucho	24	80%
Sí, me limita un poco	6	20%
No, no me limita nada	0	0%
Total	30	100%

Nota: Cuestionario de Calidad de Vida SF-36, dirigida a los pacientes.

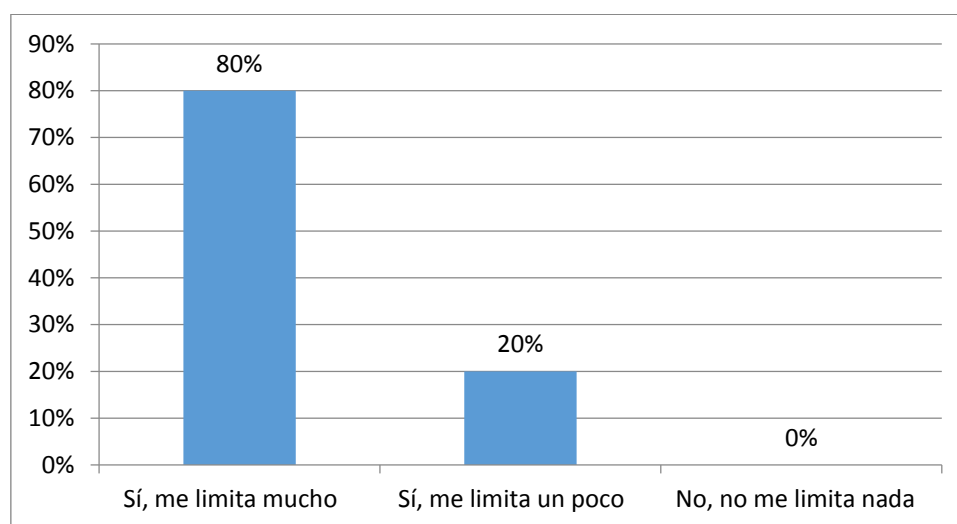


Figura 16 Capacidad para caminar pocos metros

Análisis:

Observamos que el 80% de los pacientes contestó que le limita mucho el caminar 100 metros, y un 20% indicó que le limita poco; los adultos mayores tienen gran temor a movilizarse solos debido a que pueden caerse, entonces requieren de ayuda constante para caminar, acudir al médico o realizar cualquier actividad cotidiana.

Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

Tabla 18 Capacidad para bañarse o vestirse solo

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Sí, me limita mucho	28	93%
Sí, me limita un poco	2	7%
No, no me limita nada	0	0%
Total	30	100%

Nota: Cuestionario de Calidad de Vida SF-36, dirigida a los pacientes.

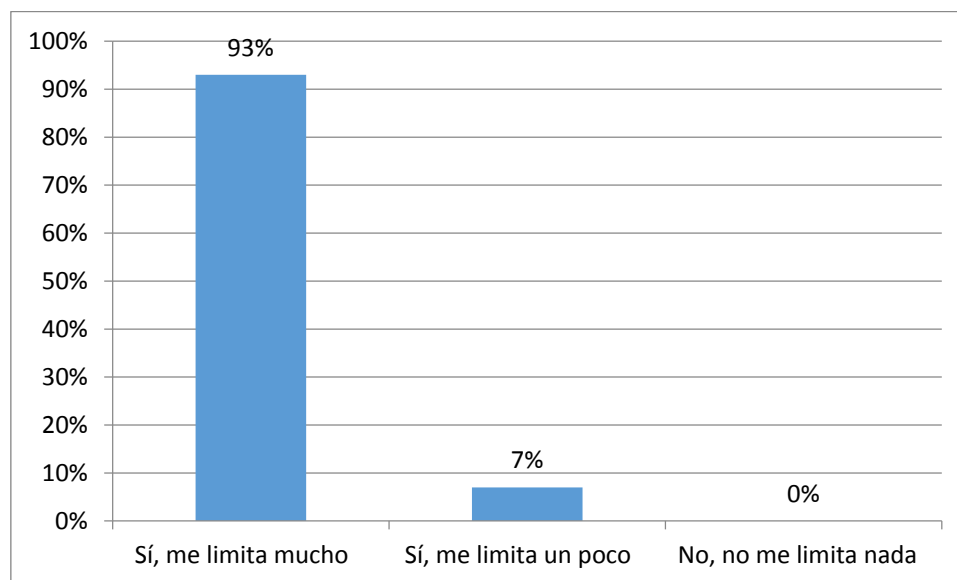


Figura 17 Capacidad para bañarse o vestirse solo

Análisis:

En esta pregunta, el mayor porcentaje, 93%, nos afirma que un adulto mayor tiene mucha limitación para realizar actividades cotidianas, como bañarse y vestirse solo, pues depende de un familiar; solamente un 7% indicó que le limita un poco realizar su aseo personal.

Creo que me enfermo más fácilmente que otras personas.

Tabla 19 Percepción acerca de su estado actual

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente cierta	5	17%
Bastante cierta	10	33%
No lo sé	8	27%
Bastante falsa	6	20%
Totalmente falsa	1	3%
Total	30	100%

Nota: Cuestionario de Calidad de Vida SF-36, dirigida a los pacientes.

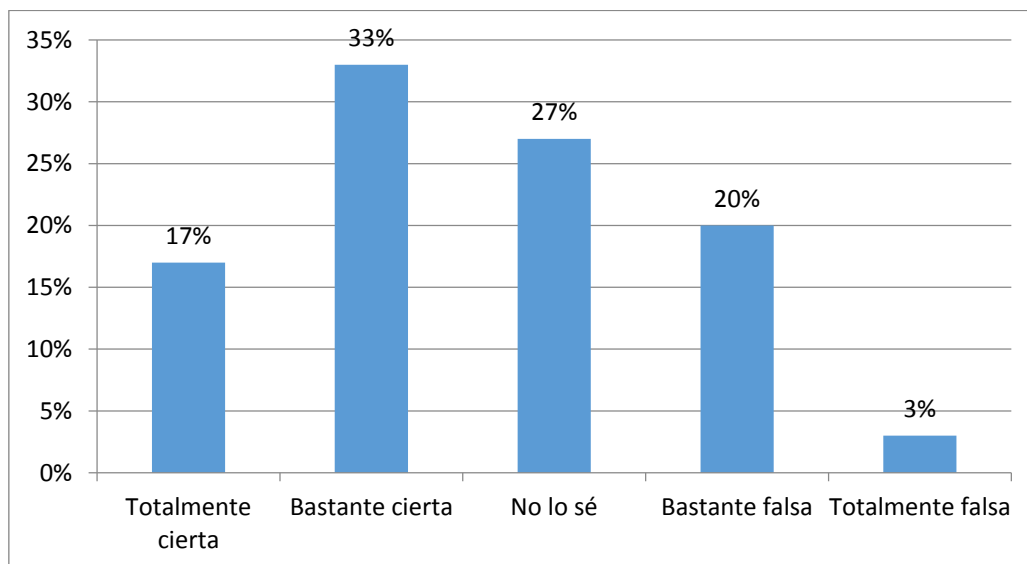


Figura 18 Percepción acerca de su estado actual

Análisis:

Respecto a esta pregunta, un 33% señaló que se enferma más fácilmente que otras personas, en cambio un 3% señala que no se enferma más fácilmente que otra persona; esto es debido a que, los pacientes en hemodiálisis, más aún los de tercera edad, son susceptibles a enfermedades, llamadas, oportunistas.

¿Hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales dificultan sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Tabla 20 Problemas emocionales y las relaciones interpersonales

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Nada	5	17%
Un poco	4	13%
Regular	6	20%
Bastante	10	33%
Mucho	5	17%
Total	30	100%

Nota: Cuestionario de Calidad de Vida SF-36, dirigida a los pacientes.

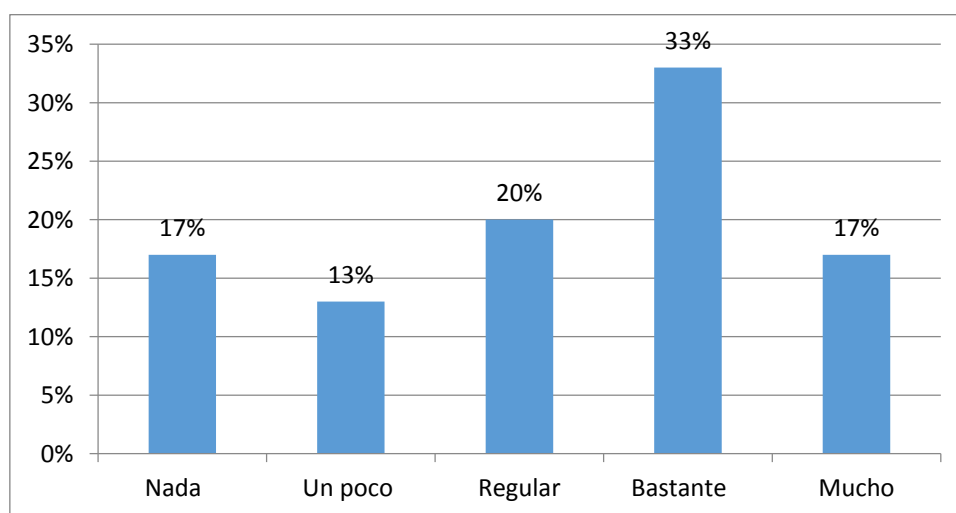


Figura 19 Problemas emocionales y las relaciones interpersonales.

Análisis:

Respecto a esta pregunta, un 33% señaló que la salud física y problemas emocionales le dificultan en sus actividades sociales, y un 13% señaló que un poco; los problemas emocionales provocan una vida sedentaria, entonces se produce un círculo vicioso, la enfermedad produce problemas emocionales y estos problemas empeoran la salud del paciente.

3.2 Discusión de resultados

Para el análisis y discusión de resultados, se presentan Tablas y figuras con sus respectivas lecturas, elaborados en Word y Excel, para luego, considerando los puntajes más altos y más bajos, poder responder a los objetivos generales planteados; al final tenemos las conclusiones para cada pregunta, las cuales nos brindaron una concepción general respecto al objetivo general, es decir, la calidad de vida en adultos mayores con insuficiencia renal crónica terminal que están en tratamiento de hemodiálisis.

En nuestro país no se conocen resultados de estudios sobre la calidad de vida en adultos mayores con tratamiento de hemodiálisis, el INEC ha realizado un acercamiento a aspectos sociodemográficos, ha considerado algunas valoraciones psicológicas en relación a su percepción respecto a su estado actual; en Latinoamérica se está estudiando el impacto de varias enfermedades, como la diabetes, la hipertensión arterial, en personas adultas, así como el envejecimiento de la población, causando esto un impacto importante en nuestra sociedad.

Al mirar de cerca la realidad que viven los adultos mayores con tratamiento de hemodiálisis, no podemos pensar en otra cosa, sino en brindarles apoyo social, afectivo y profesional a todas estas personas que además sufren de IRCT, en especial a quienes ya no tienen las mismas fuerzas y recursos para afrontar su situación presente y requieren de asistencia en sus familias y apoyo estatal, por todo lo que implica el tratamiento, además de los costos altos que se producen.

Los aportes teóricos se afirman luego de realizar nuestro estudio, puesto que, como se describió anteriormente por el aporte de Rubén Ardilla, los aspectos objetivos son importantes para considerar la calidad de vida, puesto que las condiciones materiales y físicas permiten disfrutarla de mejor manera, más lo subjetivo, que permite enfrentar su situación presente de una manera apropiada, motivándose a alcanzar nuevas metas, aunque sean a corto plazo.

Para entender esta calidad de vida es menester considerar el aporte del paciente, del familiar que lo atiende, así como del profesional de salud mental que trabaja de manera cercana con él, observando de cerca su estilo de afrontamiento a la enfermedad y aspectos resilientes, que les permitan esforzarse por continuar con su vida, de la manera más óptima posible.

CONCLUSIONES

Conforme a las encuestas realizadas en el Instituto del Riñón INRIDI “San Martín”, podemos concluir lo siguiente:

El tratamiento hemodialítico que reciben, de manera integral, los adultos mayores en el Instituto del Riñón INRIDI “San Martín”, tiene que ver con dos aspectos fundamentales, el primero es la hemodiálisis que reciben tres veces por semana, de los cuales el 97% asisten de manera responsable a lo sugerido; cuatro horas cada vez conectados a una máquina, de los cuales el 100% de pacientes, lo cumplen en una Unidad de Salud, en donde se cuenta con un equipo profesional multidisciplinario que los atiende y el segundo es la vida cotidiana, en la que participan, desde su hogar, las actividades diarias que realizan; aquí se observa la dieta y la prescripción médica que deben seguir, las cuales son cumplidas en un 100%, pero para todo esto, el apoyo de uno o varios familiares es fundamental.

La capacidad para la ejecución de actividades cotidianas en los adultos mayores con tratamiento de hemodiálisis, está determinada por dos aspectos, el primero tiene relación con lo que los familiares le permiten o no realizar a los pacientes, pues hay parientes que les permiten hacer de todo, exponiéndolos a accidentes, pero otros no permiten que los adultos mayores hagan algo, provocando sedentarismo en ellos; esto sucede debido a las experiencias reales vividas, por decir, un 80% de los pacientes requieren ayuda hasta para caminar solos; el segundo aspecto está en relación al estado emocional y anímico del paciente, pues generalmente están desmotivados a realizar actividades diferentes o nuevas, como se demostró, que el 33% de los adultos mayores, debido a sus problemas emocionales, les desmotiva a mantener buenas relaciones interpersonales.

Los familiares cumplen un rol importante en los adultos mayores, pues ellos brindan la oportunidad de que los pacientes disfruten de calidad de vida, según sus condiciones económicas, a pesar de que sufren insuficiencia renal crónica y están con tratamiento de hemodiálisis; los familiares brindan su tiempo, sus recursos, sus fuerzas, esperando que sus pacientes puedan alargar su sobrevida y tengan estabilidad física y emocional, para que así

puedan seguir disfrutando de una vida con bienestar, en nuestro grupo de estudio, el 100% de los pacientes siguen adelante, fruto de la ayuda y soporte familiar.

Los pacientes, adultos mayores en hemodiálisis perciben como personas con un estado de salud deteriorado, con una corta vida por delante, nuestro estudio nos dio como resultado, que el 50% de los pacientes se observa como personas propensas a enfermarse más fácilmente que otras, así mismo el 50% considera que su estado de salud es regular, esto produce baja disposición para continuar con su jornada de vida y a tener proyectos a corto plazo, debido a que continuamente sufren de dolores y agotamiento, también consideran que están próximos a morir, por las complicaciones de salud que padecen.

RECOMENDACIONES

Una vez realizado este estudio, se brindan las sugerencias necesarias para que los adultos mayores puedan mejorar su calidad de vida, en virtud de su bienestar general; éstas son:

Fomentar actividades lúdicas, tanto en la Unidad de Salud como en el hogar, mejorando el área cognitiva en los adultos mayores, obteniendo un momento de alegría; evitando, en ellos, pérdida de la memoria y que su mente encuentre un espacio vacío para los pensamientos de tristeza y muerte. Para esto, la Unidad de Salud, puede contratar terapeutas que realicen estas actividades periódicamente con los adultos mayores, de manera individual o grupal, así mismo los familiares pueden practicar juegos de mesa u otros similares, procurando integrar a todos los miembros de la familia.

Readecuar la casa en donde vive el paciente, los familiares deben invertir para que el adulto mayor pueda moverse con facilidad y realizar actividades sin mayores riesgos, en relación con el aseo personal, con la cocina, con el descanso; que necesite lo menos posible de la ayuda de un familiar o de su vigilancia constante para evitar algún golpe o caída en los pacientes; claro está, que el paciente no debería vivir solo, porque la compañía de un familiar

siempre será necesaria, mas sin embargo el paciente no debería depender de los parientes, hasta en las actividades más elementales.

Administrar mejor el tiempo del paciente; los familiares deben planificar actividades, semanalmente, para que el adulto mayor pueda disfrutar de varios momentos, tal cual lo realizaban antes, como viajar, visitar familiares, acudir a lugares de distracción, logrando disipar la mente del paciente, obteniendo una sonrisa en ellos, permitiendo también que compartan con otras personas sus historias y vivencias; logrando que el paciente pueda seguir disfrutar de su vida y de las cosas hermosas que ella le concede.

Planificar ejercicios y actividades ocupacionales para los paciente, tanto en la Unidad de Salud como en el hogar; para los ejercicios se debe disponer de un lugar adecuado, en una sala de la casa, en un parque, instituciones que brindan estas facilidades; las actividades ocupacionales, pueden ser, el tejer, hacer manualidades, confeccionar zapatillas, sombreros, es decir, actividades según sus posibilidades y que sean de su gusto, todo esto permitirá el bienestar individual, el tener metas, elcompartir con otras personas y realizar actividades que puedan disfrutar.

Es recomendable contar con instrumentos para estudiar la calidad de vida de manera integral, puesto que los actuales no nos brindan un resultado completo, sino de manera parcial, por tanto, se requiere establecer una batería que nos permita obtener información adecuada que nos brinde un acercamiento a varios elementos que nos permita estudiar el bienestar de los adultos mayores con tratamiento de hemodiálisis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albala, C., Lebrão, M. L., León Díaz, E. M., Ham-Chande, R., Hennis, A. J., Palloni, A., & Pratts, O. (2005). Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Revista Panam Salud Pública*, 17(5/6), 307-22.
2. Alfaro, N., Carothers, M., & González, Y. (2006). Autopercepción de calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. *Investigación en salud*. 152-7.
3. Alvarez-Ude, F. (2001). Factores asociados al estado de salud percivido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 14, 64-68.
4. Alvarez-Ude, F., Fernández-Reyes, M. J., R., Mon C., Iglesias, P., Vázquez, A.,... & Ziaja, K. (2000). Estado nutricional, comorbilidad e inflamación en hemodiálisis. *Nefrología*, 20(6), 540-9.
5. Alonso Galbán, P., Sansó Soberats, F. J., Díaz-Canel Navarro, A. M., Carrasco García, M., & Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(1).
6. Botero de Mejía, B. E., Merchán, P., & Eugenia, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 11-24.
7. Cabrera, Á. J. (2008). Perspectivas actuales en la asistencia sanitaria al adulto mayor. *Revista Panam Salud Pública*, [Internet]. 2008 [citado 6 abril 2013]; 24 (4); [aprox. 15p].
8. Contreras Abad, M., Rivero Arellano, M., Jurado Torres, M., & Crespo Montero, R. (2004). Perfil actual del paciente en hemodiálisis hospitalaria: Análisis de sus necesidades. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 7(1), 56-61.

9. Del Mar García-Calvente, M., Mateo-Rodríguez, I., & Maroto-Navarro, G. (2011). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gacsanit*, 18(Supl 2), 83-92.
10. Dueñas, E., Martínez, M. A., Morales, B., Muñoz, C., Viáfara, A. S., & Herrera, J. A. (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia Médica*, 37(Supl 1), 31-38.
11. Dueñas González, D., Bayarre Vea, H. D., Triana Alvarez, E., & Rodríguez Pérez, V. (2009). Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25(2), 0-0.
12. Durán, D., Orbegoz Valderrama, L. J., Uribe-Rodríguez, A. F., & Uribe Molina, J. M. (2008). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores *UniversitasPsychologica* 7(1), 263-270.
13. Espín Andrade, A. M. (2008). Caracterización Psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(3), 0-0.
14. Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Intervención psicosocial*, 6(1), 21-35.
15. Fernández-Ballesteros, R., & Anton, A. M. (1993). Calidad de vida en la vejez. *Intervención Social*, 5, 77, 94.
16. Figueredo Ferrer, N., Arcias Madera, R. C., & Díaz Pita, G. (2003). Caracterización del adulto mayor en la comunidad. *Revista cubana de Enfermería*, 19(3), 0-0.
17. García Melián, M., & Terry Berro, C. C. (1997). Características químicas de las aguas destinadas a la hemodiálisis en hospitales de Cuba. *Revista Cubana de higiene y Epidemiología*, 35(1), 7-10.

18. García, R. F. B., Casinello, M. D. Z., Bravo, M. D. L., Nicolás, J. D., López, P. M., & Del Moral, R. S. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641-647.
19. García-Calvente, M. D. M., Mateo Rodríguez, I., & Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta sanitaria*, 18, 83-92.
20. García-Viniegras, C. R. V., Gonzales Blanco, M., Fernández Garrido, J., & Ruiz Ros, V. (2005). Calidad de vida y salud en la tercera edad. Una actualización del tema. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8(3).
21. Gómez, M., & Sabeh, E. (2001). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.
22. Gutiérrez Reyes, J. G., Serralde Zúñiga, A., & Guevara Cruz, M. (2007). Prevalencia de desnutrición del adulto mayor al ingreso hospitalario. *Nutrición Hospitalaria*, 22(6), 1199-1204.
23. Guzmán, J. M. (2002). *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe* (Vol. 28). United Nations Publications.
24. Guzmán, J. M., Huenchuan, S., & Montes de Oca, V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de población*, 77, 35-70.
25. Labos, E., Del Río, M., & Zabala, K. (2009). Perfil de desempeño lingüístico en el adulto mayor. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 13, 1-13.
26. Hernández Meca, M., Ochando García, A., Mora Canales, J., Lorenzo Martínez, S., & López Revuelta, K. (2005). Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: Objetivo de calidad asistencial en enfermería. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 8(2), 90-96.

27. Hoyl, T., Valenzuela, E., & Marín, P. P. (2000). Depresión en el adulto mayor. Evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento del tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Revista médica de Chile*, 128(11), 1199-1204.
28. Inga Aranda, J., & Vara Horna, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Universitas Psychologica*, 5(3), 475-486.
29. Martín Chacón, E., Martín Álvarez, M., Sánchez Calzado, M., Banegas Sultán, V., Gil del Reino, O., Menayo Gómez, J., ... & Barroso Hernández, S. (2008). Incidencia de bacteriemia en pacientes portadores de catéter permanentes tunelizado para hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 11(14), 277-281.
30. Méndez Chacón, P., Vidalón, A., & Vildosola, H. (2005). Factores de riesgo de hepatitis C en hemodiálisis y su impacto en la lista de espera para trasplante renal. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 25(1), 12-18.
31. Mendoza, S., Muñoz, M., Merino, J. M., & Barriga, O. A. (2006). Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. *Revista médica de Chile*, 134(1), 65-71.
32. Montes, M. L. (2009). Calidad de vida. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 18(1), 5-6.
33. Mora, M., Araya, G., & Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género ya la práctica de la actividad físico recreativa. *MHSALUD: Revista en Ciencias del Movimiento Humano y Salud*, 1(1).
34. Moreno Núñez, E., Arenas Jiménez, M., Porta Bellmar, EscalantCalpena, L., Cantó García, M., Castell García, G.,... & Cases Iborra, J. M. (2004). Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 7(4), 17-25.

35. Muñoz Sancho, R., Oto Royo, A., Barrio Alonso, R., & Fernández, M. (2006). Evolución de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis: estudio prospectivo a un año. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 9(1), 55-58.
36. Pascual, R., & Andreu, L. (1990). Programa de educación sanitaria del paciente en hemodiálisis. In *Libro de Comunicaciones del XV Congreso de la SEDEN*. Bilbao.
37. Pérez-García, R. (2001). Pacientes geriátricos en hemodiálisis. *Diálisis en el anciano*. *Rev. Soc. Esp. Enferm, Nefrol*, 64-73.
38. Periago, M. R. (2005). Calidad de vida y longevidad: un nuevo reto para la salud pública en las Américas. *RevPanam Salud Pública*, 17(5/6), 295.
39. Ramírez-Vélez, R. Agredo, R. A., Jerez, A. M., & Chapal, L. Y. (2008). Calidad de vida y condiciones de salud en adultos mayores no institucionalizados en Cali, Colombia. *Rev Salud Pública (Bogotá)*, 10(4), 529-36.
40. Restrepo, S. L., Morales, R. M., Ramírez, M. C. C., López, M. V., & Varela, L. E. (2006). Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorante en salud. *Revista chilena de nutrición*, 33(3), 500-510.
41. Roca Tey, R. (2010). El acceso vascular para hemodiálisis: la asignatura pendiente. *Nefrología (Madrid)*, 30(3), 21-24.
42. Rodríguez, A. F. U., Orbegozo, A. J. V., & Linde, J. M. M. (2007). Salud objetiva y salud psíquica en adultos colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*.
43. Sánchez Gil, I. Y., & Pérez Martínez, V. T. (2008). El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. *Revista cubana de medicina general integral*, 24(2), 0-0.
44. Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09-21.

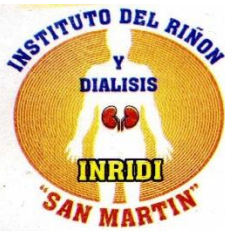
45. Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Mundo-Rosas, V., Morales-Ruán, C., Cervantes-Turrubiates, L., & Villalpando-Hernández, S. (2008). Estado de salud y Nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional salud pública de México, 50(5), 383-389.
46. Suárez, R., & Pescetto, C. (2005). Sistema de protección Social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe. *RevPanam Salud Publica*, 17(5/6), 419-28.
47. Torres Rojas, V. T., Esnard Bolaños, S.C., Guillermo Sánchez, S. M., & Díaz Rosas, O. (1999). Estudio microbiológico del agua para hemodiálisis. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 37(1), 21-24.
48. Trujillo, S., Tovar, C., & Lozano, M. (2004). Formulación de un modelo teórico de la calidad de vida desde la psicología. *UniversitasPsychologica*, 3(1), 89-98.
49. Vera, M. (2007, September). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 68, No. 3, pp. 284-290). UNMSM. Facultad de Medicina.
50. Victoria García-Viniegras, C. R., & González Benítez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista cubana de medicina general integral*, 16(6), 586-592.
51. Wong, R., Espinoza, M., & Palloni, A (2007). Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. *Salud pública de México*, 49, s436-s447.
52. Zúñiga, S. M., Dapuetto, J., Müller, H., Kirsten, L., Alid, R., & Ortiz, L. (2009). Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario "kidneyDiseaseQuality of Life (KDQOL-36)". *Revista médica de Chile*, 137(2), 200-2007.
53. http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=360%3Aen-el-ecuador-hay-1229089-adultos-mayores-28-se-siente-desamparado&catid=68%3ABoletines&Itemid=51&lang=es

ANEXOS

ANEXO 1

CARTA DE AVAL

INSTITUCIONAL



INSTITUTO DEL RIÑON Y CENTRO DE DIALISIS SAN MARTIN
INRIDI SAN MARTIN S.A.
Prestador Privado de Servicios de Salud

Guayaquil, 27 de Julio del 2015

Msc. María Quinde Reyes
Decana Facultad de Psicología
Universidad de Guayaquil
Presente.

De mis consideraciones.

Por medio de la presente deseo certificar que el señor PS. CL. CHRISTIAN GIOVANNI MONTERO ANDRADE, con cédula de identidad 0913450102, ha realizado su tesis de maestría, en nuestra institución, con el tema:

“CARACTERIZACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN EL INSTITUTO DEL RIÑON INRIDI SAN MARTÍN”

Nosotros hemos brindado las facilidades para que, el psicólogo en mención, pueda realizar su trabajo de titulación en las instalaciones de INRIDI “San Martín”.

Agradeciéndoles la atención a la presente, quedo de ustedes.

Atentamente


LODA ANGELA BUENAIRE
SUBDIRECTORA
INRIDI “SAN MARTÍN”



ANEXO 2

INSTRUMENTOS



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF - 36
INSTITUTO DEL RIÑÓN INRIDI "SAN MARTÍN"

1. DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Edad: _____ Sexo: (M) (F)

2. CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF - 36

Cuestionario de Calidad de Vida aplicado a Pacientes con una enfermedad terminal, en el contexto de la investigación clínica.

Indicaciones:

1. La encuesta consta de 36 preguntas con varias alternativas.
2. Valore las siguientes situaciones, pensando en que sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.
3. Al responder deberá escoger una de las alternativas.

1. En general, usted diría que su salud es:

1 Excelente _	2 Muy buena _	3 Buena _	4 Regular _	5 Mala _
---------------	---------------	-----------	-------------	----------

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1 Mucho mejor ahora que hace un año ___
2 Algo mejor ahora que hace un año ___
3 Más o menos igual que hace un año ___
4 Algo peor ahora que hace un año ___
5 Mucho peor ahora que hace un año ___

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 Sí, me limita mucho _	2 Sí, me limita un poco _	3 No, no me limita nada _
-------------------------	---------------------------	---------------------------

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1 Sí, me limita mucho _	2 Sí, me limita un poco _	3 No, no me limita nada _
-------------------------	---------------------------	---------------------------

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1 Sí, me limita mucho _	2 Sí, me limita un poco _	3 No, no me limita nada _
-------------------------	---------------------------	---------------------------

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1 Sí, me limita mucho _	2 Sí, me limita un poco _	3 No, no me limita nada _
-------------------------	---------------------------	---------------------------

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1 Sí, me limita mucho _	2 Sí, me limita un poco _	3 No, no me limita nada _
-------------------------	---------------------------	---------------------------

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1 Sí, me limita mucho _	2 Sí, me limita un poco _	3 No, no me limita nada _
-------------------------	---------------------------	---------------------------

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1 Sí, me limita mucho _	2 Sí, me limita un poco _	3 No, no me limita nada _
-------------------------	---------------------------	---------------------------

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1 Sí, me limita mucho _	2 Sí, me limita un poco _	3 No, no me limita nada _
-------------------------	---------------------------	---------------------------

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1 Sí, me limita mucho _	2 Sí, me limita un poco _	3 No, no me limita nada _
-------------------------	---------------------------	---------------------------

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1 Sí, me limita mucho _	2 Sí, me limita un poco _	3 No, no me limita nada _
-------------------------	---------------------------	---------------------------

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí _	2 No _
--------	--------

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 Sí _	2 No _
--------	--------

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí _	2 No _
--------	--------

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí _	2 No _
--------	--------

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí _	2 No _
--------	--------

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí _	2 No _
--------	--------

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí _	2 No _
--------	--------

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada _	2 Un poco _	3 Regular _	4 Bastante _	5 Mucho _
----------	-------------	-------------	--------------	-----------

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 No, ninguno _	2 Sí, muy poco _	3 Sí, un poco _	4 Sí, moderado _	5 Sí, mucho _	6 Sí, muchísimo _
-----------------	------------------	-----------------	------------------	---------------	-------------------

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada _	2 Un poco _	3 Regular _	4 Bastante _	5 Mucho _
----------	-------------	-------------	--------------	-----------

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre _	2 Casi siempre _	3 Muchas veces _	4 Algunas veces _	5 Sólo alguna vez _	6 Nunca _
-------------	------------------	------------------	-------------------	---------------------	-----------

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 Siempre _	2 Casi siempre _	3 Muchas veces _	4 Algunas veces _	5 Sólo alguna vez _	6 Nunca _
-------------	------------------	------------------	-------------------	---------------------	-----------

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1 Siempre _	2 Casi siempre _	3 Muchas veces _	4 Algunas veces _	5 Sólo alguna vez _	6 Nunca _
-------------	------------------	------------------	-------------------	---------------------	-----------

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 Siempre _	2 Casi siempre _	3 Muchas veces _	4 Algunas veces _	5 Sólo alguna vez _	6 Nunca _
-------------	------------------	------------------	-------------------	---------------------	-----------

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 Siempre _	2 Casi siempre _	3 Muchas veces _	4 Algunas veces _	5 Sólo alguna vez _	6 Nunca _
-------------	------------------	------------------	-------------------	---------------------	-----------

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 Siempre _	2 Casi siempre _	3 Muchas veces _	4 Algunas veces _	5 Sólo alguna vez _	6 Nunca _
-------------	------------------	------------------	-------------------	---------------------	-----------

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 Siempre _	2 Casi siempre _	3 Muchas veces _	4 Algunas veces _	5 Sólo alguna vez _	6 Nunca _
-------------	------------------	------------------	-------------------	---------------------	-----------

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1 Siempre _	2 Casi siempre _	3 Muchas veces _	4 Algunas veces _	5 Sólo alguna vez _	6 Nunca _
-------------	------------------	------------------	-------------------	---------------------	-----------

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1 Siempre _	2 Casi siempre _	3 Muchas veces _	4 Algunas veces _	5 Sólo alguna vez _	6 Nunca _
-------------	------------------	------------------	-------------------	---------------------	-----------

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1 Siempre _	2 Casi siempre _	3 Algunas veces _	4 Sólo alguna vez _	5 Nunca _
-------------	------------------	-------------------	---------------------	-----------

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 Totalmente cierta _	2 Bastante cierta _	3 No lo sé _	4 Bastante falsa _	5 Totalmente falsa _
-----------------------	---------------------	--------------	--------------------	----------------------

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1 Totalmente cierta _	2 Bastante cierta _	3 No lo sé _	4 Bastante falsa _	5 Totalmente falsa _
-----------------------	---------------------	--------------	--------------------	----------------------

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 Totalmente cierta _	2 Bastante cierta _	3 No lo sé _	4 Bastante falsa _	5 Totalmente falsa _
-----------------------	---------------------	--------------	--------------------	----------------------

36. Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta _	2 Bastante cierta _	3 No lo sé _	4 Bastante falsa _	5 Totalmente falsa _
-----------------------	---------------------	--------------	--------------------	----------------------

FUNCIÓN FÍSICA ___

FUNCIÓN SOCIAL ___

LIMITACIONES DEL ROL: PROBLEMAS FÍSICOS ___

LIMITACIONES DEL ROL: PROBLEMAS EMOCIONALES ___

SALUD MENTAL ___

VITALIDAD ___

DOLOR ___

PERCEPCIÓN DE LA SALUD GENERAL ___

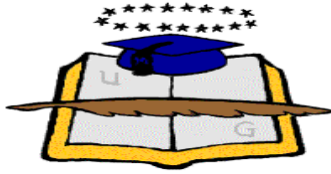
CAMBIO DE LA SALUD EN EL TIEMPO ___

APRECIACIÓN PSICOLÓGICA:

ÍNDICE DE KARNOFSKY

Esta escala se respalda en la observación y la entrevista para medir la capacidad de realizar actividades cotidianas y si puede desenvolverse solo, a pesar de tener IRCT y estar en tratamiento de hemodiálisis.

CATEGORÍAS GENERALES	GRADO	ACTIVIDAD
Capaz de realizar actividades normales, no requiere cuidados especiales	100	Actividad normal, sin evidencia de enfermedad
	90	Actividad normal, signos y síntomas leves de enfermedad
	80	Actividad normal con esfuerzo, algunos signos y síntomas de enfermedad
Incapaz de trabajar, puede vivir en casa y autocuidarse con ayuda considerable	70	Cuida de sí mismo pero es capaz de llevar a cabo una actividad o trabajo normal.
	60	Necesita ayuda ocasional de otros pero es capaz de cuidar de sí mismo para la mayor parte de sus necesidades.
	50	Requiere ayuda considerable de otros y cuidados especiales frecuentes.
Incapaz de autocuidarse, requiere cuidados especiales, susceptible de hospitalización, probable avance rápido de la enfermedad	40	Incapacitado, requiere cuidados especiales.
	30	Severamente incapacitado, indicación de hospitalización aunque no hay indicios de muerte inminente.
	20	Gravemente enfermo, necesita asistencia activa de soporte
	10	Moribundo
	0	Fallecido



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS FAMILIARES DEL ADULTO MAYOR

INSTITUTO DEL RIÑÓN INRIDI "SAN MARTÍN"

1. DATOS DEL PACIENTE Y CUIDADOR

Trabaja: (SI) (NO) Jubilado: (SI) (NO)

Usted cuida al paciente: (SI) (NO) Relación familiar con el paciente: _____

2. DATOS DEL TRATAMIENTO

Cuántas veces asiste su pariente cada semana a hemodiálisis: ____

Cuántas horas de tratamiento le realizan cada vez a su pariente: ____

Su pariente toma ordenadamente los fármacos sugeridos: (SÍ) (NO)

Su pariente sigue dieta según se le ha sugerido: (SÍ) (NO)

3. PREGUNTAS

Esta encuesta está dirigida a familiares de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, para su aplicación en el contexto de la investigación clínica.

Indicaciones:

1. La encuesta consta de 10 preguntas con cinco alternativas.
2. Valore las siguientes situaciones, pensando en la calidad de vida de su familiar desde que está en tratamiento de hemodiálisis.
3. Al responder deberá escoger una de las alternativas.
4. La escala será la siguiente:

S: Siempre MV: Muchas veces LM: La mitad de las veces

PV: Pocas veces N: Nunca

	PREGUNTAS	S	MV	LM	PV	N
1	Su pariente tiene buen ánimo a pesar de la enfermedad					
2	Su pariente realiza actividades cotidianas igual que antes					
3	Su pariente se cuida solo					
4	Su pariente realiza actividades sin ayuda de un familiar					
5	Su pariente disfruta de las cosas cotidianas de la vida					
6	Su pariente agradece la ayuda que usted y otros familiares le brindan					
7	Su pariente desea realizar actividades que antes no hacía.					
8	Su pariente desea mejorar la relación familiar					
9	Su pariente está con deseos de vivir más años					
10	Su pariente disfruta de los alimentos que le brindan					

ENCUESTA APLICADA



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS FAMILIARES DEL ADULTO MAYOR INSTITUTO DEL RIÑÓN INRIDI "SAN MARTÍN"

1. DATOS DEL PACIENTE Y CUIDADOR

Trabaja: (SI) (NO) Jubilado: (SI) (NO)

Usted cuida al paciente: (SI) (NO) Relación familiar con el paciente: HIJA

2. DATOS DEL TRATAMIENTO

Cuántas veces asiste su pariente cada semana a hemodiálisis: 3

Cuántas horas de tratamiento le realizan cada vez a su pariente: 4

Su pariente toma ordenadamente los fármacos sugeridos: (SI) (NO)

Su pariente sigue dieta según se le ha sugerido: (SI) (NO)

3. PREGUNTAS

Esta encuesta está dirigida a familiares de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, para su aplicación en el contexto de la investigación clínica.

Indicaciones:

1. La encuesta consta de 10 preguntas con cinco alternativas.
2. Valore las siguientes situaciones, pensando en la calidad de vida de su familiar desde que está en tratamiento de hemodiálisis.
3. Al responder deberá escoger una de las alternativas.
4. La escala será la siguiente:

S: Siempre MV: Muchas veces LM: La mitad de las veces
 PV: Pocas veces N: Nunca

	PREGUNTAS	S	MV	LM	PV	N
1	Su pariente tiene buen ánimo a pesar de la enfermedad			X		
2	Su pariente realiza actividades cotidianas igual que antes				X	
3	Su pariente se cuida solo				X	
4	Su pariente realiza actividades sin ayuda de un familiar				X	
5	Su pariente disfruta de las cosas cotidianas de la vida			X		
6	Su pariente agradece la ayuda que usted y otros familiares le brindan			X		
7	Su pariente desea realizar actividades que antes no hacía.			X		
8	Su pariente desea mejorar la relación familiar			X		
9	Su pariente está con deseos de vivir más años			X		
10	Su pariente disfruta de los alimentos que le brindan			X		

ANEXO 3

FOTOS

UNIDAD DE SALUD



ADULTOS MAYORES EN HEMODIÁLISIS



ANEXO 4

CERTIFICADO DE REVISIÓN

ANTIPLAGIO



Document [TESIS C MONTERO CONTENIDO.docx](#) (D14982807)

Submitted 2015-07-24 13:57 (-05:00)

Submitted by nadia.soriam@ug.edu.ec

Receiver jose.rodasp.ug@analysis.orkund.com

Message TESIS C MONTERO [Show full message](#)

2% of this approx. 18 pages long document consists of text present in 2 sources.



100%

Active

INTRODUCCIÓN El estudio de la calidad de vida es, sin dudas, un tema complejo y sobre el cual los científicos sociales no han logrado un consenso; la categoría calidad de vida no es nueva y desde la segunda mitad de los años 60 el concepto empezó a aparecer sistemáticamente en la literatura científica, consolidándose durante los años 70.