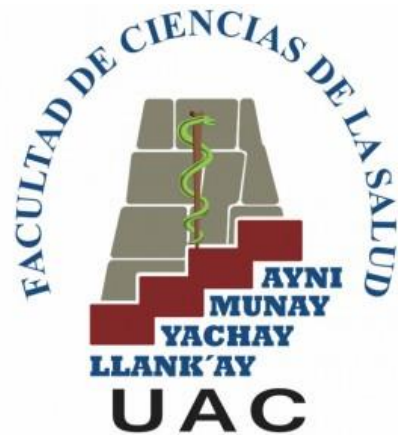




UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

“NIVEL DE AUTOESTIMA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL
ANTONIO LORENA CUSCO 2019”.

Presentado por la Bachiller:

CALLAÑAUPA ALAGÓN,
ANGÉLICA YESENIA

Para optar al Título Profesional de:
Licenciada en Enfermería

Asesor:

Dr. Luis A. Chihuantito Abal.

CUSCO – PERÚ

2021



DEDICATORIA

A mis queridos padres Dandí y Celedonia por todo su amor y comprensión por haberme brindado todo su esfuerzo durante toda mi carrera profesional y ser mi fuente de inspiración para seguir logrando más objetivos.

Con todo cariño para mi hermano Dante que ha estado junto a mí brindándome todo su apoyo y ser un ejemplo para él.

La Bachiller.



AGRADECIMIENTO

A Dios quien ha guiado mi camino, por estar siempre presente dándome esa fortaleza para seguir adelante pese a las adversidades.

A la Universidad Andina del Cusco por haberme brindado la mejor formación profesional, para ser una profesional competente.

Al Dr. Luis Chihuantito Abal, por el asesoramiento del presente trabajo de investigación.

A Mgt. Edo Gallegos y la Mgt. Sdenka Caballero por su apoyo y haberme brindado sus aportes en la elaboración de este proyecto.

A la unidad de Hemodiálisis del Hospital Antonio Lorena a todo el personal por haberme brindado todo el apoyo y las facilidades para poder realizar el presente trabajo de investigación.

A la Lic. María Julia García jefa de la unidad de Hemodiálisis por darme todo su apoyo y las facilidades en el transcurso de la investigación.

La Bachiller.



PRESENTACIÓN

Señor.

Dra. Yanet Castro Vargas.

Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco.

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, pongo a vuestra consideración la tesis, **“NIVEL DE AUTOESTIMA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO 2019”**; presentado para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería, conforme a lo establecido por la Ley Universitaria.

Esperando que el presente trabajo de investigación constituya un aporte para futuros trabajos de investigación.

La Bachiller.



RESUMEN

El presente estudio tuvo por objetivo determinar el “NIVEL DE AUTOESTIMA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO 2019”. La metodología tuvo un enfoque cuantitativo de nivel descriptivo con diseño no experimental y transversal. La muestra estuvo conformada por 42 pacientes que recibieron tratamiento en esta unidad. Para evaluar el nivel de autoestima se aplicó el cuestionario de Autoestima de Rosenberg y para estimar la Calidad de vida se usó el Cuestionario SF-36. Del análisis estadístico se obtuvo: 46,7% de pacientes tienen más de 60 años, 56,7% son mujeres y 93,3% proceden de la ciudad del Cusco, además 56,7% de estos pacientes recibieron hemodiálisis menos de un año, 46,7% son casados y 40% cuentan con secundaria completa. Las dimensiones que midieron la calidad de vida señalan que 73,3% de los pacientes calificaron tanto su salud general como su función y rol físico como malo, las dimensiones emocional y vitalidad también indican una mala calidad de vida en el 66,7% de los pacientes, además 56,7% de los pacientes posee una función física, social y dolor corporal mala y una salud mental regular en el 50% de los pacientes; concluyendo que además de que 50% de los pacientes tienen una autoestima baja, cuentan también con una mala calidad de vida en la mayoría de los casos; infiriendo que estos factores inciden de manera negativa en la recuperación de los pacientes, además de influir en la continuidad de sus tratamientos y la prolongación de los mismos.

PALABRAS CLAVE: Nivel de autoestima, Calidad de vida, Hemodiálisis.



ABSTRACT

The present study aimed to determine the "LEVEL OF SELF-ESTEEM AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WHO GO TO THE HEMODIALYSIS UNIT AT HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO 2019". The methodology had a descriptive-level quantitative approach with a non-experimental and cross-sectional design. The sample consisted of 42 patients who received treatment in this unit. To assess the level of self-esteem, the Rosenberg Self-esteem questionnaire was applied and the SF-36 Questionnaire was used to estimate the Quality of Life. From the statistical analysis it was obtained: 46.7% of patients are over 60 years old, 56.7% are women and 93.3% come from the city of Cusco, in addition 56.7% of these patients received hemodialysis for less than a year 46.7% are married and 40% have completed high school. The dimensions that measured quality of life indicate that 73.3% of the patients rated their general health as well as their function and physical role as bad, the emotional and vitality dimensions also indicate a poor quality of life in 66.7% of In addition, 56.7% of the patients have poor physical, social and body pain function and regular mental health in 50% of the patients; concluding that in addition to 50% of patients having low self-esteem, they also have a poor quality of life in most cases; inferring that these factors negatively affect the recovery of patients, in addition to influencing the continuity of their treatments and their prolongation.

KEYWORDS: Level of self-esteem, Quality of life, Hemodialysis.



INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal crónica es una pérdida gradual de la función de filtrado de desechos y excesos de líquidos en la sangre por parte de los riñones. Esta enfermedad está presente en gran número de personas y presenta una evolución gradual e irreversible generando complicaciones y perjuicios para los pacientes que lo presentan. La insuficiencia renal crónica es considerada una de las patologías sin expectativa de cura y una de las patologías de evolución rápida y progresiva, desencadenando diversas reacciones para los pacientes, además de comprometer la calidad de vida.

La insuficiencia renal crónica y el tratamiento de la hemodiálisis desencadenan diversas situaciones para el paciente, comprometiendo varios aspectos relacionados con la salud, por lo tanto, se producen alteraciones en la vida del paciente como el aislamiento social, disminución de las actividades físicas, dependencia y sentimiento de miedo, surgiendo de este modo la inseguridad por sí mismo.

La autoestima y la calidad de vida son conceptos fundamentales en la vida del humano, cuando estas se ven afectadas de forma negativa, nacen sentimientos de desesperanza y anhelo de muerte en pacientes con enfermedades terminales decayendo en un estado de sentimientos nocivos los que pueden o no estar relacionados.

Es así que nace el siguiente proyecto de investigación con el objetivo de determinar el Nivel de autoestima y Calidad de vida en pacientes que acuden a la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Antonio Lorena Cusco, 2019.

La estructura de la presente investigación se detalla a continuación:

CAPÍTULO I EL PROBLEMA: Comprende la caracterización del problema, formulación del problema, objetivos, variables de estudio, operacionalización de las variables de estudio, justificación, limitaciones del estudio y consideraciones éticas.



CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO: Constituido por los antecedentes del estudio, bases teóricas y la definición de términos.

CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO: Donde se presenta el tipo de investigación, línea de investigación, población y muestra, criterios de inclusión y exclusión, técnica e instrumento, validación y confiabilidad de instrumento, procedimiento de recolección y análisis de datos.

CAPÍTULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

Donde se presenta el análisis e interpretación de cada gráfico para dar respuesta a cada objetivo de la presente investigación, además se presentan las conclusiones y sugerencias.

Finalmente, las referencias bibliográficas y los anexos.



ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

PRESENTACIÓN

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DE PROBLEMA	4
1.3. OBJETIVOS	4
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	4
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
1.4. VARIABLES	4
1.4.1. VARIABLES IMPLICADAS	4
1.4.2. VARIABLES NO IMPLICADAS	4
1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	6
1.6. JUSTIFICACIÓN	10
1.7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	10
1.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	11

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	12
2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL	12



2.1.2. A NIVEL NACIONAL.....	15
2.1.3. A NIVEL LOCAL.....	19
2.2. BASES TEÓRICAS.....	22
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	47
CAPÍTULO III	
DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	48
3.2. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.....	48
3.3. POBLACIÓN MUESTRAL.....	48
3.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:.....	48
3.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....	48
3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO.....	49
3.4.1. TÉCNICA:.....	49
3.4.2. INSTRUMENTO.....	49
3.4.3. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.....	50
3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	51
CAPÍTULO IV	
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	
CONCLUSIONES.....	69
SUGERENCIAS.....	70
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	72
ANEXOS.....	77



ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1	EDAD DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019	53
GRÁFICO N° 2	SEXO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019	54
GRÁFICO N° 3	LUGAR DE RESIDENCIA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019	55
GRÁFICO N° 4	TIEMPO DE TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019	56
GRÁFICO N° 5	ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019	57
GRÁFICO N° 6	GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019	58
GRÁFICO N° 7	NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019 SEGÚN LA ESCALA DE ROSEMBERG	59
GRÁFICO N° 8	CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN DE SALUD GENERAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019	60
GRÁFICO N° 9	CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN FUNCIÓN FÍSICA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019.	61



GRÁFICO N° 10	CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN ROL FÍSICO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019	62
GRÁFICO N° 11	CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN ROL EMOCIONAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019	63
GRÁFICO N° 12	CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN FUNCIÓN SOCIAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019	64
GRÁFICO N° 13	CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN DOLOR CORPORAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019	65
GRÁFICO N° 14	CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN VITALIDAD DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019	66
GRÁFICO N° 15	CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN SALUD MENTAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019	67
GRÁFICO N° 16	CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019	68



CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

La enfermedad renal o insuficiencia renal crónica, se relaciona con la pérdida gradual de la función renal. En otras palabras, esta enfermedad crónica impide que los riñones filtren los desechos y el exceso de líquidos de la sangre que luego son excretados en la orina. Se entiende que existen niveles peligrosos de líquidos o electrolitos, pues estos desechos pueden acumularse en el cuerpo afectando el sistema urinario.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que la insuficiencia renal crónica afecta a cerca del 10% de la población mundial, además menciona que esta enfermedad puede ser prevenida, pero no tiene cura; considerándose como una enfermedad progresiva, silenciosa ya que no presenta una serie de síntomas hasta etapas avanzadas. Además, tratamientos para esta enfermedad referidos a la diálisis y el trasplante de riñón son altamente costosas e invasivas; por lo que en muchos países carecen de recursos suficientes para adquirir los equipos necesarios o cubrir estos tratamientos, asimismo la cantidad de especialistas no están disponibles y son insuficientes¹.

Según datos de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH), indican que aproximadamente 613 personas por millón de habitantes ingresaron a un programa de tratamiento de sustitución renal en el año 2011 tomando opciones como Hemodiálisis (HD), Diálisis Peritoneal (DP), trasplante renal.²

¹ Organización Mundial de la Salud. La carga global de la insuficiencia renal y los objetivos de desarrollo sostenible. [Online] 2015; [Citado 15/05/2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542:2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es

² Organización Panamericana de la Salud. La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento. [internet] 2015 [Citado 07/12/2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542:2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es



En Perú, se estima que más del 50% de la población potencialmente requiere algún tipo de Terapia de remplazo renal y no la está recibiendo. Existen regiones del país donde el Ministerio de Salud (MINSA) no cuenta con centros de diálisis en sus hospitales para el manejo de estos pacientes, ni con nefrólogos para su atención.³

La prevalencia de la enfermedad renal en etapa terminal se está incrementado considerablemente impulsada por el envejecimiento de la población y el incremento de la prevalencia de la diabetes mellitus e hipertensión. Dentro de las causas específicas de mortalidad en el Perú en 2012, la insuficiencia renal constituyó una de las 10 primeras causas de muerte representando el 3,3% de las defunciones a nivel nacional. Las regiones de Puno, Apurímac, Huancavelica, Cusco, Ayacucho y Moquegua son las que tienen mayor mortalidad por enfermedad renal crónica. Según regiones naturales, la tasa de mortalidad ajustada para el período del 2000-2012 fue marcadamente superior en los departamentos de la sierra (155 por cien mil habitantes) en comparación con los de la costa (113 por cien mil) y selva (85 por cien mil).⁴

Según el análisis de situación de salud del 2015 y los datos obtenidos de la encuesta NHANES de EEUU, se menciona que, en nuestro país, 2 507 121 individuos tendrían enfermedad renal crónica (ERC) en fase pre-dialisis, mientras que 19197 individuos tendrían ERC en etapa terminal requiriendo alguna terapia de reemplazo renal, así mismo aproximadamente 7778 pacientes no reciben atención por parte del Seguro Integral de salud. los cuales requieren un tratamiento médico constante de diálisis, requiriendo incluso un trasplante renal.⁵

La aparición de la enfermedad renal en la vida de una persona supone una situación de crisis, un acontecimiento angustiante, que en mayor o menor medida

³ Herrera P, Pacheco J, Taype A. La enfermedad renal crónica en el Perú revisión narrativa de los artículos científicos publicados [Artículo de Revista]. Acta Med Perú. 2017 abril; 33(130-137)

⁴ Médicos especialistas. Enfermedad renal crónica. [Online]; 2013 [Citado 14/07/2019]. Disponible en <http://www.lainformacion.com/salud/pediatrica/laenfermedad-renal-cronicaafecta-al-10-de-la-poblacion>.

⁵ Sociedad Peruana de Nefrología. [Internet], Lima 2015 [Citado 14/ 07/ 2019].

Disponible

<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/renace/JornadaCientifica/miercoles21/ASISCNEPCE.pdf>.

en:



produce un impacto en la vida del sujeto y una ruptura de su comportamiento y modo de vida habitual, generando una situación de desequilibrio, tanto en él como en su entorno familiar y con la sociedad. Estos cambios afectan el estado de salud y calidad de vida del paciente renal crónico.⁶

En el Hospital Antonio Lorena del Cusco en el Servicio de Hemodiálisis se atiende a un número considerable de pacientes con la enfermedad renal crónica provenientes de diferentes lugares del departamento de Cusco. A través de un diálogo con el personal del servicio de Hemodiálisis mediante una entrevista, consideran que entre los años 2018 y 2019 tuvieron en promedio 60 pacientes que fueron diagnosticados con insuficiencia renal crónica; por consiguiente, al periodo 2019 este servicio viene atendiendo ambulatoriamente a 50 pacientes que se dializan de lunes a sábado cada dos o tres días a la semana, realizado de tres a cuatro horas, lo cual se convierte en una rutina desagradable y agotadora, ocasionando limitaciones y cambios en muchos aspectos de la vida del paciente; por ello, durante las actividades asistenciales se han observado que los pacientes se ven enfrentados a diversas dificultades relacionados a muchos aspectos de su vida, pues se les observa tristes, molestos, poco comunicativos o algunos con llanto.

Al diálogo con los pacientes respecto a cómo influye la enfermedad en su vida refieren que su función física se ha reducido para realizar sus actividades habituales como vestirse, asearse, subir las escaleras, caminar; han perdido la capacidad para trabajar, sus actividades físicas fueron disminuyendo conllevado a que muchos de los pacientes renales hayan perdido su autonomía ya que no son capaces de realizar sus actividades por sí solos, otro aspecto afectado es el rol social ya que no participan en compromisos sociales o reuniones familiares viéndose aislados lo cual puede influir en su calidad de vida y por ende afectar

⁶ Rodríguez M. Calidad de Vida en Pacientes Nefrópatas con terapia dialítica. [internet]; 2008 [Citado 14/7/2019] Disponible en: <file:///F:/DialnetCalidadDeVidaEnPacientesNefropatasConTerapiaDialit3626926.pdf>



su autoestima haciendo que ellos se sientan rechazados en la sociedad, situación que lleva a desarrollar la presente investigación.

Es por todo ello que se formula la siguiente interrogante de investigación.

1.2. FORMULACIÓN DE PROBLEMA

¿Cuál es el Nivel de Autoestima y Calidad de vida en pacientes que acuden a la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Antonio Lorena Cusco, 2019?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el Nivel de autoestima y la Calidad de vida en pacientes que acuden a la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Antonio Lorena Cusco, 2019.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características socio demográficas de los pacientes que acuden a la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Antonio Lorena.
- Identificar el nivel de autoestima de los pacientes que acuden a la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Antonio Lorena.
- Determinar la calidad de vida por dimensiones en pacientes que acuden a la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Antonio Lorena.

1.4. VARIABLES

1.4.1. VARIABLES IMPLICADAS

- Nivel de Autoestima
- Calidad de vida

1.4.2. VARIABLES NO IMPLICADAS

- Edad
- Sexo
- Lugar de procedencia



- Tiempo de tratamiento
- Estado civil
- Grado de instrucción.



1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

1.5.1. OPERACIONALIZACION VARIABLES IMPLICADAS

VARIABLE IMPLICADA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	NATURALEZA	ESCALA	EXPRESIÓN FINAL
Nivel de Autoestima	Es la autovaloración de uno mismo, de la propia personalidad, de las actitudes y de las habilidades, que son los aspectos que constituyen la base de la identidad personal de los pacientes que acuden a la Unidad de Hemodiálisis.	Sentimiento de ser una persona digna de aprecio	a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) En desacuerdo d) Muy desacuerdo	Cualitativa	Ordinal	Autoestima Alta. De 30 a 40 puntos: Autoestima media. De 26 a 29 puntos: Autoestima baja Menos de 25 puntos.
		Convencimiento de tener cualidades buenas				
		Capacidad de hacer las cosas bien				
		Actitud positiva hacia sí mismo				
		Satisfacción con si mismo				
		Pensar que no tiene nada de que estar orgulloso				
		Pensar que es un fracasado				
		Sentir más respeto por sí mismo				
		Pensar que es inútil				
		Creer que no es buena persona.				



VARIABLE IMPLICADA	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	INDICADOR	NATURA LEZA	ESCALA	EXPRESION FINAL DE LA VARIABLE
Calidad de Vida	Es la percepción que un paciente tiene de su contexto en el que vive, de las condiciones en las que vive y que influyen físicamente en los pacientes que acuden a la Unidad de Hemodiálisis.	Función Física	Esfuerzos intensos	a) Si, me limita mucho b) Si, me limita un poco c) No, no me limita nada	Cualitativa	Ordinal	
			Esfuerzos moderados				
			Coger o llevar la bolsa de la compra				
			Subir varios pisos por la escalera				
			Subir un solo piso por la escalera				
			Agacharse o arrodillarse				
			caminar un kilómetro o mas				
			Caminar varias manzanas				
			Aminar una sola manzana				
		Bañarse o vestirse por sí mismo					
		Rol Físico	Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas Hizo menos de lo que hubiera querido hacer Tuvo que dejar de hacer algunas tareas Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas	a) Si b) No	Cualitativa	Ordinal	Calidad de vida Bueno = 75 a 100 puntos
		Dolor corporal	Dolor corporal en las 4 últimas semanas	a) No, ninguno b) Si, muy poco c) Si, un poco d) Si, moderado e) Sí, mucho f) Si, muchísimo	Cualitativa	Ordinal	Calidad de vida Regular = 50 a 74 puntos
			Dificultad en el trabajo por el dolor	a) Nada b) Un poco c) Regular d) Bastante e) Mucho	Cualitativa	Ordinal	Calidad de vida Deficiente = de 0 a 49 puntos
		Salud General	Calidad de su salud.	a) Excelente b) Muy buena c) Buena d) Regular e) Mala	Cualitativa	Ordinal	
			Comparación del estado de salud al año anterior	a) Mucho mejor ahora b) Algo mejor ahora c) Más o menos igual	Cualitativa	Ordinal	



			d) Algo peor ahora e) Mucho peor ahora		
		Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	a) Totalmente cierta b) Bastante cierta c) No lo se d) Bastante falsa e) Totalmente falsa	Cualitativa	Ordinal
		Estoy tan sano como cualquiera			
		Creo que mi salud va a empeorar			
		Mi salud es excelente			
	Vitalidad	Vitalidad	a) Siempre b) Casi siempre c) Muchas veces d) Algunas veces e) Solo alguna vez f) Nunca	Cualitativa	Ordinal
		Energía			
		Agotamiento			
		Cansancio			
	Función Social	Dificultad de actividades sociales habituales generadas por problemas de salud física o emocionales.	a) Nada b) Un poco c) Regular d) Bastante e) Mucho	Cualitativa	Ordinal
		Frecuencia de la dificultad de actividades sociales habituales generadas por problemas de salud física o emocional.	a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Solo alguna vez e) Nunca	Cualitativa	Ordinal
	Rol Emocional	Reducción del trabajo por problemas emocionales.			
		Reducción de actividades cotidianas por problema emocionales.	a) Si b) No	Cualitativa	Ordinal
		Reducción del cuidado al realizar actividades cristianas por problemas emocionales.			
	Salud Mental	Nerviosismo	a) Siempre b) Casi siempre c) Muchas veces d) Algunas veces e) Solo alguna vez f) Nunca	Cualitativa	Ordinal
		Baja moral sin aparente solución			
		calma y tranquilidad			
		Apatía y tristeza			
		Felicidad			



1.5.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES NO IMPLICADAS.

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo de vida desde el nacimiento hasta el momento actual de los pacientes expresado en años.	a) De 18 a 29 años b) De 30 a 49 años c) De 50 a 59 años d) De 60 a más años	Cuantitativo	Intervalar
Sexo	Características anatómicas y fisiológicas que diferencian a hombres y mujeres de los pacientes con hemodiálisis.	a) Masculino b) Femenino.	Cualitativo	Nominal
Lugar de procedencia	Lugar donde actualmente el paciente tiene su estadía indefinida en un lugar determinado de los pacientes con hemodiálisis.	a) Cusco b) Apurímac c) Madre de Dios d) Otros	Cualitativa	Nominal
Tiempo de tratamiento Hemodiálisis	Periodo de tiempo que el paciente viene recibiendo hemodiálisis en el hospital Antonio Lorena expresado en meses o años.	a) Menor de 1 año b) 1 a 2 años c) 3 a 4 años d) 5 a más años	Cuantitativa	Intervalar
Estado civil	Condición del paciente según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal.	a) Soltero(a) b) Conviviente c) Casado(a) d) Divorciado e) Viudo(a)	Cualitativa	Nominal
Grado de Instrucción	Nivel de instrucción alcanzado por el paciente de hemodiálisis en instituciones educativas.	a) Sin estudios b) Primaria c) Secundaria d) Superior	Cualitativa	Ordinal



1.6. JUSTIFICACIÓN

Actualmente se considera relevante tratar el tema por tratarse de una enfermedad en proporción ascendente, debido al estilo de vida que lleva la población y que se desencadena en patologías crónicas como la insuficiencia renal crónica deteriorando muchas veces la calidad de vida de los pacientes en el transcurso de la enfermedad y que conlleva a problemas en diferentes ámbitos de la persona como el físico, emocional, social y psicológico.

Los resultados obtenidos en la presente investigación permitieron describir, precisar e identificar el autoestima y calidad de vida de los pacientes que acudieron a la unidad de hemodiálisis del hospital Antonio Lorena; de este modo los profesionales de enfermería podrán considerar incorporar aspectos resaltantes, a fin de que este tema pueda sensibilizar a los trabajadores para cuestiones relativas a la atención de los pacientes. Así, será posible mejorar la calidad de la relación profesional con el paciente, su familia y la institución, de modo que se logre obtener una mayor adhesión de los pacientes su tratamiento y contribuir al desarrollo de estrategias destinadas a humanizar y a integrar la asistencia, con el fin de mejorar la autoestima de los pacientes durante su tratamiento, así como la interacción paciente y personal de enfermería al realizar sus intervenciones dentro del su plan de cuidados, no sólo se contribuirá al mejoramiento de la calidad de vida del paciente y su familia, sino también permitiría profundizar en las necesidades de atención de estos pacientes.

Así mismo el presente estudio sirve de base a futuros estudios que aborden el tema.

1.7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La aplicación del instrumento fue una de las limitaciones para la presente investigación puesto que para recabarlos se requería de la programación de hemodiálisis y no se permitía hacerlos después de su tratamiento en vista que los pacientes se encontraban con efectos como somnolencia e indispuestos, por ello el cuestionario se realizó antes de cada sesión de hemodiálisis.



1.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se realizó de acuerdo a los principios éticos de la investigación científica, respetando a los participantes, adhiriéndose a la beneficencia y la justicia. En este sentido se obtuvo el consentimiento informado para la participación de los pacientes; así mismo, los datos tuvieron un manejo confidencial que fueron usados estrictamente para los fines de la presente investigación.



CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL

MERA, M. En el estudio: **CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON HEMODIÁLISIS. CENTRO MÉDICO DIAL-SUR. OSORNO. CHILE 2016.**

Objetivo: Evaluar la Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo y presencia de patologías crónicas con Hemodiálisis, en el Centro Médico Dial-Sur, de la ciudad de Osorno. Método: La metodología fue de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento que consta de tres ítems, los cuales son: un instructivo, el Cuestionario de Antecedentes Personales y el Cuestionario de Salud SF-36, aplicado a 22 pacientes, que cumplían con los criterios de inclusión previamente establecidos.

Resultados: Según las Áreas del cuestionario de salud SF-36, se puede concluir: el 60,7% de pacientes consideran que el Área Estado Funcional es percibida como Mala; el 40,9% de pacientes afirma que el Área de Bienestar es considerada como Buena, asimismo el 31,8% consideran que la Percepción de Salud General es Buena y el 45,54% de pacientes afirma que el Cambio de Salud en el tiempo es Muy Buena⁷.

JERVES, G. En el estudio. **“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS Y**

⁷ Mera, M.: “Calidad de Vida de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en Tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis Centro Médico Dial-Sur. Osorno. [tesis en internet]. [Chile] Universidad austral de Chile.2016 [citado 03/09/2019].
Disponible en: cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmm552c/doc/fmm552c.pdf



HEMODIAFILTRACIÓN. EN LAS UNIDADES DE DIÁLISIS DE LA CIUDAD, MEXICO. 2016.”

Objetivo: Determinar la calidad de vida en pacientes sometidos a hemodiafiltración en las unidades de diálisis de la ciudad Cuenca 2016. Método: Estudio descriptivo y prospectivo. Muestra no probabilística por conveniencia de pacientes mayores de 18 años, que cumplieron con los criterios de inclusión. Se aplicó el instrumento del cuestionario de salud SF-36 y la escala de funcionamiento de Karnofsky (KPS).

Resultados: El 94.5% se les realiza hemodiafiltración HDF, 49% tienen edades entre 45 a 64 años, 52% fueron de sexo masculino, 69% casados, 56% zona urbana. 80.8% recibió terapia de reemplazo por un tiempo ≤ 3 años. En relación a la calidad de vida 26% de mujeres tienen una mala calidad de vida, 20.5% de varones presenta una mala calidad de vida; el 84.6% de los pacientes de edades entre 18 a 44 años tiene una buena calidad de vida, 52.8% de pacientes que tienen entre 45 a 64 tienen una mala calidad de vida, 54.2% mayores iguales a 65 años tienen una mala calidad de vida; 53.1% de pacientes que residen en la zona rural tienen una buena calidad de vida, 53.7% presentaron una buena calidad de vida, 41.1% de pacientes con un tiempo de terapia de reemplazo renal menor igual a 3 años tiene una mala calidad de vida y 39.7% tiene una buena calidad de vida. Finalmente, el 53.5% de los pacientes presentó buena calidad de vida, predominando en el sexo masculino en relación al sexo femenino⁸.

ANDRADES C., FARFÁN F. Y SANTANA Y., En su estudio “CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN PACIENTES QUE SE DIALIZAN EN EL HOSPITAL DE PUERTO MONTT, CHILE 2017”

Objetivo: es describir el nivel de CVRS de los pacientes con ERC en diálisis, del Hospital de Puerto Montt (HPM), según el cuestionario Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36), entre Julio y octubre de 2017. Metodología: Estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal, con una población de 134 individuos

⁸ Jerves C, López D. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis y hemodiafiltración. [tesis en internet]. [México] Universidad de Cuenca, Facultad de ciencias médicas. 2016.[citado 03/09/2019] Disponible en <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/1234>.



(78 HD y 56 PD). Se aplicaron 2 instrumentos: sociodemográfico y KDQOL-36 para evaluar Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), del total de pacientes percibe su salud como “Buena”. Al analizar cada terapia, solo un 6,38% de los participantes de Hemodiálisis (HD), la detalla como “Excelente”, mientras que el 44,68% la declara como “Pasable”. En el caso de los individuos de Peritoneo diálisis (PD), la principal respuesta corresponde a un 53,57% como “Buena”, mientras que el 10,71% de los pacientes la expresa como “Mala” La investigación demostró que la CVRS de los pacientes de HD y PD es “Buena”, resultado acorde a la puntuación obtenida como grupo general.⁹

SALAZAR, E. En el estudio. **APLICACIÓN DEL (SF-36) PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DEL INSTITUTO DE ATENCIÓN RENAL ESPECIALIZADA EN EL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2016, ECUADOR 2016.**

Objetivo: Determinar la calidad de vida que presentan hombres y se encuentran en tratamiento de hemodiálisis, en el Instituto de Atención Renal Especializada (IARE), en la ciudad de Quito. Método: Se aplicó el cuestionario SF-36; detallando los 8 aspectos de la calidad de vida, las mismas que son: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. El cuestionario consta de 36 preguntas y proporciona un puntaje de 0 a 100; donde se puede identificar, como la peor calidad de vida a un puntaje de 0, mientras que 100 refiere un excelente estado.

Resultados: Se obtuvo que la media de la calidad de vida de los 23 pacientes evaluados, tiene un puntaje de 66.35, lo cual indica que hay un deterioro de 33.65 puntos con referencia al puntaje óptimo de 100. En el presente estudio muestra que para la salud física el 56.5% tuvieron una buena calidad de vida; en relación al dolor corporal un 47.8% tuvo una calidad de vida baja, en la salud mental el

⁹ Andrade C., Farfán G. y Sanatan Y. Calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis asistidas a una unidad renal en el sur occidente del departamento de Nariño. [tesis en internet]. [Chile] Universidad Austral de Chile 2017 [citado 26/10/2020]]. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2017/bpmsa553c/doc/bpmsa553c.pdf>



82.6% obtuvo una calidad de vida regular. Se detalló una diferencia de puntaje entre los dos aspectos, siendo no significativa; se concluye, que hay mayor deterioro en la salud mental, esto puede deberse a varios factores psicosociales que interfieren en su salud, principalmente el aislamiento social y la depresión, a consecuencia de la vida sedentaria que adquieren por el deterioro físico que conlleva la propia enfermedad¹⁰.

2.1.2. A NIVEL NACIONAL

GADEA, M Y CAMPOS, C. En el estudio. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA CON TRATAMIENTO EN HEMODIALISIS HOSPITAL REGIONAL DE ICA, AGOSTO – DICIEMBRE 2019.

Objetivo: Determinar la calidad de vida que tienen los pacientes con Enfermedad Renal Crónica con tratamiento en Hemodiálisis en el Hospital Regional de Ica. Método: El estudio es de tipo descriptivo y corte transversal. Población y muestra: 87 pacientes, obtenida mediante encuestas a pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis del Hospital Regional de Ica entre agosto y diciembre del 2019. La técnica fue la encuesta haciendo uso del cuestionario de salud SF-36: Resultados: En relación con las tres áreas evaluadas en el cuestionario de salud SF-36; en el área Estado Funcional, la mayoría de los pacientes en estudio (63,7%) la califica de Regular a Mala. En esta área se miden cuatro dimensiones; respecto a la Función Física, la mayoría (54.5%), la califica de Mala a Regular. El 59.1% clasificó la Función Social Mala. En la dimensión Rol Físico, el 86.3% de los pacientes la califica de Regular a Mala. En la dimensión Rol Emocional el 54,5% la califica como Regular y un 36,4% la califica como Excelente. En el área Bienestar la mayoría 40,9% la califica como Buena. Conclusiones: La percepción de la calidad de vida en los

¹⁰ Salazar E. Aplicación del Short Form-36 Health Survey(SF-36)para evaluar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad Renal Crónica (ERC) en tratamiento de hemodiálisis del Instituto de Atención Renal Especializada . [tesis en internet]. [Ecuador] Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de enfermería.2017 [citado 03/09/2019]. Disponible en <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13334>.



pacientes con tratamiento en hemodiálisis, se ve afectada en el tiempo en las distintas dimensiones estudiadas.¹¹

SÁNCHEZ, E Y VELASCO S. En el estudio. **NIVEL DE AUTOESTIMA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, UNIDAD DE HEMODIÁLISIS HOSPITAL HONORIO DELGADO AREQUIPA 2017.**

Objetivo: Determinar la relación entre nivel de autoestima y calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, Unidad de Hemodiálisis, Hospital Honorio Delgado en Arequipa 2017. Método: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, corte transversal y diseño correlacional. A una población de 103 personas. Para la recolección de datos se utilizó el Inventario de Autoestima de Coopersmith versión adultos y el cuestionario de calidad de vida SF-36. En el análisis se usó la prueba estadística del chi cuadrado.

Resultados: La mayoría de personas se encuentran entre los 56 a 70 años, de sexo masculino, con un ingreso económico menor de 850 soles, asimismo el tiempo de enfermedad es de 1 a 5 años y la población tiene alguna enfermedad concomitante. Al evaluar el nivel de autoestima en las subescalas: su mismo, hogar y social; están en un nivel medio con el 43.7%, 45.6% y 55.3% respectivamente, mientras que en la subescala laboral con el 36.9% y en la autoestima general se encontró en un 44.7%. Al evaluar la calidad de vida el 70.9% tiene buena calidad de vida. Concluyendo que sí existe relación significativa entre las variables nivel de autoestima y calidad de vida en personas con Insuficiencia Renal Crónica de la Unidad de Hemodiálisis.¹²

VENTURA, D. En el estudio. **NIVEL DE AUTOESTIMA Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL ESSALUD**

¹¹ Gadea, M y Campos, C. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica con tratamiento en hemodiálisis Hospital Regional de Ica, agosto – diciembre 2019. [tesis en internet]. [Ica]. 2020 junio; [citado 03/09/2020] Disponible en: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/327>

¹² Sánchez, E y Velasco. Nivel de autoestima y Calidad de vida en personas con insuficiencia renal crónica. unidad de hemodiálisis hospital Honorio delgado Arequipa. [tesis en internet]. [Arequipa]. Universidad Nacional San Agustín. 2017. [citado 05/08/2019]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5157>



AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA OCTUBRE 2016, CIUDAD DE ICA 2017.

Objetivo: Determinar el nivel de autoestima y calidad de vida en pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital ESSALUD Augusto Hernández Mendoza Ica, octubre 2016. Método: La metodología fue de tipo descriptiva, transversal, cuantitativa y no experimental. La muestra de estudio quedó conformada por 60 pacientes utilizando el muestreo no probabilístico por conveniencia. Se utilizó como técnica la encuesta y su respectivo instrumento el cuestionario.

Resultados: Según datos generales, el 57% tienen entre 31-59 años, el 62% es de sexo masculino, 68% son casados y/o convivientes, 58% tienen secundaria, y el 62% tiene pareja actualmente, el 62% tienen menos de 1 año recibiendo el tratamiento, el 38% le apoyan en su enfermedad el cónyuge. El nivel de autoestima según la escala de Rosemberg es bajo en 62%, presenta una autoestima media en 33% y elevada en 5%. La calidad de vida según dimensión física el 67% tienen mala calidad de vida; en la dimensión psicológica presenta un nivel malo con un 63%; en relaciones sociales es un nivel malo con un 55%; en la dimensión entorno es mala en 57%, seguido de regular con un 35%; obteniendo un consolidado global respecto a la calidad de vida de los pacientes sometidos a hemodiálisis; es mala en 63%, regular en 32% y buena en solo 5% de los pacientes sometidos a hemodiálisis en el hospital Essalud Augusto Hernández Mendoza de Ica octubre 2016.¹³

CUCHO, P. En el estudio. CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE HEMODIALIZADO A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 HOSPITAL REGIONAL ICA, ABRIL – 2016

Objetivo: Determinar la calidad de vida del paciente hemodializado a través de la aplicación del cuestionario de salud SF-36 del hospital regional Ica abril 2016. Método: La metodología fue de tipo descriptiva, transversal, cuantitativa y no experimental. La muestra quedó conformada por 60 pacientes que fueron

¹³ Ventura, D. "Nivel de autoestima y calidad de vida de pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital ESSALUD Augusto Hernández Mendoza. [tesis en internet]. [Ica]. Universidad Privada San Juan Bautista. 2017. [citado 05/08/2019]



tomados utilizando el muestreo no probabilístico por conveniencia. La técnica fue la entrevista haciendo uso del cuestionario SF- 36 como instrumento de recolección de datos.

Resultados: En relación a la edad, el 38.3% tienen de 60 años a más; el 51.7% son de sexo femenino y el 50% son casados o convivientes. La calidad de vida de los pacientes hemodializados según la dimensión función física, es regular con un valor de 47%, según la dimensión rol físico, es regular con un 50.4%; según dimensión dolor es regular en el 69%; según dimensión salud general es regular en el 70%; según dimensión vitalidad, es regular en el 73%; según dimensión rol emocional, es regular en el 64%; según dimensión función social, la calidad de vida es regular en el 85%; según dimensión salud mental, es regular en el 53%; los resultados globales en el presente estudio muestran que la calidad de vida de los pacientes hemodializados es regular en el 46% y en el 27% es buena y mala respectivamente; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de la investigación¹⁴.

CABANILLAS, C. En el estudio. **CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS CENTRO DE DIÁLISIS SANTA ANA NOVIEMBRE LIMA 2017**

Objetivo: Determinar la Calidad de Vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en el Centro de Diálisis Santa Ana Miraflores, noviembre 2017. Método: El estudio se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo, tipo descriptivo y de corte transversal, en el Centro de Diálisis Santa Ana en una muestra de 70 pacientes sometidos a hemodiálisis, se aplicó como técnica la encuesta y el instrumento denominado Calidad de Vida SF – 36.

Resultados: En relación con la edad el 50% tiene entre 50 a 59 años, el 69% son del sexo femenino, el grado de instrucción superior fue del 70% y con una ocupación dependiente con un valor del 71%. Los pacientes con tratamiento de hemodiálisis tienen baja calidad de vida 65% y alta 36%, de acuerdo a la

¹⁴ Cucho, P. Calidad de vida del paciente Hemodializado a través de la aplicación del cuestionario de salud sf-36. [tesis en internet]. [lca]. Universidad San Juan Bautista .2016. [citado 05/08/2019]. Disponible en: repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/649



dimensión se presentó un nivel bajo en la función física 71%, rol físico 69%, dolor corporal con un 71%, salud general 71%, vitalidad 70%, función social 64%, rol emocional 70% y salud mental 61%¹⁵.

LLIUYACC, Q. En el estudio. “CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES RENALES CON HEMODIÁLISIS EN EL CENTRO RENALPLUS S.A.C DE ATE: LIMA, PERÚ, 2018”

Objetivo: Determinar la calidad de vida en pacientes renales con hemodiálisis en el Centro Renal plus S.A.C de Ate: Lima, Perú, 2018. Método: Tipo cuantitativo, método descriptivo y diseño no experimental de corte transversal”. La población estuvo conformada por 65 pacientes, el tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia. “La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario tipo Escala de Likert”.

Resultados: La calidad de vida en pacientes renales con hemodiálisis es mala con un 58.5%, regular 35.3%, y buena 6.2%. Respecto en la dimensión física, es mala con un 61.5%, regular 32.3%, y buena 6.2%; en la dimensión psicológica, es mala con un 55.4%, regular 36.4%, y buena 7.7%; en la dimensión social, es mala con un 55.4%, regular 38.4%, y buena 6.2%. Conclusión: Más de la mitad de los pacientes renales con hemodiálisis tienen una mala calidad de vida conjuntamente con las dimensiones física, psicología y social.¹⁶

2.1.3. A NIVEL LOCAL.

TTITO, I. En su estudio. “CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL ADOLFO GUEVARA VELASCO, ESSALUD CUSCO – 2018”

Objetivo: Determinar la calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Adolfo Guevara Velasco, EsSalud Cusco – 2018.

¹⁵ Cabanillas, C. Calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis Centro de Diálisis Santa Ana. [tesis en internet]. [Lima]. Universidad San Juan Bautista .2017. [citado 05/08/2019]. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/2244>

¹⁶ Lliuyacc; Q. Calidad de vida en pacientes renales con hemodiálisis en el centro renal plus S.a.c de ate [tesis en internet]. [Lima]. Universidad Ricardo Palma.2021. [citado 25/11/2019]. repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/2705



Método: Estudio descriptivo transversal no experimental, con una muestra de estudio los 70 pacientes que asisten al servicio de hemodiálisis del Hospital Adolfo Guevara Velasco EsSalud Cusco, para lo cual se empleó el instrumento del cuestionario SF12.

Resultados: El 51.43% fueron del sexo masculino, el 47.14% son pacientes de 39 a 59 años de edad, el 52.86% tienen secundaria completa, 60% tienen ocupación dependiente, 64.29% provienen de zona urbana, 47.14% tiene más de 2 años recibiendo hemodiálisis, 74.29% de los pacientes reciben hemodiálisis 3 veces por semana. En relación a la calidad de vida la dimensión física fue de 54.29% presentando una calidad de vida regular, el 48.57% de pacientes presenta una calidad de vida regular en la dimensión psicológica, el 57.14% presenta una calidad de vida buena en la dimensión social. En la calidad de vida en general en pacientes con tratamiento de hemodiálisis es regular en el 70.00%, buena en 25.71% y mala en un 4.29%.¹⁷

BALAREZO, T. En la tesis. **“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE HEMODIÁLISIS. HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO ESSALUD - CUSCO 2019”**

Objetivo: Determinar la relación entre los factores sociodemográficos y la calidad de vida de pacientes de hemodiálisis. Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco ESSALUD - Cusco 2019.

Métodos: La Investigación es cuantitativa de tipo descriptivo, de corte transversal y correlacional. La población de estudio estuvo conformada por 90 pacientes en tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Adolfo Guevara Velasco de EsSalud - Cusco. El presente estudio utilizó como método la encuesta, como técnica: la entrevista y cuestionario; como instrumentos el formulario de recolección de datos sobre factores sociodemográficos y el formulario la calidad de vida (SF-36).

¹⁷ Ttito, I. “Calidad De Vida en Pacientes Con tratamiento de Hemodiálisis en el Hospital Adolfo Guevara Velasco Essalud”. [tesis en internet]. [Cusco]. Universidad Andina Del Cusco .2018. [citado 05/10/2019]. Disponible en : <http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/3003/>



Resultados: Los resultados mostraron que la calidad de vida global es regular en un 53.33% y mala en un 42.22%, respecto a las dimensiones de calidad de vida la función social es la más afectada en el 83.33% seguida del rol físico con un 65.56%. En la relación de factores sociodemográficos y calidad de vida global se encontró que pacientes con más de 41 años tiene calidad de vida regular en un 46.67%, referente al sexo masculino el 36.67% tiene calidad de vida regular, los pacientes casados y de trabajo activo presentan calidad de vida regular en un 37.78% y 35.56% respectivamente, y respecto al tiempo de enfermedad pacientes de 13 a 48 meses tienen calidad de vida regular y los de 49 meses a más tienen calidad de vida mala en un 22.22%. Concluyéndose que existe relación entre los factores sociodemográficos y calidad de vida de pacientes de hemodiálisis del Hospital Adolfo Guevara Velasco¹⁸.

¹⁸ Balarezo, T. "Factores sociodemográficos y calidad de vida en pacientes de hemodiálisis. Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco ESSALUD - Cusco 2019" [tesis en internet]. [Cusco]. Universidad San Agustín de Arequipa. 2019. [citado 05/05/2021]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/11645/SEbabuts.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. AUTOESTIMA

En psicología, el término autoestima se usa para describir el sentido general de autoestima o valor personal de una persona. En otras palabras, se refiere al aprecio y al gusto por uno mismo; por ello, esto implica una variedad de creencias sobre la persona, como la evaluación de su propia apariencia, creencias, emociones y comportamientos.¹⁹

La autoestima corresponde a la valoración positiva o negativa que uno hace de sí mismo. Es la predisposición a saberse apto para la vida y para satisfacer las propias necesidades, el sentirse competente para afrontar los desafíos que van apareciendo y merecedor de felicidad. La autoestima se define por dos aspectos fundamentales:

- Sentido de eficacia personal “autoeficacia”: es la confianza en el funcionamiento de la mente en la capacidad de pensar en los procesos por los cuales se juzga, se elige y se decide. Confianza en la capacidad de comprender los hechos de la realidad que entran en el campo de los intereses y necesidades, y en ser capaz de conocerse a sí mismo, es decir, la predisposición a experimentarse competente para afrontar los retos de la vida; en consecuencia, confianza en la propia mente y en sus procesos.
- Sentido de mérito personal o auto dignidad: es la seguridad del valor propio, una actitud afirmativa hacia el derecho de vivir y de ser feliz. Comodidad al expresar apropiadamente los pensamientos, deseos y necesidades; sentir que la alegría es el derecho natural. Por tanto, es la tendencia a sentirse digno de éxito y felicidad; en consecuencia, la percepción de uno mismo como una persona para quien el éxito, el respeto, la amistad y el amor son

¹⁹ Branden N. “The Psychology of Self-Esteem. Primera ed”. Jossey-Bass, editor. New York: Nathaniel Branden Institute; 1969.



apropiados. Autoeficacia y auto dignidad son las características fundamentales de la autoestima, la falta de cualquiera de ellas la deteriora.²⁰

La autoestima a menudo se ve como un rasgo de personalidad, lo que significa que tiende a ser estable y duradera.²¹

2.2.1.1. NIVEL DE AUTOESTIMA: “Es el aprecio y valoración que una persona tiene de sí misma y es un aspecto muy importante en todo ser humano”. La autoestima distingue a las personas y ayuda a definir la personalidad.

2.2.1.2. IMPORTANCIA DE LA AUTOESTIMA: “Constituye la fuerza del hombre, es la tendencia de llegar a ser él mismo. El dinamismo básico del hombre en su autorrealización. Refleja autonomía personal, “un objetivo personal de la educación es la formación de personas autónomas, seguras de sí mismas”. Posibilita las relaciones sociales saludables, el respeto y aprecio hacia sí mismo”.

2.2.1.3. ELEMENTOS DE LA AUTOESTIMA.

A. AUTOCONOCIMIENTO.

Es conocer las partes que componen al “yo” y sus manifestaciones, necesidades y habilidades; es imposible amar algo que no se conoce, uno no puede amarse y respetarse si no se conoce los aspectos que integran a una persona. Conocerse significa percibirse por completo: cuerpo, pensamientos, sentimientos y la capacidad de relación con otros; es descubrir capacidades, habilidades y virtudes, pero también con límites, defectos y errores; es percibir cambios, identificar que somos dinámicos y cambiantes como cambiante y dinámica es la vida. Al conocer todos sus elementos, que desde luego no funcionan por separado, sino que se entrelazan para apoyarse uno al otro, el individuo logrará tener una personalidad fuerte y unificada; si una de estas partes

²⁰ Almudena Alonso. Factor Individual: Autoestima. Salamanca, Ed., 2003. Recuperado el 14 de mayo de 2017, de http://www.enfermeriasalamanca.com/TRABAJOS_SALUD_LABORAL/SEGURIDAD/AUTOESTIMA.PDF

²¹ Crocker J, Park L. The Costly Pursuit of Self-Esteem. Psychological Bulletin. 2004; 130(3): p. 392–414.



funciona de manera deficiente, las otras se verán afectadas y su personalidad será débil y dividida, con sentimientos de ineficiencia y desvaloración.

B. LA ACTITUD O MOTIVACIÓN

Es la tendencia a reaccionar frente a una situación tras evaluarla positiva o negativamente. Es la causa que impulsa a actuar, por tanto, será importante plantear el porqué de nuestras acciones para no dejarnos influenciar por la inercia o la ansiedad.²²

C. AUTOCONCEPTO O SENTIDO DE IDENTIDAD

Es el concepto que se tiene de uno mismo, esta imagen se forma a partir de un buen número de variables, pero es particularmente influenciado por nuestras interacciones con las personas importantes en nuestras vidas; incluye la percepción de nuestras capacidades y nuestra propia singularidad, y a medida que envejecemos estas autopercepciones se vuelven mucho más organizadas, detalladas y específicas.

D. EL ESQUEMA CORPORAL

Supone la idea que tenemos de nuestro cuerpo a partir de las sensaciones y estímulos. Esta imagen está muy relacionada e influenciada por cómo se perciba una persona por fuera, la integridad y la apariencia que lleva, por lo general una persona que sufre traumatismos o alguna enfermedad tiende a percibir un esquema corporal degradante y el que pasa por muchas etapas hasta lograr su aceptación.²³

E. VALORACIÓN EXTERNA

Es la consideración o apreciación que hacen las demás personas cercanas hacia un individuo, estos pueden ser juicios del aspecto de salud u el aspecto emocional que presenta una persona enferma. En ocasiones resultan ser como

²² Rodríguez M. Autoestima: Clave del éxito personal. México D.F: El Manual Moderno S.A. 2015.

²³ Psicopedia.org. ¿Qué es el auto concepto y cómo se forma? [Online] ; 2016 [Consulta 29 /07/ 2019]. Disponible en: <https://psicopedia.org/185/que-es-el-autoconcepto-y-como-se-forma/>



refuerzos sociales, halagos, contacto físico, expresiones gestuales o reconocimiento social por otro lado puede ser lástima, pena, tristeza, perturbación u otros sentimientos negativos hacia otra persona.²⁴

2.2.1.4. TIPOS DE AUTOESTIMA

A. AUTOESTIMA ALTA. Se le conoce como autoestima positiva, “es el nivel deseable para que una persona logre sentirse satisfecha en la vida, sea consciente de su valía y de sus capacidades y pueda enfrentarse a los inconvenientes de forma resolutiva”.

B. AUTOESTIMA MEDIA. Supone “cierta inestabilidad en la percepción de una misma. Si bien en algunos momentos la persona con autoestima media se siente capaz y valiosa, esa percepción puede cambiar al lado opuesto, a sentirse totalmente inútil debido a factores variados, pero especialmente a la opinión de los demás”.

C. AUTOESTIMA BAJA. Supone “ineptitud, incapacidad, inseguridad y fracaso son los términos que acompañan a una persona con autoestima baja. Se trata de un estado de autoestima que debemos evitar en nuestro camino hacia la felicidad”.²⁵

2.2.1.5. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG:

Este instrumento elaborado por Rosenberg un profesor y doctor en sociología que dedicó varios años de su vida al estudio de esta escala de la autoestima el cual debe su nombre a su creador Morris de la autoestima y el autoconcepto.

La escala de Morris Rosenberg entiende la autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características, consta de 10

²⁴ Uribe M. “Relación que existe entre el nivel de autoestima y el tipo de dinámica familiar de adolescentes del Centro Educativo Leoncio Prado, San Juan de Miraflores, 2011”. [tesis en internet]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2012

²⁵ Significados.com. Qué es la autoestima: definición, significado y tipos de autoestima. [Base de datos], 2016. [Fecha de acceso 24 de agosto de 2019]; URL disponible en: <https://www.significados.com/autoestima/#:~:text=Autoestima%20es%20la%20valoraci%C3%B3n%2C%20percepci%C3%B3n,sus%20pensamientos%2C%20sentimientos%20y%20experiencias.>



afirmaciones que giran en torno a lo mucho o poco que se valora la persona, así como la satisfacción que tiene consigo misma. Las 5 primeras afirmaciones están formuladas de forma positiva y los 5 restantes de manera negativa.

En ese sentido la puntuación de los ítems es como sigue:

- Ítems del 1 al 5, las respuestas A la D se puntúan de 4 a 1.
- Ítems del 6 al 10, las respuestas A la D se puntúan de 1 a 4.

Las medidas psicométricas para la interpretación de resultados se dividen de la siguiente manera:

- De 30 a 40 puntos: Se considera que la persona cuenta con una autoestima alta. Considerada como autoestima normal.
- De 26 a 29 puntos: Se considera una autoestima media.

Menos de 25 puntos: Se considera una autoestima baja. Donde se considera que existen problemas significativos de autoestima.²⁶

2.2.1.5.1. TEST DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG.

A. SENTIRSE UNA PERSONA DIGNA DE APRECIO: Cuando se presenta alguna situación que puede cambiar completamente la vida, como en la insuficiencia renal crónica, es normal sentirse ansioso, asustado y preocupado sobre el futuro, aunque con un poco de información o con pequeños cambios en su tratamiento, las cosas pueden ser más fáciles de entender, lo que le ayudará a poder ver las cosas de un modo mejor.²⁷

B. TIENE CUALIDADES BUENAS: Al respecto los investigadores detallan que, si una persona tiene buenos sentimientos, esto se irradia en efectos positivos en la persona elevando su autoestima; además trae consigo beneficios para su estado de salud.²⁸

²⁶ Rosenberg M. Society and the adolescent Self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press. 1965

²⁷ Diaverum. Vivir con enfermedad renal crónica. [Base de datos], [Consulta 25/11/2019]; URL Disponible en: <https://www.diaverum.com/es-ES/Tratamiento/Vivir-conenfermedad-renal-cronica/diaverum>

²⁸ Cualidades personales. [internet], [Consulta 25/11/2019]; URL disponible



C. ES CAPAZ DE HACER LAS COSAS BIEN: Aquellos que tengan la valentía de reconocer cuando cometen un error y no se culpan por lo sucedido, porque se perciben como si fueran ellos el problema, sino que han sido las estrategias las que han fallado, tendrán una buena autoestima.

D. ACTITUD POSITIVA HACIA SÍ MISMO: Si una persona tiene la mentalidad positiva “Una persona es un alma y una personalidad que dirige el cuerpo”.²⁹

E. EL TENER SATISFACCIÓN CON SÍ MISMO: “refleja el sentido individual de valía personal, su sentimiento de adaptación personal y la evaluación que realiza de su personalidad con independencia de su cuerpo y de sus relaciones con los demás. Se refiere además a la percepción de sí mismo en relación al círculo más inmediato de personas (familiares y amistades)”.³⁰

F. TENER MÁS RESPETO POR SÍ MISMO: Rodríguez L, “muestra el sentimiento de adaptación y valoración personal en la interacción social y en la relación interpersonal”.³¹

Así mismo, refiere Vélez L, que sentirse inútil o la pobre valoración que se tienen de sí mismas algunas personas enfermas, las convierte en personas inútiles, incompetentes y poco capaces. La baja autoestima genera una percepción de inutilidad que viene unido a una crítica exagerada y destructiva de sí mismo. No se piensa en los demás que lo haga todo mal, la ineptitud total y absoluta es un concepto que se reservan para sí mismo. Pero debemos ser realistas y aceptar los fallos como parte de la condición humana. Porque no podemos pretender ser perfectos.³²

en: www.lanuevarutadempleo.com/.../listado-de-cualidadespersonales-des.

²⁹ Vivas. 5 apariencias que engañan y que nadie se cuestiona porque detrás se esconde falta de autoestima. [Consulta 25/11/2019]; URL Disponible en: <https://www.psicologoemadridcentro.es/blogindex/la-falsa-autoestima>

³⁰ Mligone R, Moreno J. “Tennessee Self Concept Scale. Un estudio sobre la imagen de sí mismo en adolescentes argentinos” en interdisciplinaria. Revista de psicología y ciencias afines. Vol.10, 2, pp.169-183

³¹ Rodríguez L. Satisfacción de sí mismo, autorregulación emocional y pro socialidad en adolescentes. [Consulta 28/08/2019]; URL Disponible en: http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo9/files/_Si.pdf.

³² Vélez L. Lo hago todo mal. Mejorar la autoestima aceptando que no somos perfectas. portada /psicología / autoestima URL Disponible en: <https://www.diariofemenino.com/articulos/psicologia/autoestima/lo-hago-todo-mal-mejorar-la-autoestima-aceptando-queno-somos-perfecta>



Intervenciones para ayudar a levantar la autoestima:

- No hacer juicios negativos a la persona, generar empatía.
- Reconocer las propias reacciones ante la situación.
- Proporcionar elogios veraces.
- Favorecer las relaciones con los demás.
- Informar a la familia y otros allegados.
- Enumerar las ayudas.
- Fomentar un aumento de la actividad social.
- Promover la expresión apropiada de la ira y la hostilidad.
- Desarrollar el análisis de los factores vitales de estrés y los mecanismos de afrontamiento del pasado.
- Involucrar al paciente en la planificación de los objetivos terapéuticos y en la evaluación del proceso.
- Iniciar una educación sanitaria y la facilitación de recursos cuando esté indicado

Asimismo, proporcionar una educación que prepare a la persona para enfrentarse a los factores de estrés vitales (relajación, técnicas de resolución de problemas, cómo expresar los sentimientos de forma constructiva).

Derivar para interconsulta por psicología, enseñar al resto de familiares acerca de cómo reconocer un aumento del riesgo: cambio de conducta, comunicación verbal y no verbal, huida, signos de presión.

2.2.2. CALIDAD DE VIDA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está



influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno.³³

Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros. La calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. Donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, sociopsicológica, cultural y política) que interactúan con él. El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos. El concepto de bienestar subjetivo y satisfacción con la vida en la vejez es criterio de un envejecimiento exitoso. La calidad de vida es un concepto eminentemente evaluador o valorativo capaz de abarcar muchos más fenómenos que los que caben en cualquier especialidad o rama de las ciencias, es decir, las definiciones sobre las que se sustentan las investigaciones son múltiples y según el contexto del cual parte su valoración.”. Amartya Sen concibe la calidad de vida en términos de actividades que se valoran en sí mismas y en la capacidad de alcanzar estas actividades. Si la vida se percibe como un conjunto de ‘haceres y seres’ (es decir, de realizaciones) que es valorado por sí mismo, el ejercicio dirigido a determinar la calidad de la vida adopta la forma de evaluar estas ‘realizaciones’ y la ‘capacidad para funcionar’. A diferencia de los enfoques basados en el valor o bienestar que otorgarían las propias mercancías (en que se confunden medios y fines), para este caso, la calidad de vida se determinaría en apoyo a esos ‘haceres y seres’ (realizaciones) y en la capacidad o habilidad de la persona de lograrlos; en últimas, las cosas que la gente valora hacer y ser.³⁴

³³ Universidad Nacional De San Agustín. Calidad de vida y salud mental en adolescentes embarazadas de la Microred Francisco Bolognesi Cayma. Arequipa 2011 [Tesis] Arequipa- Perú; 2012 [consulta: 30/11/ 2019]

³⁴ Sen, A. El desarrollo como libertad. Madrid: Planeta; 2001; 19-76



2.2.2.1. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. Las tres dimensiones que en global e integralmente comprenden la calidad de vida son:

A. DIMENSIÓN FÍSICA

Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

B. DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

C. DIMENSIÓN SOCIAL

Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico paciente, el desempeño laboral.

2.2.2.2. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud es un concepto construido a partir de múltiples facetas de la vida y la situación del paciente, a las que se denominan dimensiones. Por tanto, la CVRS es un concepto multidimensional. Estas dimensiones se encuentran normalmente relacionadas entre sí en mayor o menor medida, pero miden aspectos diferentes de la vida y la autonomía de la persona cuidada. Seguidamente se describen las dimensiones utilizadas más frecuentemente en la investigación sobre Calidad de Vida Relacionado con la Salud.



El concepto de Calidad de Vida relacionada con la Salud llegó al campo de los cuidados sanitarios con la mirada de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de vida. Desde su incorporación como una medida del estado de salud de las personas, ha sido uno de los conceptos que en el campo de la salud más se ha utilizado de manera indistinta al de calidad de vida, siendo muy pocos los autores que hacen una distinción con el término calidad de vida general. Frecuentemente la calidad de vida relacionada con la salud es usada indistintamente como estado de salud, estado funcional, calidad de vida o evaluación de necesidades. Para algunos autores, esta calidad es frecuentemente identificada como una parte de la calidad de vida general, asumiendo así que ambos constructos estarían evaluando similares dimensiones. Pese a esta discrepancia, la gran mayoría de los autores sugieren que la calidad de vida debe ser diferenciada de la calidad de vida en la salud debido a que el término es utilizado en el campo de la medicina en su interés por evaluar la calidad de los cambios como resultado de intervenciones médicas, porque debe limitarse a la experiencia que el paciente tiene de su enfermedad, porque caracterizan la experiencia del paciente resultado de los cuidados médicos o para establecer el impacto de la enfermedad en la vida diaria, es decir, es una medición de salud desde la perspectiva de los pacientes. Otros investigadores han sugerido que la calidad de vida en la salud debería enfocarse en características tales como ingreso, libertad y calidad del medioambiente ya que estos indicadores están fuera de la esfera de lo que se entiende por resultados médicos, y podrían ser vinculados con mayor facilidad a estos que otros indicadores propuestos por las ciencias sociales tales como la felicidad, la satisfacción con la vida o el bienestar subjetivo.³⁵

A) FUNCIONAMIENTO FÍSICO

Abarca aspectos relacionados con la salud y el bienestar físico, y con la repercusión de la sintomatología clínica sobre la salud. No se debe confundir la presencia o no de sintomatología debida a una enfermedad con la repercusión

³⁵ Urzúa, A. "Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales" Rev. Med Chile 2010; 138: 358-365



que dicha sintomatología tiene sobre la calidad de vida. Se busca evaluar la incomodidad que la sintomatología produce en la vida diaria. Incluye la repercusión de las deficiencias de la visión, la audición y el habla, y de los trastornos del sueño, así como de la motilidad fina (destreza), la motilidad gruesa (movilidad) y la autonomía.

B) BIENESTAR PSICOLÓGICO

Algunos autores lo llaman a esta dimensión de la salud mental. Recoge la repercusión del funcionamiento cognitivo. La capacidad para evocar recuerdos a corto y largo plazo, y la capacidad de pensar con claridad son conceptos típicos de esta dimensión. También recoge la vitalidad o energía y la competencia percibida para afrontar problemas derivados de la enfermedad o el tratamiento.

C) ESTADO EMOCIONAL

Suele englobar evaluaciones de la depresión y la ansiedad, es decir, de los componentes de tipo emocional del bienestar psicológico. También suele incluir la medición de la preocupación.

D) DOLOR

Evalúa el nivel de dolor percibido, asociado a la presencia de cualquier enfermedad o sintomatología y la interferencia del dolor con la vida cotidiana. Aunque el dolor podría considerarse una parte de la dimensión

“funcionamiento físico”, lo habitual es tratarlo por separado, por la gran variabilidad existente entre individuos en cuanto a la percepción del dolor y la tolerancia al mismo.

E) FUNCIONAMIENTO SOCIAL

Evalúa la repercusión del estado de salud sobre el desempeño habitual de las relaciones sociales, el aislamiento social debido a incapacidad física y las alteraciones del desempeño de roles sociales en la vida familiar y laboral.



D) PERCEPCIÓN GENERAL DE LA SALUD

En tal sentido incluye evaluaciones subjetivas globales del estado de salud de la persona y de las creencias relativas a la salud. Esta dimensión refleja las preferencias, los valores, las necesidades y las actitudes en relación con la salud. Esta es una dimensión fundamental para poder valorar las diferencias individuales en cuanto a reacciones frente al dolor, percepción de dificultades, nivel de esfuerzo y nivel de preocupación por el estado de salud. Esta dimensión suele correlacionarse con las anteriores.

E) OTRAS DIMENSIONES

En tal sentido incluye otras áreas particulares de la Calidad de Vida Relacionado con la Salud exploradas por algunos instrumentos son: la función sexual, el grado de satisfacción con la vida, el impacto sobre la productividad laboral y las actividades de la vida diaria. Al mismo tiempo se han utilizado frecuentemente como indicadores de CVRS el número de visitas al médico por enfermedad o problemas médicos y la necesidad de utilizar fármacos.

2.2.3.3. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

El surgimiento y el desarrollo del concepto de calidad de vida en el campo de la psicología, se ha visto acompañado de la evolución en el concepto de salud, ya que ambos están íntimamente relacionados. Anteriormente el concepto de salud, estaba basado en un enfoque netamente biomédico y era entendido como la ausencia de enfermedad. Sin embargo, con las nuevas políticas de salud y el crecimiento de las enfermedades crónicas, el concepto de salud fue adoptando un enfoque biopsicosocial. A partir de entonces la salud es definida de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Esta idea de salud está fundamentada en un marco biopsicosocial en donde se consideran los valores positivos y negativos de las diversas cultural que afectan nuestra vida y función social. Actualmente el concepto de salud y calidad de vida están íntimamente relacionados y sus índices permiten evaluar aspectos técnico-medico relacionados con la atención y cuidados de las personas. Por



consiguiente, el estudio de la calidad de vida se ha convertido en un terreno multidimensional en donde diversas ciencias aportan conocimiento con el fin de proporcionar un nivel de funcionalidad de las personas.

Este se centra en los aspectos de la vida dominados o influenciados significativamente por la salud personal y en las actividades que se realiza para mantener o mejorar dicha salud.³⁶

2.2.2.3.1. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS.

Por esta razón la calidad de vida, es un término muy amplio, existen en la actualidad autores que han clasificado a la calidad de vida por dimensiones, con la finalidad de apoyar a la valoración de este término, para que sea más efectiva y certera.

De tal manera que el instrumento que indaga sobre la calidad de vida con la puntuación mínima y máxima es el cuestionario de salud SF-36 instrumento internacionalmente reconocido que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud, considerando las siguientes dimensiones o componentes: Función física, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental.

A. FUNCIÓN FÍSICA: Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.

B. ROL FÍSICO: Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.

³⁶ Universidad Nacional De San Agustín. Intensidad del cuidado informal y repercusión en la calidad de vida del cuidador de personas con enfermedad cerebro vascular egresadas del H.R.H.D. Arequipa2012. [Tesis] Arequipa- Perú; 2013 [Fecha de consulta: 20 de agosto de 2017]



C. DOLOR CORPORAL: Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.

D. SALUD GENERAL: Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.

E. VITALIDAD: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.

F. FUNCIÓN SOCIAL: Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.

G. ROL EMOCIONAL: Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.

H. SALUD MENTAL: Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.³⁷

2.2.3. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La insuficiencia renal crónica (IRC), es una enfermedad en la que se presenta una pérdida progresiva e irreversible de la función renal, y para mantener el equilibrio homeostático en los pacientes, se requieren medidas como la diálisis peritoneal, la hemodiálisis o el trasplante renal.³⁸

En el año 2002 la National Kidney Foundation de Estados Unidos definió a la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) como la presencia de daño renal con duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anomalías estructurales o

³⁷ Alonso J. Y Prieto L. Versión española del SF-36, Cuestionario de Salud, un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin. España. 1995. 104: 771-776.

³⁸ Hinojosa E. Evaluación de la Calidad De Vida en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Essalud Arequipa 2006 [Tesis para optar Doctorado en Ciencias de Salud Colectiva]. Arequipa: Red Asistencial Arequipa; 2006 [consulta: 18/11/2019]



funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular (TFG) a menos de 60ml/min/1.73m². además, implica la reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas con el consecuente síndrome clínico derivado de la incapacidad renal para llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrino metabólicas. La afectación o daño renal pueden determinarse por marcadores directos e indirectos, independientemente del factor causal precipitante. El término insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) se ha utilizado fundamentalmente para referirse a aquella situación subsidiaria de inicio de tratamiento sustitutivo de la función renal, bien mediante diálisis o trasplante, con unas tasas de incidencia y prevalencia crecientes en las dos últimas décadas. En general, las manifestaciones clínicas de la IRC aparecen de forma progresiva, manteniendo una gran variabilidad de un paciente a otro, en función de la velocidad de progresión y de la cantidad de masa renal funcionante. Aclaramientos de creatinina inferiores a 30 ml/min marcan habitualmente la frontera en la que la IRC se hace sintomática, desarrollándose a partir de entonces un amplio espectro de manifestaciones clínicas paralelas al estadio evolutivo.

En relación a los marcadores de daño renal, la proteinuria ha sido comprobada como factor de progresión de la enfermedad renal, por lo que la cuantificación de la excreción urinaria de albúmina es la recomendada, debido a que un incremento en su excreción constituye la manifestación más temprana de ERC secundaria a diabetes u otras enfermedades glomerulares y nefroesclerosis hipertensiva. Por otro lado, la albuminuria también puede presentarse en enfermedades túbulo intersticiales, enfermedad renal poliquística y en enfermedades en el riñón trasplantado. El método recomendado para su medición es el cociente albúmina (mg)/creatinina(g) en una muestra aislada de orina, con un umbral de 30 mg/g (mujeres 25 mg/g y hombres 17 mg/g) como marcador de daño renal. Las razones para utilizar esta cifra como umbral son las siguientes: se encuentra 2 o 3 veces por arriba del valor de excreción normal de albúmina; valores por arriba de 30 mg/g son infrecuentes en hombres y mujeres sanos menores de 40 años; valores por arriba de este umbral representan marcadores tempranos de daño renal por diabetes, enfermedades glomerulares e hipertensión arterial; valores mayores se asocian con resultados adversos



como progresión de la enfermedad renal y el desarrollo de complicaciones cardiovasculares en personas con y sin diabetes. Finalmente, se ha comprobado que aquellas terapias que reducen la albuminuria retrasan la progresión de la enfermedad renal diabética y no diabética. Otros marcadores de daño renal como son las anormalidades en el sedimento urinario (cilindros, hematuria, células epiteliales, etc.), anormalidades en estudios de imagen (riñones poliquísticos, hidronefrosis, disminución del tamaño renal y aumento en su ecogenicidad) y anormalidades en la composición de la sangre y orina que definen síndromes tubulares (acidosis tubular renal, diabetes insípida nefrogénica, síndrome de Fanconi, etc.) son tomados en cuenta, debido a que pueden asociarse con una disminución en el funcionamiento renal.³⁹

2.2.3.1. FISIOPATOLOGÍA

La IRC es un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente lleva a un estado terminal, en el que el paciente requiere terapia de reemplazo renal (TRR), es decir diálisis o trasplante para poder vivir.

A continuación, se describe una perspectiva general de los principales mecanismos fisiopatológicos implicados. Estos tienen lugar, tanto por la retención de sustancias normalmente excretadas por la orina, como complejas interacciones celulares y moleculares. Se referencia a aquellas alteraciones que se monitorizan regularmente.

A. TOXICIDAD URÉMICA: La investigación de sustancias candidatas al atributo de toxina urémica se remonta a muchos años atrás. La detección de niveles anormalmente elevados de una sustancia no necesariamente significa que sea tóxica. Debe demostrarse que las concentraciones elevadas se relacionan con disfunciones de la uremia. El ejemplo más típico es la urea. No existe una clara demostración que la urea en si misma tenga efectos nocivos. Paradójicamente,

³⁹ Soriano, S. (2004) "Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz 2004"; 24: 27-34.



los índices que miden su eliminación en diálisis (KtV, URR) son marcadores de mortalidad. En la actualidad, se reconocen 90 sustancias como toxinas urémicas.

B. ALTERACIONES HIDROELECTROLÍTICAS Y DEL EQUILIBRIO ÁCIDO-

BASE: La capacidad del riñón para eliminar agua y electrolitos se mantiene hasta fases avanzadas de insuficiencia renal. El balance glomérulo tubular, al existir un menor número de nefronas funcionantes, se adapta para permitir la eliminación de solutos. Para ello la mayor carga filtrada por nefrona se corresponde con un aumento de la fracción excretada. Por tanto, los trastornos hidroelectrolíticos o del equilibrio ácido-base no aparecen mientras el filtrado glomerular no esté severamente reducido. Cuando se produce una sobrecarga hidro salina y hay reducción severa del filtrado glomerular (FG) existe tendencia a la hipervolemia e hipertensión. Por otra parte, en una situación opuesta de deshidratación y la misma función, el riñón es incapaz de reabsorber sodio.

C. NUTRICIÓN:

La desnutrición calórico-proteica puede afectar a más del 50% de los pacientes en diálisis. El riesgo de desnutrición, en los pacientes con ERC, aumenta en fases muy avanzadas de insuficiencia renal. Un exceso en la ingesta de proteínas, al contrario de lo que ocurre con los carbohidratos y las grasas, no se acumula en las reservas corporales, sino que se degrada en urea y otros compuestos nitrogenados excretados por el riñón. Además, los alimentos ricos en proteínas contienen cantidades importantes de potasio, fosfato, H⁺ y otros iones. La reducción del FG comporta un menor margen en la eliminación de estos compuestos, siendo cada vez menor a medida que la insuficiencia renal progresa. La desnutrición en la IRC, y en el paciente en diálisis en especial, no sólo es atribuible a una disminución del aporte, ya que se conocen distintos mecanismos que estimulan el catabolismo proteico y consumen la masa muscular. La acidosis metabólica activa el sistema proteolítico y destruye de forma irreversible los aminoácidos esenciales (AAE), degrada las proteínas musculares y disminuye la albúmina en suero. La inflamación crónica, en estrecha relación con la aterosclerosis acelerada, se acompaña de aumento de citoquinas circulantes que también estimulan la proteólisis por la misma vía. La diabetes, causa frecuente de IRC, y la resistencia a la insulina, presente también en la IRC, producen pérdida de masa muscular por el mismo mecanismo. La HD



y la DP inducen el catabolismo por diferentes vías. Por último, ciertas toxinas urémicas, podrían por algún mecanismo no conocido en su totalidad, producir anorexia y desnutrición.

D. Anemia: La anemia en la IRC se caracteriza por ser normocítica y normocroma. Puede detectarse con reducción de FG haciéndose más severa a medida que empeora la función renal. El déficit en la secreción de EPO, que es una glicoproteína sintetizada por las células intersticiales peritubulares renales en el individuo adulto, es el principal mecanismo patogénico. Otros factores múltiples contribuyen al desarrollo de la anemia renal. La vida media del hematíe está acortada. Algunas moléculas del grupo de poliaminas, como la espermina y espermidina, se comportan como toxinas urémicas; inhibiendo la eritropoyesis. Por otra parte, en la IRC puede presentarse déficit de hierro y vitaminas, pérdidas hemáticas, intoxicación por aluminio y fibrosis de la médula ósea secundaria a hiperparatiroidismo. La anemia, además de la sintomatología propia de cualquier anemia crónica, tiene repercusiones sobre las funciones cognitivas, el sistema cardiovascular, la trombopatía urémica, la nutrición, la inmunidad y la disfunción sexual. Tiene una significación especial la relación de la anemia con la miocardiopatía urémica. La anemia contribuye de forma importante al desarrollo de hipertrofia ventricular izquierda (HVI).

E. ALTERACIONES CARDIOVASCULARES: Los eventos cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, vasculopatía periférica, accidente vascular cerebral) son la principal causa de morbimortalidad de los pacientes con IRC, antes de diálisis, en diálisis y con trasplante. El motivo son las severas alteraciones que tienen lugar en la estructura del árbol arterial, arterias coronarias incluidas, así como en el músculo cardíaco. Desde hace años se conoce que con la uremia coexiste un proceso de aterosclerosis acelerada. En la IRC son frecuentes los factores de riesgo cardiovascular tradicionales como edad avanzada, HTA, dislipemia tipo IV, diabetes y tabaquismo. Por otra parte, se dan otros factores relacionados con la uremia, no tradicionales o emergentes, que explicarían la elevada prevalencia de accidentes cardiovasculares. Entre otros, cabe citar la anemia, el metabolismo fosfocálcico alterado, la hipervolemia,



el estrés oxidativo, la inflamación, la tendencia protrombótica y la hiperactividad simpática.⁴⁰

2.2.3.2. ETIOLOGÍA

Varias enfermedades pueden atacar a los riñones y llevar a la pérdida permanente de su función. En general, la IRC se presenta cuando el riñón sufre continuos y prolongados ataques, como en casos de pacientes con diabetes e hipertensión arterial mal controlada.

Las enfermedades que más frecuentemente llevan a la insuficiencia renal crónica son:

- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus
- Enfermedad poliquística del riñón.
- Glomerulonefritis.
- Infecciones urinarias.
- Cálculos urinarios de repetición.
- Mieloma múltiple.
- Lupus
- Abuso de antiinflamatorios
- Gota severa

Es conveniente distinguir entre aquellos procesos capaces de causar lesión renal con posterior evolución a IRC y los procesos que actúan independientemente de la enfermedad inicial y contribuyen a la progresión de la enfermedad. A la hora

⁴⁰ Ribes, Enrique, (2004). "Fisiopatología de la insuficiencia renal crónica" Anales de Cirugía Cardíaca y Vascular 2004;10(1):8-76 [citado 05/05/2021]. Disponible en: <http://clinicalevidence.pbworks.com/w/file/attach/28241671/FISIOPATO%252520RENAL%252520CRONIC A.pdf>



de analizar la etiología de la IRC en el anciano, respecto a otros grupos de edad, se evidencian diferencias importantes entre ambos. Con respecto a la etiología de la IRCT, en el último informe preliminar de Diálisis y Trasplante de la Sociedad de Nefrología y Registros Autonómicos del año 2002, los resultados por orden para todo el conjunto poblacional haciendo referencia a la IRCT fueron los siguientes:

- a) No filiada.
- b) Nefropatía diabética.
- c) Nefropatía vascular.
- d) Glomerulonefritis crónica.
- e) Pielonefritis crónica.
- f) Otras.
- g) Poliquistosis renal.
- h) Hereditarias.

Comparativamente, y respecto a registros anteriores, se describe un incremento de las causas no filiadas y hereditarias, manteniéndose en la misma proporción el resto de las causas a excepción de la neuropatía diabética, glomerulonefritis crónica, pielonefritis y poliquistosis cuyas proporciones disminuyen. Según este informe, la IRCT es una patología que afecta sobre todo a pacientes ancianos, con un notable aumento de la incidencia a medida que aumenta la edad, siendo 10 veces más frecuente en el grupo de edad de 65-75 que en el de pacientes más jóvenes.⁴¹

2.2.3.3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y SIGNOS

⁴¹ Carracedo, A.; Arias, E.; Jiménez, C. (2020). "Insuficiencia Renal Crónica". Tratado de Geriátría para Residentes [citado 05/05/2021]. Disponible en: [file:///C:/Users/innov/Downloads/S35-05%2062_III%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/innov/Downloads/S35-05%2062_III%20(1).pdf)



Teniendo en cuenta que un riñón con una Tasa de Filtración Glomerular (TFG) normal filtra una gran cantidad de sodio, el cual es reabsorbido en su mayoría, excretándose en orina menos del 1% de la fracción filtrada. Conforme disminuye la función renal, se presentan alteraciones del balance hidroelectrolítico que se traducen en retención de sal, disminución de la capacidad de concentrar la orina y posteriormente se ve afectada la capacidad de excretar agua en orina, disminuyendo el volumen urinario diario y reteniéndose agua, lo que lleva a edema manifestado por aumento de peso e incluso insuficiencia cardiaca y edema pulmonar.

2.2.3.4. DIAGNÓSTICO

En relación al diagnóstico cuando no hay síntomas hasta las etapas avanzadas de la enfermedad, la insuficiencia renal crónica puede solamente ser detectada tempranamente a través de pruebas de laboratorio. La prueba utilizada para este fin es la dosificación sanguínea de la urea y creatinina. La creatinina es el mejor marcador de la función renal. Cuando los riñones comienzan a perder la función, sus valores sanguíneos aumentan. Las pruebas de orina también son útiles, ya que es muy común que los pacientes con enfermedad renal presenten pérdidas de proteínas y sangrado en la orina.

Las pruebas de laboratorio también nos permiten detectar tempranamente las complicaciones de la IRC, como grados iniciales de anemia, cambios de electrolitos (principalmente calcio, fósforo y potasio), cambios de la hormona PTH (que controla la salud de los huesos), de los valores de PH de la sangre, etc. El ultrasonido renal también es un examen importante, ya que muestra la morfología renal, que puede indicar si los riñones ya presentan signos de atrofia. Por otra parte, es importante tener en cuenta que una ecografía renal sin cambios no es suficiente para descartar la hipótesis de insuficiencia renal crónica. Sin el valor de la creatinina no se puede afirmar nada.

2.2.3.5. TRATAMIENTO

No existe un tratamiento para la insuficiencia renal crónica, porque es un reflejo del daño irreversible de partes de los riñones. Asimismo, no hay ningún



medicamento que haga con que los riñones vuelvan a funcionar bien. Generalmente, el propósito del tratamiento de la IRC es prevenir la propagación de la enfermedad o, en el peor de los casos, disminuir la tasa de pérdida de la función renal. Es esencial para controlar la presión arterial. Valores persistentemente por encima de 140/90 mmHg son agresivos para el riñón, acelerando la pérdida de la función renal. En pacientes con diabetes, el control de la glucosa también es muy importante. En pacientes con proteinuria (pérdida de proteínas en la orina), su control con los medicamentos ayuda a preservar la función renal.⁴²

El despistaje de la ERC debe hacerse en poblaciones de riesgo como los diabéticos, hipertensos, obesos, dislipidémicos, personas con antecedente familiar de nefropatía y consumidores de antiinflamatorios no esteroideos. En estos pacientes se deberá evaluar la presencia de marcadores de daño renal y controlar la enfermedad de fondo. En pacientes con ERC establecida se procurará disminuir la velocidad de la progresión del daño renal, la que depende de la presencia y severidad de diversos factores como son: hipertensión arterial (el más estudiado y el de mayor impacto al ser modificado), proteinuria, sobrepeso, hiperglicemia, hiperlipidemia, hiperuricemia y obesidad. El control de estos factores puede disminuir la velocidad de deterioro de la ERC.

2.2.3.6. HEMODIÁLISIS

Según la Fundación renal Iñigo Álvarez es “una técnica que sustituye las funciones principales del riñón, haciendo pasar la sangre a través de un filtro (funcionando como riñón artificial) donde se realiza su depuración, retornando nuevamente al paciente libre de impurezas”.

El tiempo de la hemodiálisis va a depender de las necesidades de cada paciente, pero como “la sangre tiene que pasar varias veces a través del filtro, la media es

⁴² Venado A., Moreno J., Rodríguez M., López M. Universidad Nacional Autónoma De México. Unidad de proyectos especiales. [Internet] México; 2009 [consulta 25/11/2019] Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/02_feb_2k9.pdf



de 4 horas, tres veces por semana. Hay que tener en cuenta que el riñón sano realiza este trabajo las 24 horas del día y todos los días de la semana”.⁴³

El tratamiento de hemodiálisis (HD) consiste en dializar la sangre a través de una máquina que hace circular la sangre desde una arteria del paciente hacia el filtro de diálisis o dializador en el que las sustancias tóxicas de la sangre se difunden en el líquido de diálisis; la sangre libre de toxinas vuelve luego al organismo a través de una vena canulada. Dicho procedimiento, es una técnica, que, al contrario de la diálisis peritoneal, la sangre pasa por un filtro a una máquina, que sustituye las funciones del riñón, donde esta es depurada. Aunque, esta técnica no supe algunas funciones importantes del riñón, como las endocrinas y metabólicas. La Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo refiere que supe las funciones de excreción de solutos, eliminación del líquido retenido y regulación del equilibrio ácido base y electrolítico.

La diálisis peritoneal, es una técnica que usa el recubrimiento del abdomen (llamado peritoneo) y una solución conocida como dializado. El dializado absorbe los desechos y líquidos de la sangre, usando el peritoneo como un filtro. El líquido de la diálisis se introduce en la cavidad peritoneal a través de un catéter previamente implantado con una pequeña intervención quirúrgica, y se extrae una vez pasado un tiempo, en el que se ha producido el intercambio de solutos en la membrana. Dicha práctica, se realiza una media de 3 a 5 intercambios al día dependiendo de las necesidades del paciente. Es de resaltar, que la presente intervención se debe realizar en un medio adaptado de la residencia del paciente en el cual es muy importante la higiene y los cuidados de asepsia y antisepsia. Es necesario recalcar que las modalidades de hemodiálisis hospitalaria (HDH) y diálisis peritoneal continúa ambulatoria (DPCA) tienen diferentes repercusiones en las personas. Para las personas en HDH, la diálisis se convierte en el eje de su vida, implicando grandes restricciones. Las que están en DPCA tienen más flexibilidad de horarios y menos restricciones para los desplazamientos, pudiendo alcanzar una mayor compatibilidad con otras responsabilidades. Las ventajas e inconvenientes de ambos tratamientos han sido debatidas por varios

⁴³ La hemodiálisis documentos fundación renal Iñigo Álvarez de Toledo: Página 1 de 3 [Consulta 25/11/2019] URL disponible en: www.friat.es/uploa d/doc/La%20hemodiálisis.pdf.



autores, pero aún no se ha llegado a un acuerdo acerca de cuál de las dos es más beneficiosa. Además de las características propias de la insuficiencia renal crónica y las que acarrea su tratamiento, genera incertidumbre con respecto al futuro, la dependencia a la máquina de diálisis y al personal sanitario, las limitaciones en la dieta, los cambios en las relaciones sociales, familiares, en el aspecto físico y la situación laboral, entre otros.⁴⁴ Por otro lado, es importante analizar las ventajas y desventajas de realizar el tratamiento renal mediante la hemodiálisis y diálisis peritoneal, siendo estas de suma importancia al momento de elegir el tratamiento que más se adecue a las necesidades físicas y psicológicas que requiera el paciente renal. Debido al tratamiento de diálisis el paciente se verá altamente comprometido en un deterioro físico. Suele presentar insomnio, fatiga, pérdida de movilidad, cansancio, palidez, hinchazón de pies y tobillos y una percepción de mal sabor en la boca debida a la falta de eliminación de desechos, lo que genera que se sienta limitado en su vida diaria y experimente sentimientos de minusvalía, incapacidad y debilidad. La terapia de reemplazo renal puede atenuar algunas de las anomalías metabólicas de la ERC, pero la pérdida de aminoácidos durante procedimientos dialíticos y la liberación de citoquinas, llevan a un mayor catabolismo proteico muscular y síntesis de proteínas de fase aguda. Los niveles elevados de citoquinas son además predictores de mortalidad cardiovascular. Por lo que conviene recalcar que cuando se evalúan las dimensiones de la calidad de vida en los que a salud se refiere en estos pacientes; la dimensión física es la que suele verse más deteriorada y la que genera mayor insatisfacción en los pacientes hemodializados debido principalmente al llamado síndrome urémico, hipoalbúmina, presencia de diabetes y absceso vascular por infecciones y taponamiento. A su vez, un grupo de alteraciones presentes en los pacientes con ERC terminal, son las alteraciones musculares. Siendo éstas, los factores limitantes más importantes de su capacidad funcional. El estilo de vida sedentario es una de las principales causas de la baja capacidad física y un factor de riesgo independiente de muerte en pacientes con ERC terminal sometidos a

⁴⁴ Contreras F, Espinosa J. y Esguerra E. Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y Salud*, 2008, Vol. 18, 166 Núm. 2: 165-179.



HD. La capacidad física de los pacientes con ERC terminal corresponde al 60% de una población de la misma edad con función renal normal.⁴⁵

2.2.4. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y AUTOESTIMA

Una enfermedad crónica suele afectar la autoestima del paciente, ya que con la enfermedad puede verse afectada su imagen y su aspecto físico, aumentando mayor dependencia, lo cual se ve reducida la sensación de control y seguridad; por ello, esto provoca que aumente un sentimiento de incapacidad y de inseguridad. Cuando una persona tiene una enfermedad crónica, especialmente si es grave con grandes limitaciones, todo su “yo” pasa a segundo plano y pierden importancia y sólo destacan por encima de toda enfermedad el dolor y el sufrimiento.⁴⁶

2.2.5. CALIDAD DE VIDA Y LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La naturaleza de la enfermedad crónica renal en estado terminal y las características particulares del tratamiento médico a que debe ser sometido el paciente, provocan una serie de problemas psicosociales que afectan profundamente a la persona y su entorno interpersonal. La Insuficiencia Renal Crónica provoca cambios psicológicos, sociales, familiares, económicos y laborales muy importantes que deterioran significativamente la calidad de vida del paciente y su familia. Por lo que, dicha enfermedad requiere de una adaptación a su nueva condición de vida a través de que el paciente no sólo sobreviva, sino que logre la mejor calidad de vida posible. A tal efecto exige de un abordaje biopsicosocial del paciente y su familia por parte de un equipo interdisciplinario de salud.⁴⁷

⁴⁵ Oliveros M, Avendaño D, Hirsch S, De la Maza M, Pedreros C, Muller H. Estudio piloto sobre entrenamiento físico durante hemodiálisis. *Rev. Med Chile* 2011; 139: 1046-1053.

⁴⁶ González N, García A, González L. Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. *Espacios Públicos*. 2011 diciembre; 14(32): p. 258-279.

⁴⁷ Hidalgo C. La Dimensión Psicológica de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y su Tratamiento. *Revista Psykhe*. 2019; 6(1): p. 35-45.



2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

HEMODIÁLISIS

Terapia para la purificación insuficiente de la sangre por los riñones, basada en la diálisis e incluyendo la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y la hemodiafiltración.

AUTOESTIMA

El nivel de aprecio y gusto a uno mismo. Implica creencias sobre uno mismo evaluando su apariencia, creencias, emociones y comportamientos.

CALIDAD DE VIDA

Es la apreciación que asume cada persona acerca de su posición en la vida, en las circunstancias culturales y en proporción con sus metas, perspectivas, esquemas y ventajas.



CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. DESCRIPTIVO:

El presente estudio es de tipo descriptivo porque permitió describir el nivel de autoestima y calidad de vida en pacientes que acuden a la unidad de hemodiálisis que acuden a la unidad de hemodiálisis del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2019.

TRANSVERSAL:

El estudio fue de tipo transversal debido a que la medición de variables se realizó en un solo momento.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo pertenece a la línea de investigación: Estrategia Sanitarias de Enfermedades No Transmisibles.

3.2. POBLACIÓN MUESTRAL

La población y muestra a la vez estuvo constituido por 42 pacientes registrados y atendidos en la unidad de hemodiálisis del Hospital Antonio Lorena del Cusco.

3.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de insuficiencia renal crónica, que estuvieron en tratamiento registrado en la unidad de hemodiálisis.
- Pacientes que firmaron el consentimiento informado de manera voluntaria.
- Pacientes que se hallan lúcidos orientados en tiempo espacio y persona

3.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con tratamiento temporal por eventos agudos.



- Pacientes que se hallan en estado inconsciente

En la investigación, el número de pacientes que cumplió con los criterios de inclusión antes mencionados, sumaron un total de 42 pacientes.

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO

3.3.1. TÉCNICA:

Se empleó la técnica de la Entrevista.

3.3.2. INSTRUMENTO

El instrumento empleado para el presente estudio estuvo conformado por 27 preguntas constituidas en tres partes.

- 1) Estuvo destinada a obtener información de los datos generales de los pacientes que acuden a la unidad de hemodiálisis del Hospital Antonio Lorena, Cusco, 2019.
- 2) Para el nivel de autoestima se aplicó la técnica de la encuesta usando cuestionarios tipo test dirigido a los pacientes denominado Escala de Autoestima de Rosemberg.

En ese sentido la puntuación de los ítems es como sigue:

- Ítems del 1 al 5, las respuestas A la D se puntúan de 4 a 1.
A: Muy de acuerdo: 4
B: De acuerdo: 3
C: En desacuerdo: 2
D: Muy desacuerdo:1
- Ítems del 6 al 10, las respuestas A a la D se puntúan de 1 a 4.
A. Muy de acuerdo: 1
B. De acuerdo: 2
C. En desacuerdo: 3
D. Muy en desacuerdo: 4



La expresión final para calificar el nivel de autoestima es:

- Autoestima Alta. De 30 a 40 puntos
- Autoestima media: De 26 a 29 puntos
- Autoestima baja Menos de 25 puntos.

- 3) Destinado para obtener información respecto a la Calidad de vida: Se utilizó el Cuestionario SF-36, cuyo contenido son 8 dimensiones y 36 sub dimensiones.

Las respuestas de este instrumento son variadas debido a que se encuentran de manera dicotómicas, de respuesta múltiples y escala tipo Likert.

Función física que contiene 10 Ítems (3-12), función social que contiene 2 ítems (20, 32), rol físico que contiene 4 ítems (13-16), rol emocional que contiene 3 ítems (17-19), salud mental que contiene 5 ítems (24- 28,30), vitalidad que contiene 4 ítems (23,27,29, 31), dolor que contiene 2 ítems (21, 22), percepción de la salud general que contienen 5 ítems (1, 33-36) y el cambio de la salud en el tiempo contiene 1 ítem (2) pero este último ítem es excluido de la puntuación de dominios.

La expresión final para calificar el nivel de calidad de vida fue:

- Calidad de vida Bueno = 75 a 100 puntos
- Calidad de vida Regular = 50 a 74 puntos
- Calidad de vida Deficiente = de 0 a 49 puntos.

Para cada una de las 8 dimensiones, los ítems fueron codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).

3.3.3. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Los instrumentos utilizados en el estudio fueron validados respectivamente para cada variable.



La escala de Rosemberg, es un test que mide la autoestima, fue validado en hombres y mujeres de todas las edades en un gran número de países y ha sido utilizada en estudios transculturales de más de 50 países cuya versión en castellano ha fue validada para el Perú por Schmitt y Allik en el 2005.

Para medir la calidad de vida se utilizó el Cuestionario SF-36 que fue validado en Perú por Salazar F. y Bernabé en el 2012, es uno de los cuestionarios genéricos de evaluación de calidad de vida más ampliamente utilizados, siendo traducido y adaptado para todo tipo de población.

3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

- Se presentó una solicitud al director del Hospital Antonio Lorena del Cusco para la autorización del estudio en la población indicada.
- Se coordinó con los responsables de la unidad de hemodiálisis, para concertar la realización de las entrevistas a los pacientes.
- Entrevista a los participantes seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión
- La recolección de datos fue a responsabilidad de la investigadora.

3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Concluido la recolección de los datos, se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo Excel para procesar la información para el análisis de la información, posteriormente la presentación de la información se realizó haciendo uso de gráficos estadísticos.

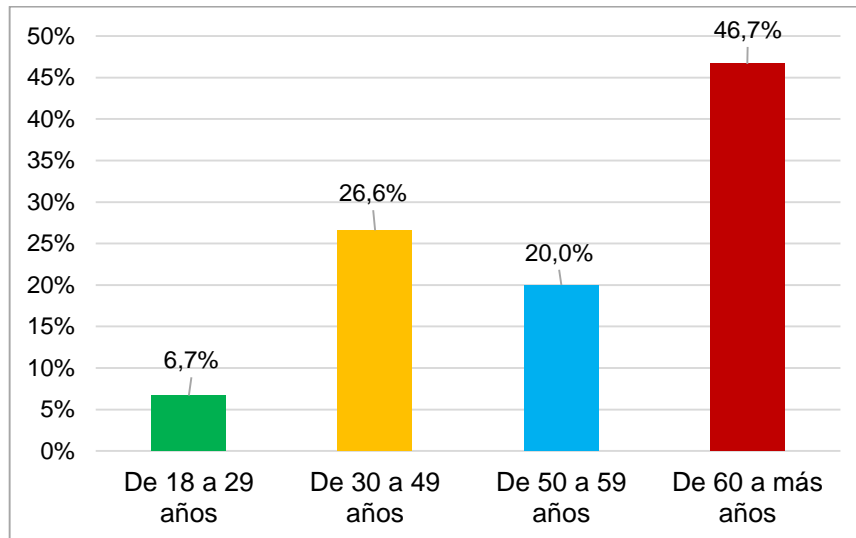


CAPÍTULO IV
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS



GRÁFICO N° 1

EDAD DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019.



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En el gráfico se observa que 46,7% de los pacientes tienen edades de 60 años a más y 6,7% entre 18 a 29 años.

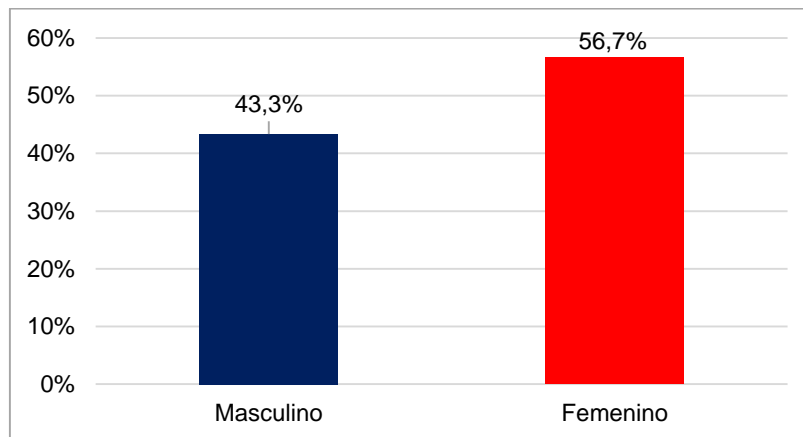
Los resultados concuerdan a **CUCHO, P.** En el estudio “**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE HEMODIALIZADO A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 HOSPITAL REGIONAL ICA, ABRIL – 2016**” donde se halló que el 38,3% de los asistentes que acuden a esta unidad en su mayoría tienen de 60 años a más.

La enfermedad renal crónica se presenta en diferentes edades, sin embargo, existe mayor predominio en las personas mayores de 60 años, esto podría deberse a que con los años existe un deterioro progresivo de la función renal como consecuencia de los estilos de vida que han tenido a lo largo del tiempo.



GRÁFICO N° 2

SEXO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En el gráfico se observa que los pacientes que reciben el tratamiento en la unidad de hemodiálisis del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 56,7% son de sexo femenino y 43,3% son de sexo masculino.

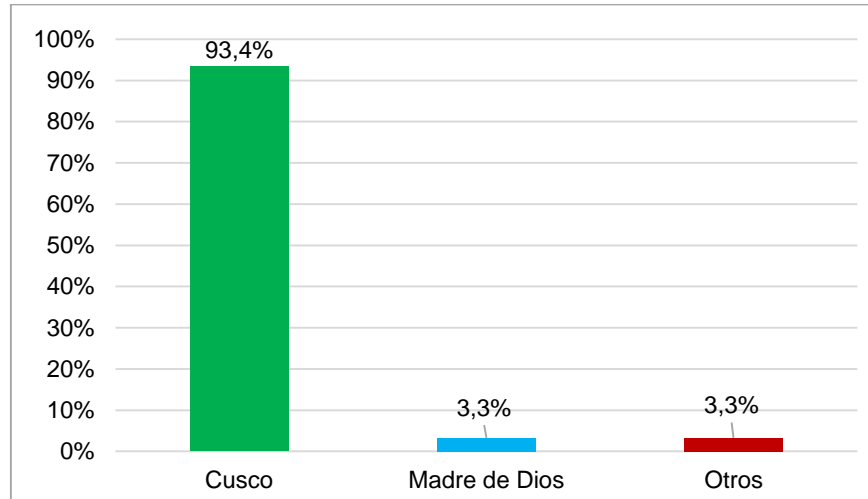
Los resultados se encuentran similares a la investigación de **CABANILLAS, C.** En el estudio “**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS CENTRO DE DIÁLISIS SANTA ANA NOVIEMBRE LIMA 2017**” en el cual se halló que 69% de los pacientes son del sexo femenino.

La enfermedad renal crónica (ERC) muestra diferencias entre sexos en prevalencia y tasa de progresión, pero también en tratamiento y resultados, la mayor prevalencia de la enfermedad renal crónica en mujeres puede deberse a su mayor esperanza de vida y llegada a la edad de riesgo de ERC, de modo que la prevalencia de mujeres es más alta quizás porque la progresión es más lenta.



GRÁFICO N° 3

LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019.



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En el gráfico se observa que 93,4% de los pacientes proceden de la ciudad y la región de Cusco, 3,3% refieren como lugar de procedencia Madre de Dios y otras regiones.

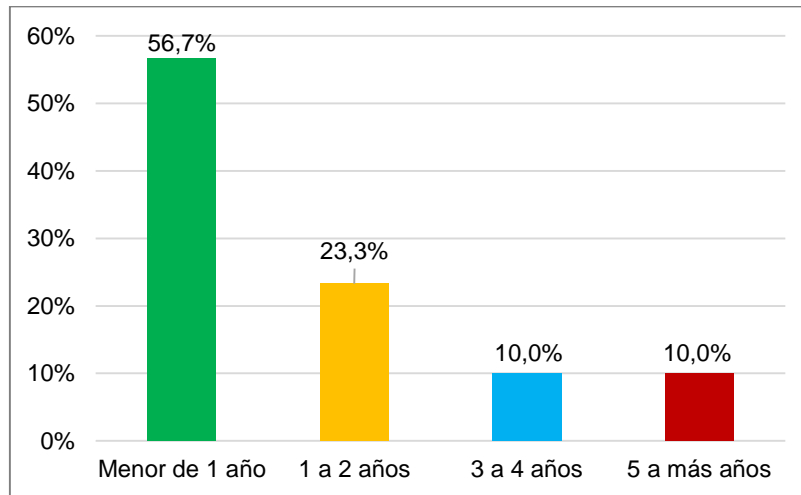
Se infiere de los resultados que las regiones aledañas cuentan con unidades de hemodiálisis y no hay la necesidad de llegar a Cusco para atenderse, por otro lado, también puede considerarse la lejanía de esta unidad a las regiones limítrofes y por tanto no es considerada una opción para atenderse.

En caso de la región de Madre de Dios, que cuenta con el Hospital Santa Rosa, se observa que solo cuenta con cuatro sillas dializadoras y por la demanda de pacientes, estos suelen ser transferidos al Hospital Antonio Lorena y otras regiones.



GRÁFICO N° 4

TIEMPO DE TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019.



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En el gráfico se observa que 56,7% de los pacientes reciben hemodiálisis por menos de un año; 10,0% lo recibieron de 3 a 4 años y 10,0% de 5 a más años.

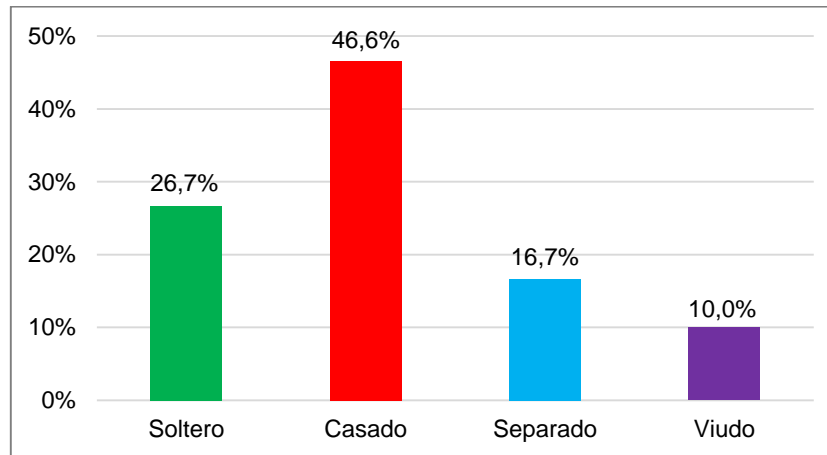
Estos resultados son similares al estudio de **VENTURA, D.** En su estudio “**NIVEL DE AUTOESTIMA Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL ESSALUD AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA OCTUBRE 2016, CIUDAD DE ICA 2017**”, donde se halló que el 62% de los pacientes tienen menos de un año recibiendo el tratamiento.

Las causas de no optar con un tratamiento continuo, en especial en adultos mayores puede implicar la pérdida de la capacidad de las personas para participar en la toma de decisiones debido al avance de su enfermedad. Por otro lado, a pesar de las limitaciones físicas, horarios impuestos y la complejidad de la enfermedad, en la mayoría de los casos, no se plantea abandonar este tratamiento mientras conserven su actual calidad de vida, además que la unidad de hemodiálisis contribuye al mantenimiento de los pacientes en estadios IV, V de la enfermedad renal.



GRÁFICO N° 5

ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019.



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En el gráfico se observa que 46,7% de los pacientes son casados y 10,0% son viudos.

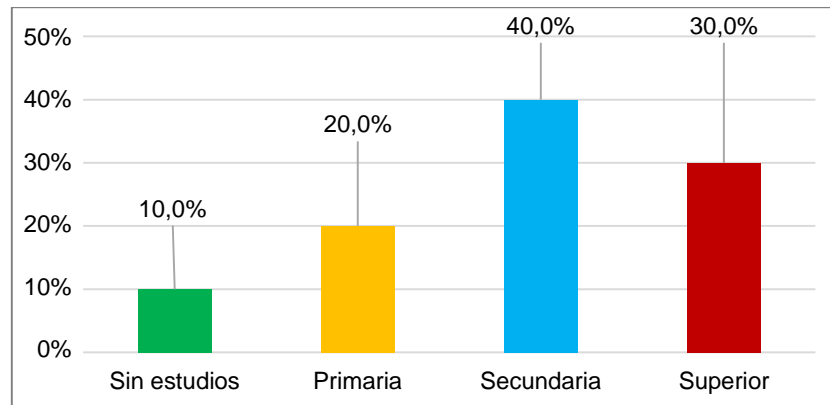
Los resultados se asimilaran a lo sostenido por **CUCHO, P.** En el estudio “**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE HEMODIALIZADO A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 HOSPITAL REGIONAL ICA, ABRIL – 2016**”, encontrando que la mayoría de asistentes son casados o convivientes en un 50% de y que suelen acudir con mayor frecuencia a la unidad de hemodiálisis.

La constancia en la asistencia a los tratamientos de hemodiálisis puede estar vinculado con el apoyo de sus parientes en especial de sus parejas, apoyo que probablemente debido a su enfermedad los hace más dependientes, pues las sesiones que implica este tratamiento precisan de apoyo físico como emocional de modo que se asegure la continuidad del tratamiento.



GRÁFICO N° 6

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019.



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En el gráfico se observa que 40.0% de los pacientes tienen estudios secundarios y 10.0% no estudió.

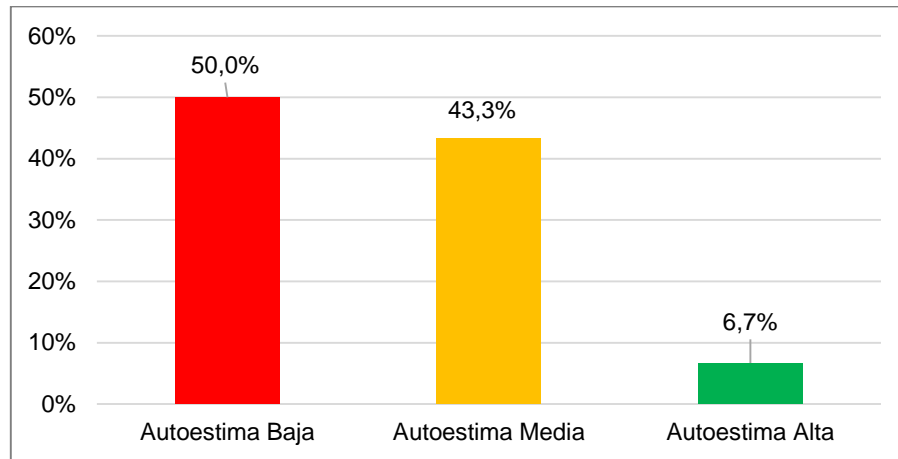
Los resultados concuerdan con **VENTURA, D.** En el estudio “**NIVEL DE AUTOESTIMA Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL ESSALUD AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA OCTUBRE 2016, CIUDAD DE ICA 2017**”, quien obtuvo que la mayoría de personas que participaron de la investigación tenían solo secundaria completa con un 58%.

El nivel educativo de los pacientes es una de las variables incluidas dentro del registro de ingreso a diálisis, de modo que contar con una educación secundaria o superior es una característica que puede vincularse con la continuidad y resultados de los tratamientos pues una buena educación promueve el autocuidado y por lo tanto el compromiso a su tratamiento, siendo este un factor relevante al tratar la enfermedad, pues una de las dificultades que enfrentan los equipos de salud en los centros de hemodiálisis, es la mala adherencia de los pacientes al tratamiento



GRÁFICO N° 7

NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019 SEGÚN LA ESCALA DE ROSEMBERG.



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

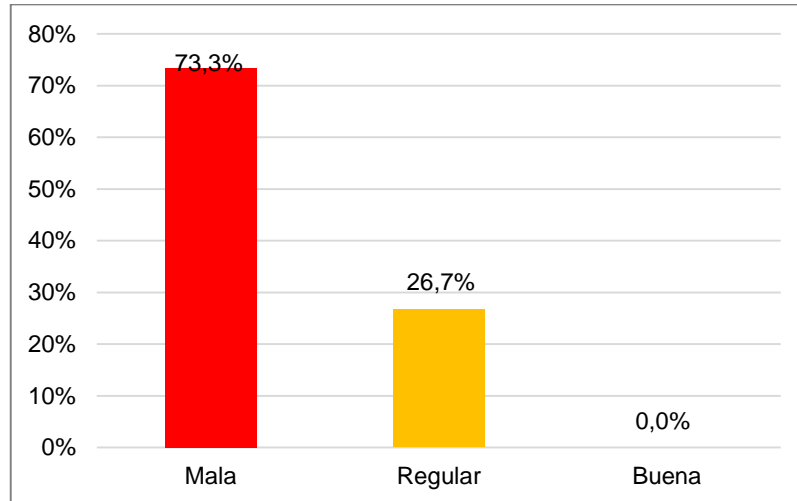
En el gráfico se observa que 50,0% presenta una autoestima baja, 43,3 tiene una autoestima media y 6,7% tiene la autoestima alta.

Estos resultados son similares a **VENTURA, D.** En su estudio “**NIVEL DE AUTOESTIMA Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL ESSALUD AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA OCTUBRE 2016, CIUDAD DE ICA 2017**”, donde se halló que el 62% de los pacientes tienen una baja autoestima.

La autoestima baja hallada en los pacientes la unidad de hemodiálisis del Hospital Antonio Lorena podría deberse al tipo de tratamiento que implica la enfermedad renal crónica, pudiendo afectar de sobremanera a quienes lo reciben al depender de la hemodiálisis, pudiendo llegar a obligar al paciente a tener una vida cotidiana monótona y restringida debido a las particularidades de la enfermedad. Asociado a esto, los pacientes renales crónicos sometidos a hemodiálisis están sujetos a los cambios en su cuerpo como cambios en la piel o cabello, aumento o pérdida de peso, entre otros, incrementando el riesgo de desarrollo de baja autoestima.

GRÁFICO N° 8

CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN DE SALUD GENERAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019.



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En el gráfico se observa que el 73,3% califica como “mala” su salud general, además ninguno indicó tener una salud general buena.

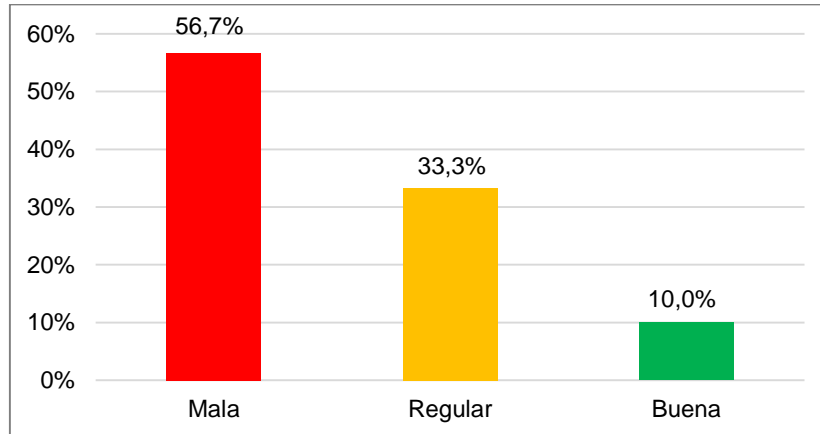
Los resultados se relacionan a **CUCHO, P.** En su estudio “**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE HEMODIALIZADO A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 HOSPITAL REGIONAL ICA, ABRIL – 2016**”, quien halló que respecto a la dimensión salud general el nivel de calidad de vida es regular en el 70%.

El empeoramiento de la salud general señalado por los pacientes puede darse en la medida que se incremente su edad, pues gran parte de ellos son adultos mayores, por otro lado, la percepción de una salud general mala puede deberse a los cambios en la vida de los pacientes como resultado de sus intervenciones médicas y el impacto de la enfermedad en su vida diaria y dado que la salud general es frecuentemente identificada como una parte de la calidad de vida, se señala que los pacientes evaluados en el presente estudio no poseen una buena calidad de vida en relación a sus salud general.



GRÁFICO N° 9

CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN FUNCIÓN FÍSICA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019.



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En el gráfico se observa que en la dimensión función física 56,7% presenta una calidad de vida mala y 10,0% una calidad de vida buena.

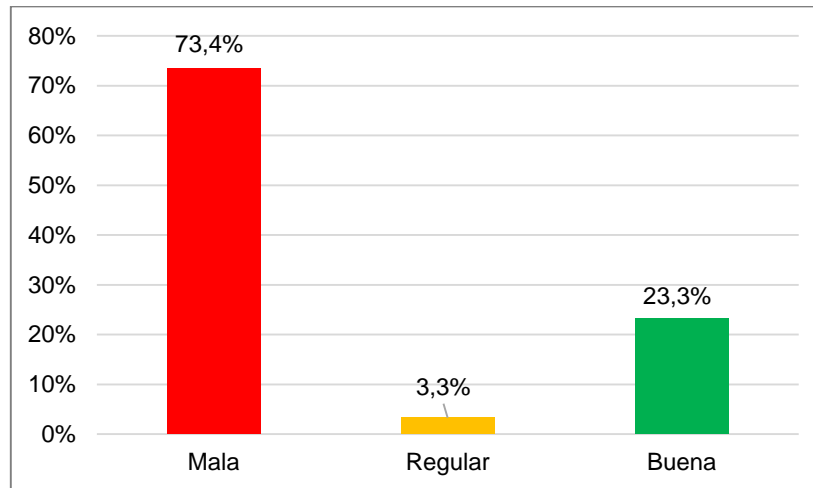
Los resultados son similares **VENTURA, D.** En el estudio. **NIVEL DE AUTOESTIMA Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL ESSALUD AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA OCTUBRE 2016, CIUDAD DE ICA 2017**, pues la calidad de vida según dimensión física en el 67% tienen mala calidad de vida.

La función física de los pacientes no señala una buena calidad de vida, ya que para los pacientes las sesiones en la unidad de hemodiálisis son muy desgastantes dando lugar a que no se preocupen por su función física, también puede deberse a la reducción del repertorio motor, junto a la lentitud de los reflejos, el descenso del tono muscular y la falta de capacidad funcional, entre otros factores, desembocando en un estado de inmovilidad e inactividad que agravan el envejecimiento y la incapacidad.



GRÁFICO N° 10

CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN ROL FÍSICO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019.



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

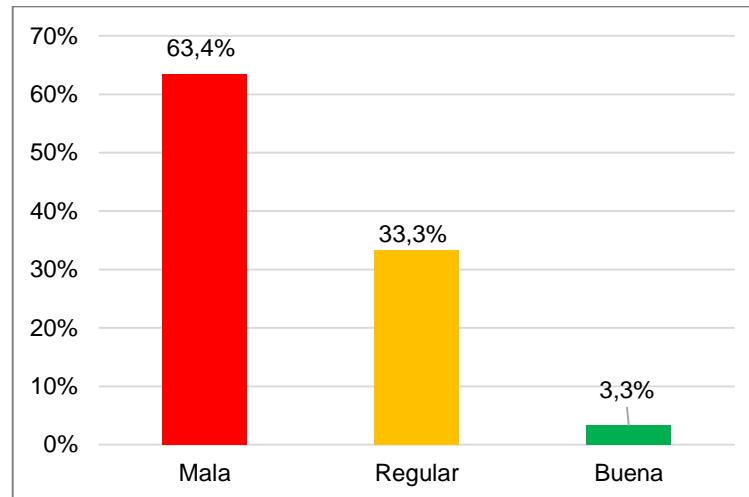
El gráfico muestra que en la dimensión rol físico 73,4% tiene una mala calidad de vida, y 3,3 % calidad de vida regular.

Los resultados se asemejan a **BALAREZO, T.** En la tesis. “**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE HEMODIÁLISIS. HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO ESSALUD - CUSCO 2019**”, señaló que, respecto a las dimensiones de calidad de vida, el rol físico es el más afectado en 65.56% de los pacientes.

La razón por la que la mayoría de los pacientes percibe la dimensión del rol físico como gravemente deteriorada, puede deberse a que su enfermedad limita su trabajo u otras actividades diarias, incluyendo el tener un rendimiento menor que el deseado, por otro lado, el rol físico implica el autocuidado que el paciente maneja, de modo que pueda que los pacientes no asuman un rol de autocuidado adecuado para mantener una buena salud física, lo que también puede repercutir en la prolongación del tratamiento, de modo que la falta de conocimientos del paciente sobre el autocuidado podría afectar directamente en el nivel de calidad de vida aunado a la edad y capacidades físicas.

GRÁFICO N° 11

CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN ROL EMOCIONAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019.



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

El gráfico muestra que en la dimensión rol emocional de los pacientes 63,4% tiene una baja calidad de vida y 3,3% buena calidad de vida en este aspecto.

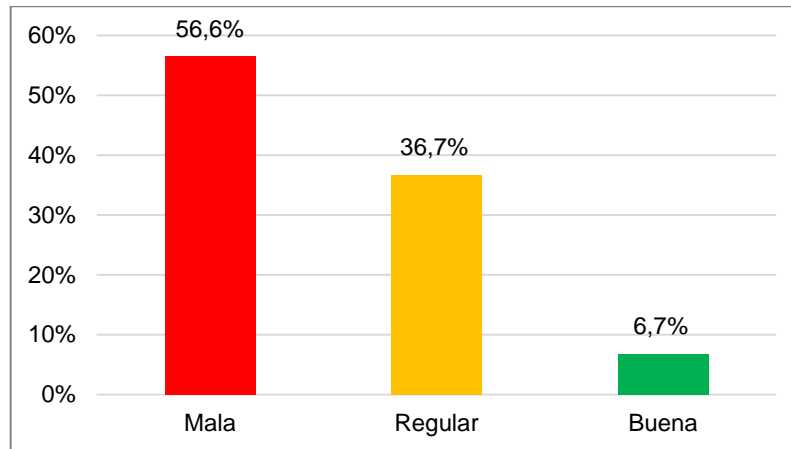
Los resultados se relacionan a **CABANILLAS, C.** En el estudio “**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS CENTRO DE DIÁLISIS SANTA ANA NOVIEMBRE LIMA 2017**”, encontró que el 70% de los pacientes tienen una baja calidad de vida según el rol emocional.

Una deficiencia en el rol emocional de los pacientes puede deberse a los cambios en la vida de los pacientes con enfermedad renal crónica pues limita sus actividades físicas diarias, por otro lado, su dolor aumenta durante la sesión de diálisis; esto unido a un horario estricto y pasar varias horas de tratamiento, puede ocasionar que sientan que han perdido el control de su vida. También puede influir la incertidumbre con respecto al futuro, la dependencia a la máquina de diálisis y al personal sanitario, limitaciones en la dieta, cambios en las relaciones sociales y familiares y en el aspecto físico, su situación laboral, entre otros, lo que puede explicar la aparición de trastornos emocionales y cambios en la calidad de vida percibida.



GRÁFICO N° 12

CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN FUNCIÓN SOCIAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019.



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

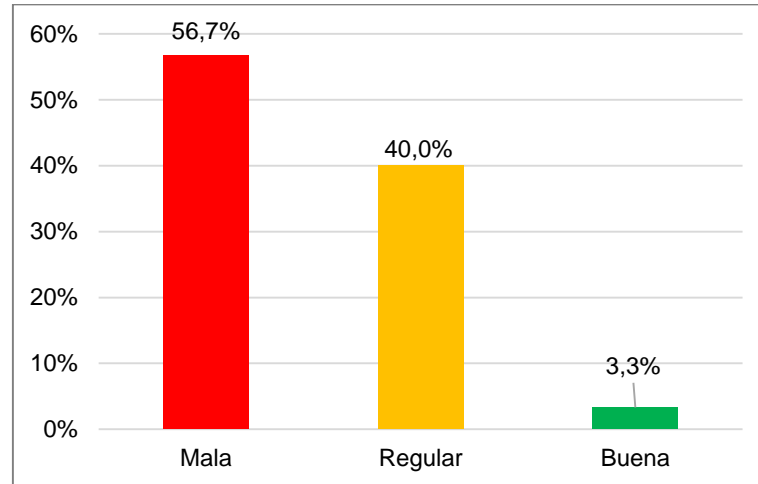
Del gráfico se aprecia que en la dimensión función social 56,6% indica mala calidad de vida y 6,7% buena calidad.

Los resultados se asemejan a **GADEA, M Y CAMPOS, C. "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA CON TRATAMIENTO EN HEMODIÁLISIS HOSPITAL REGIONAL DE ICA, AGOSTO – DICIEMBRE 2019"**, indicando que en la dimensión social en el 59.1% de los pacientes es mala, ya no sienten interés por las actividades que solía realizar, es decir tiene un nivel bajo de calidad de vida.

Una mala calidad de vida en este aspecto puede deberse a los problemas de aislamiento, problemas de inclusión y falta de contacto interpersonal como consecuencia de su tratamiento; ya sea por los cuidados, protocolos, cronogramas, entre otras actividades que debe de cumplir. Esto también puede deberse por el deterioro de la salud física o problemas emocionales que dificultan a un paciente a realizar sus actividades sociales como visitar amigos, vecinos parientes, teniendo dificultades para desarrollar sus actividades sociales habituales.

GRÁFICO N° 13

CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN DOLOR CORPORAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019.



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

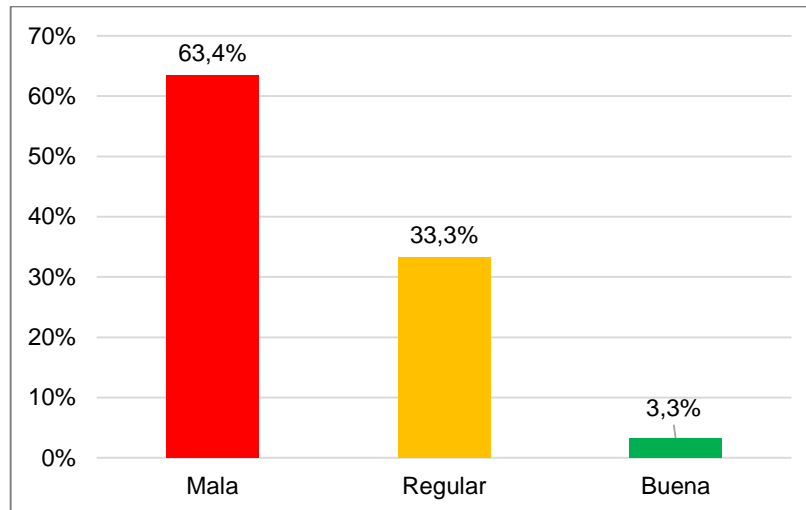
Del grafico se observa en la dimensión dolor corporal que 56,7% tiene una mala calidad de vida 3,3% buena calidad de vida.

Los resultados se relacionan a **SALAZAR, E.** En su estudio “**APLICACIÓN DEL (SF-36) PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS DEL INSTITUTO DE ATENCIÓN RENAL ESPECIALIZADA EN EL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2016, ECUADOR 2016**”, se halló que en relación al dolor corporal 47.8% tuvo una calidad de vida baja.

Una baja calidad de vida respecto al dolor corporal puede darse por el incremento del dolor durante las sesiones de diálisis donde suele darse episodios de hipotensión, calambres musculares, vértigos, náuseas, vómitos, cefaleas y riesgo de infección en el acceso vascular, lo que conlleva al paciente a depender de analgésicos; esta intensidad del dolor suele repercutir directamente en las actividades básicas de la vida diaria, reduciendo su autonomía e independencia, y por consiguiente reduciendo su calidad de vida.

GRÁFICO N° 14

CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN VITALIDAD DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019.



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

El gráfico muestra que en la dimensión vitalidad 63,4% señala tener una mala calidad de vida y 3,3% una buena calidad de vida.

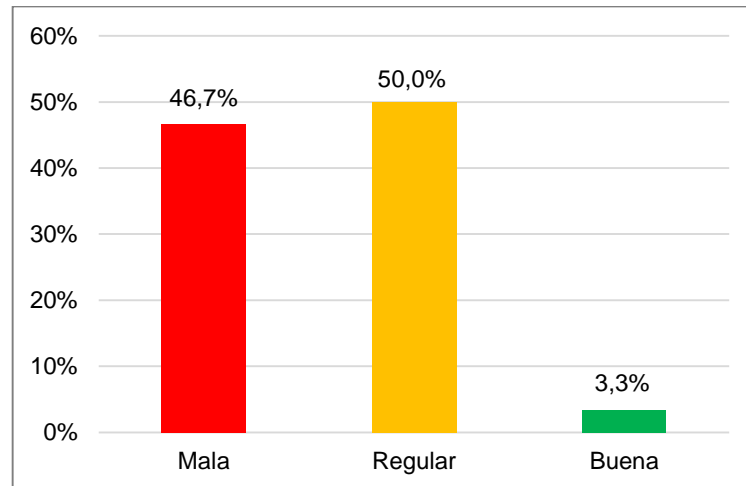
Los resultados se asimilan a **CUCHO, P.** En su estudio “**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE HEMODIALIZADO A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 HOSPITAL REGIONAL ICA, ABRIL – 2016**”, se halló respecto a dimensión vitalidad que 73% tiene un nivel regular.

Los bajos niveles de vitalidad puede deberse a la disminución de la energía del paciente por el sentimiento de cansancio y agotamiento, a causa del tratamiento que implica esta enfermedad, a ello puede sumarse las complicaciones crónicas que suelen sufrir este tipo de pacientes, ocasionando desgano, desánimo y dejadez del paciente por su tratamiento, lo cual suele limitar las condiciones para lograr una buena calidad de vida.



GRÁFICO N° 15

CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN SALUD MENTAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

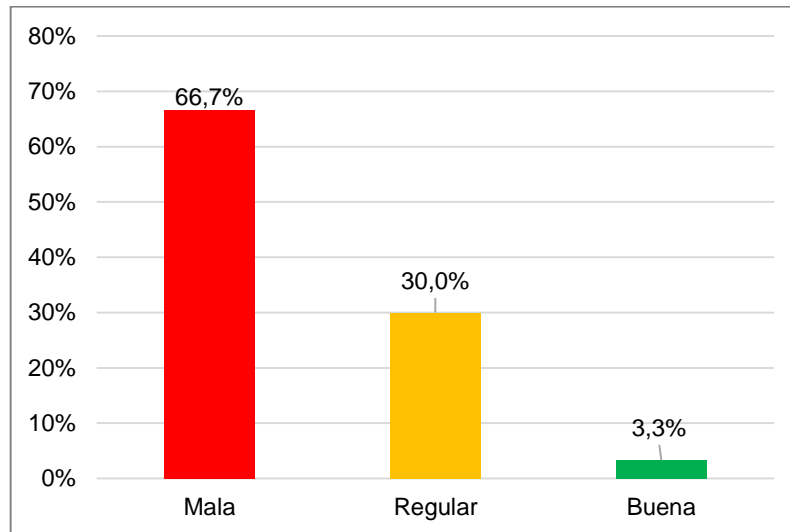
Del grafico se observa que respecto a la dimensión salud mental 50,0% presenta una calidad de vida regular y 3,3 calidad de vida buena.

Los resultados concuerdan con **CUCHO, P. "CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE HEMODIALIZADO A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 HOSPITAL REGIONAL ICA, ABRIL – 2016"**, dónde el 53% de los pacientes indica una regular calidad de vida respecto a su salud mental.

En el estudio se observó que la calidad de vida de los pacientes se vio afectada por la salud mental de los pacientes con enfermedad renal, la cual abarca la percepción de cómo interfiere la enfermedad en su vida, el deterioro de la salud mental puede estar en relación a los resultados anteriores respecto al rol emocional, físico y social de los pacientes, entre más comprometida se encuentre la salud mental, mayor será la presencia de disfunción social, ansiedad y depresión; reflejando en algunas ocasiones un impacto psicológico provocada por la enfermedad en sus actividades diarias.

GRÁFICO N° 16

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2019.



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En el gráfico se observa que del total de encuestados 66,7% califican su calidad de vida como mala; 30,0% como regular y 3,3% como buena.

Los resultados son similares a lo sostenido por **LLIUYACC, Q.** En el estudio. **“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES RENALES CON HEMODIÁLISIS EN EL CENTRO RENALPLUS S.A.C DE ATE: LIMA, PERÚ, 2018”** donde se halló que la calidad de vida en pacientes renales con hemodiálisis es mala con un 58,5%, regular 35,3%, y buena 6,2%.

Acorde a los resultados anteriores, la baja calidad de vida se debe a los bajos niveles de su salud general, baja función y rol física, un nivel emocional, vitalidad y rol social bajos, así como una salud mental regular; ello se sumado a la baja autoestima de los pacientes de esta unidad, lo que implica los bajos niveles en su calidad de vida.



CONCLUSIONES

- En cuanto a las Características demográficas, se encontró que 46.7% de los pacientes tienen más de 60 años, el 56.7% son de sexo femenino, 93.3% proceden de la ciudad del Cusco, 56.7 de estos pacientes recibieron hemodiálisis menos de un año en la unidad de hemodiálisis del Hospital Antonio Lorena, 46.7% son casados y 40% refieren como grado de instrucción secundaria completa.
- Respecto al Autoestima; Según la escala de Rosemberg, se encontró que el 50,0% de los pacientes de la unidad de hemodiálisis del Hospital Antonio Lorena presenta la autoestima baja; 43,3% de pacientes tiene una autoestima media y solo 6,7% tiene una autoestima alta.
- En cuanto a la Calidad de vida; Según el Cuestionario de Salud SF-36, se encontró que la calidad de vida de los pacientes de la unidad de hemodiálisis del Hospital Antonio Lorena es mala en el 66.7% de los pacientes. Esta calidad fue negativamente afectada, por la dimensión salud física, función y rol físico en el 73,3%; 56,7% y 73,4% de los pacientes respectivamente, a su vez se observa el deterioro de las dimensiones del rol emocional, función social y salud mental en el 63,4%, 56,6% y 50,0% de los pacientes respectivamente, a ello se suma un aumento del dolor corporal en el 56,7% y una disminución de la vitalidad en el 63,4% de los pacientes.



SUGERENCIAS

A LOS REPRESENTANTES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO:

- Agrupar a los pacientes para brindarle talleres que apoyen su desempeño en cada una de las sesiones y logren realizar diferentes actividades para mejorar la efectividad del tratamiento.
- Planificar y organizar talleres para asistir a pacientes con enfermedades crónicas renales, brindando educación continua en servicio, orientada al desarrollo de los factores protectores de la salud individualizada.

A LOS ENFERMEROS DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

- Organizar talleres informativos enfocados en el desarrollo emocional de los pacientes que se asisten a la unidad de hemodiálisis, apoyados con la participación indispensable del psicólogo e integrar a los miembros de familia.
- Brindar a los pacientes de la unidad de hemodiálisis alternativas de educación orientada al autocuidado y la mejora de calidad de vida.
- Brindar sesiones de apoyo que ayude a mejorar el desempeño y las habilidades de los pacientes de modo que logren realizar actividades que los haga sentir útiles.
- Los enfermeros deberán considerar las alteraciones de la imagen corporal y el riesgo de baja autoestima como problemas importantes en el cuidado al paciente renal en hemodiálisis, es por ello que deberán practicar un cuidado humanizado que garantice la calidad del servicio ofrecido.

A LOS PACIENTES

- Comprometerse en seguir las indicaciones que el personal de salud le recomienda, en torno al tratamiento de su enfermedad y así llevar una calidad de vida adecuada.
- Mejorar su calidad de vida, realizando ejercicio físico moderado, cumplir cuidadosamente con los tratamientos prescritos (dosis y horarios) y no realizar ningún cambio sin consultar previamente a su médico.



A OTROS INVESTIGADORES

- Realizar futuras investigaciones con las mismas variables para analizar factores que pudieran comprometerlas o afectarlas, para ayudar a los pacientes en otras unidades también.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. La carga global de la insuficiencia renal y los objetivos de desarrollo sostenible. [Internet] 2015; [Citado 15/05/19]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542:2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es
2. Organización Panamericana de la Salud. La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento. [Internet] 2015; [Citado 2019 07 12]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542:2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es
3. Herrera P, Pacheco J, Taype A. La enfermedad renal crónica en el Perú revisión narrativa de los artículos científicos publicados. Acta Med Perú. 2017 abril; 33(130-137)
4. Médicos especialistas. Enfermedad renal crónica. [Online]; 2013 [Citado 14/07/2019]. Disponible en <http://www.lainformacion.com/salud/pediatria/laenfermedad-renal-cronicaafecta-al-10-de-la-poblacion>
5. Sociedad Peruana de Nefrología. [Internet], Lima 2015 [Citado 2019 07 14]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/renace/JornadaCientifica/miercoles21/ASISCNEPCE.pdf>.
6. Rodríguez M. Calidad de Vida en Pacientes Nefrópatas con terapia dialítica. [internet]; 2008 [Citado 14/7/2019] Disponible en: <file:///F:/DialnetCalidadDeVidaEnPacientesNefropatasConTerapiaDialit3626926.pdf>
7. Mera, M.: calidad de Vida de Pacientes con Insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis. centro médico dial-sur. Osorno. [tesis en internet]. Universidad austral de Chile. 2016 [citado 03/09/2019]. disponible en: <cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmm552c/doc/fmm552c.pdf>
8. Jerves C, López D. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis y hemodiafiltración. [tesis en internet]. [México] Universidad de Cuenca, Facultad de ciencias médicas. 2016. [citado 03/09/2019] Disponible en <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/1234>.
9. Andrade C., Farfán G. y Sanatan Y. Calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis



- asistentes a una unidad renal en el sur occidente del departamento de Nariño. [tesis en internet]. [Chile] Universidad Austral de Chile 2017 [citado 26/10/2020]]. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2017/bpmsa553c/doc/bpmsa553c.pdf>
10. Salazar E. Aplicación del Short Form-36 Health Survey (SF-36) para evaluar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en tratamiento de hemodiálisis del instituto de atención renal especializada. [tesis en internet]. [Ecuador] Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de enfermería.2017 [citado 03/09/2019]]. Disponible en <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13334>.
 11. Gadea, M y Campos, C. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica con tratamiento en hemodiálisis Hospital Regional de Ica, agosto – diciembre 2019. [tesis en internet]. [Ica]. 2020 junio; [citado 03/09/2020] Disponible en: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/327>
 12. Sánchez, E y Velasco. Nivel de autoestima y Calidad de vida en personas con insuficiencia renal crónica. unidad de hemodiálisis hospital Honorio delgado Arequipa. [tesis de grado]. [Arequipa]. Universidad Nacional San Agustín.2017. [citado 05/08/2019]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5157>
 13. Ventura D. Nivel de Autoestima y Calidad de Vida de pacientes sometidos a hemodiálisis en el hospital EsSalud Augusto Hernández Mendoza de Ica octubre 2016. [Tesis de grado]. Ica: Universidad Privada San Juan Bautista Filial Ica; 2017.
 14. Cucho, P. Calidad de vida del paciente hemodializado a través de la aplicación del cuestionario de salud sf-36. [tesis en internet]. [Ica]. Universidad San Juan Bautista .2016. [citado 05/08/2019]. Disponible en: repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/649
 15. Cabanillas, C. Calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis Centro de Diálisis Santa Ana. [tesis en internet]. [Lima]. Universidad San Juan Bautista .2017. [citado 05/08/2019]. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/2244>
 16. Lliuyacc; q. en el estudio. “Calidad de vida en pacientes renales con hemodiálisis en el centro renal plus S.A.C. de ate: Lima, Perú, 2018. [citado 25/11/2019]. <http://repositorio.urp.edu.pe/>
 17. Ttito, I. “Calidad De Vida en Pacientes Con tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Adolfo Guevara Velasco EsSalud. [tesis en internet]. [Cusco]. Universidad Andina Del Cusco .2018. [citado 05/10/2019]. Disponible en : <http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/3003/>
 18. Balarezo, T. “Factores sociodemográficos y calidad de vida en pacientes de hemodiálisis. Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco ESSALUD - Cusco 2019” [tesis en internet]. [Cusco]. Universidad San Agustín de Arequipa. 2019. [citado 05/05/2021]. Disponible en:



- <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/11645/SEb-abuts.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Branden N. "The Psychology of Self-Esteem. Primera ed". Jossey-Bass, editor. New York: Nathaniel Branden Institute; 1969.
 20. Almudena Alonso. Factor Individual: Autoestima. Salamanca, Ed., 2003. Recuperado el 14 de mayo de 2017, de http://www.enfermeriasalamanca.com/TRABAJOS_SALUD_LABORAL/SEGURIDAD/AUTOESTIMA.PDF
 21. Crocker J, Park L. The Costly Pursuit of Self-Esteem. Psychological Bulletin. 2004; 130(3): p. 392–414.
 22. Rodríguez M. Autoestima: Clave del éxito personal. México D.F: El Manual Moderno S.A. 2015.
 23. Psicopedia.org. ¿Qué es el auto concepto y cómo se forma? [Online] ; 2016 [Consulta 29 /07/ 2019]. Disponible en: <https://psicopedia.org/185/que-es-el-autoconcepto-y-como-se-forma/>
 24. Uribe M. "Relación que existe entre el nivel de autoestima y el tipo de dinámica familiar de adolescentes del Centro Educativo Leoncio Prado, San Juan de Miraflores, 2011". [tesis en internet]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2012
 25. Significados.com. Qué es la autoestima: definición, significado y tipos de autoestima. [Base de datos], 2016. [Fecha de acceso 24 de agosto de 2019]; URL disponible en: <https://www.significados.com/autoestima/#:~:text=Autoestima%20es%20a%20valoraci%C3%B3n%20percepci%C3%B3n,sus%20pensamientos%20sentimientos%20y%20experiencias.>
 26. Rosenberg M. Society and the adolescent Self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press. 1965
 27. Diaverum. Vivir con enfermedad renal crónica. [Base de datos], [Consulta 25/11/2019]; URL Disponible en: <https://www.diaverum.com/es-ES/Tratamiento/Vivir-con-enfermedad-renal-cronica/diaverum>
 28. Cualidades personales. [internet], [Consulta 25/11/2019]; URL disponible en: www.lanuevarutadempleo.com/.../listado-de-cualidadespersonales-des.
 29. Vivas. 5 apariencias que engañan y que nadie se cuestiona porque detrás se esconde falta de autoestima. [Consulta 25/11/2019]; URL Disponible en: <https://www.psicologoemadridcentro.es/blogindex/la-falsa-autoestima>
 30. Mligone R, Moreno J. "Tennessee Self Concept Scale. Un estudio sobre la imagen de sí mismo en adolescentes argentinos" en interdisciplinaria. Revista de psicología y ciencias afines. Vol.10, 2, pp.169 183.
 31. Rodríguez L. Satisfacción de sí mismo, autorregulación emocional y pro socialidad en adolescentes. [Consulta 28/08/2019]; URL Disponible en: http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo9/files/_Si.pdf.



32. Vélez L. Lo hago todo mal. Mejorar la autoestima aceptando que no somos perfectas. portada /psicología / autoestima URL Disponible en: <https://www.diariofemenino.com/articulos/psicologia/autoestima/lo-hago-todo-mal-mejorar-la-autoestima-aceptando-queno-somos-perfecta>
33. Universidad Nacional De San Agustín. Calidad de vida y salud mental en adolescentes embarazadas de la Microred Francisco Bolognesi Cayma. Arequipa 2011 [Tesis] Arequipa- Perú; 2012 [consulta: 30/11/ 2019]
34. Sen, A. El desarrollo como libertad. Madrid: Planeta; 2001; 19-76
35. Urzúa, A. "Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales" Rev. Med Chile 2010; 138: 358-365
36. Universidad Nacional De San Agustín. Intensidad del cuidado informal y repercusión en la calidad de vida del cuidador de personas con enfermedad cerebro vascular egresadas del H.R.H.D. Arequipa2012. [Tesis] Arequipa- Perú; 2013 [Fecha de consulta: 20 de agosto de 2017]
37. Alonso J. Y Prieto L. Versión española del SF-36, Cuestionario de Salud, un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin. España. 1995. 104: 771-776.
38. Hinojosa E. Evaluación de la Calidad De Vida en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Essalud Arequipa 2006 [Tesis para optar Doctorado en Ciencias de Salud Colectiva]. Arequipa: Red Asistencial Arequipa; 2006 [consulta: 18/11/2019]
39. Soriano, S. (2004) "Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz 2004"; 24: 27-34.
40. Ribes, Enrique. "Fisiopatología de la insuficiencia renal crónica" Anales de Cirugía Cardíaca y Vascul ar 2004;10(1):8-76 [citado 05/05/2021]. Disponible en: <http://clinicalevidence.pbworks.com/w/file/fetch/28241671/FISIOPATO%252520RENAL%252520CRONICA.pdf>
41. Carracedo, A.; Arias, E.; Jiménez, C. (2020). "Insuficiencia Renal Crónica". Tratado de Geriátría para Residentes [citado 05/05/2021]. Disponible en: [file:///C:/Users/innov/Downloads/S35-05%2062_III%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/innov/Downloads/S35-05%2062_III%20(1).pdf)
42. Venado A., Moreno J., Rodríguez M., López M. Universidad Nacional Autónoma De México. Unidad de proyectos especiales. [Internet] México; 2009 [consulta 25/11/2019] Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/02_feb_2k9.pdf
43. La hemodiálisis documentos fundación renal Íñigo Álvarez de Toledo: Página 1 de 3 [Consulta 25/11/2019] URL disponible en: www.friat.es/uploa d/doc/La%20hemodiálisis.pdf.
44. Contreras F, Espinosa J. y Esguerra E. Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Psicología y Salud, 2008, Vol. 18, 166 Núm. 2: 165-179.



45. Oliveros M, Avendaño D, Hursch S, De la Maza M, Pedreros C, Muller H. Estudio piloto sobre entrenamiento físico durante hemodiálisis. Rev. Med Chile 2011; 139: 1046-1053.
46. González N, García A, González L. Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Espacios Públicos. 2011 diciembre; 14(32): p. 258-279.
47. Hidalgo C. La Dimensión Psicológica de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y su Tratamiento. Revista Psykhe. 2019; 6(1): p. 35-45.



ANEXOS