

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**CALIDAD DE VIDA Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO DE
HEMODIÁLISIS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RENAL CRÓNICA. CENTRO NEFROLÓGICO INTEGRAL
RENAL CARE– HUÁNUCO- 2014.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERIA EN CUIDADO ENFERMERO
NEFROLÓGICO**

TESISTAS

Lic. Enf. Andrés Janampa, Yolanda Lucila

Lic. Enf. Gonzales Sánchez, Luz Patricia

Lic. Enf. Morales Palomino, Holger Elí

ASESOR:

Mg. Maura Ríos Rojas

Huánuco – Perú

2014

DEDICATORIA

Dedicamos con especial afecto y cariño esta
investigación a nuestros
Familiares y amigos, que siempre han estado
pendientes de nuestro
Crecimiento personal.

A todos los pacientes que se someten a la
hemodiálisis. A ellos va un justo reconocimiento.

A los profesionales de enfermería, que con su
dedicación y amor siempre están dispuestos a
prestar ayuda a todas las personas con problemas
de salud.

Tesistas.

AGRADECIMIENTOS

Muchas personas, cuyos nombres no constarán aquí, contribuyeron a que la presente tesis fuera una oportunidad para construir un conocimiento que tuviera relevancia y utilidad social. Por ello, muchas gracias a todas las personas que, de alguna forma, participaron en esta investigación.

En primera instancia agradecemos a Dios, dueño de nuestras vidas.

En segundo lugar, agradecemos a nuestras familias, por representar la motivación e impulso en cada momento.

En tercer lugar, agradecemos, a los pacientes sometidos a hemodiálisis del Centro Nefrológico Integral Renal Care de Huánuco; por participar en la presente investigación.

Finalmente, agradecemos al cuerpo docente de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Facultad de Enfermería, que colaboró en la formación profesional de nuestros estudios.

Los autores.

RESUMEN

Objetivo. Determinar la relación entre la calidad de vida y la adhesión al tratamiento de hemodiálisis de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, del Centro Nefrológico Integral Renal Care– Huánuco, 2014. **Métodos.** El estudio fue prospectivo, analítico, transversal y observacional, cuya población muestral fueron 22 pacientes; quienes respondieron una entrevista, una escala Gencat y un Test Morisky-Green, previamente validados y fiabilizados. El análisis fue bivariado, utilizándose las pruebas r de Pearson y el Rho de Spearman según contraste de normalidad; apoyados en el SPSS V22.0 para Windows. **Resultados.** Hubo relación entre las dimensiones de la calidad de vida: bienestar material [($r = 0,479$ y $p < 0,05$), bienestar físico [($r = 0,585$ y $p < 0,05$), la inclusión social [($r = 0,459$ y $p < 0,05$] y los derechos [(Rho = $0,514$ y $p < 0,014$] con la adhesión al tratamiento, rechazándose las hipótesis nulas. Hubo independencia entre las dimensiones: bienestar emocional [$r = 0,165$ y $p > 0,464$]; relaciones interpersonales [$r = 0,283$ y $p > 0,202$], autodeterminación [Rho = $0,283$ y $p = 0,199$], y desarrollo personal [$r = 0,257$ y $p > 0,249$]; con la adhesión al tratamiento aceptándose las hipótesis nulas. **Conclusiones.** Existe moderada correlación, significativa entre la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care de Huánuco, por lo que se rechazó la hipótesis nula, asumiendo que la buena calidad de vida de los pacientes, determina mayor adherencia al tratamiento.

Palabras claves. *Calidad de vida, adhesión al tratamiento de hemodiálisis, Insuficiencia Renal Crónica, cuidados crónicos.*

ABSTRACT

Objective. To determine the relationship between quality of life and treatment adherence in hemodialysis patients with chronic renal failure, users of Nephrology Renal Center Comprehensive Care-Huanuco, 2014

Methods. The study was prospective, analytical, cross-sectional and observational, the sample population were 22 patients; respondents an interview, Gencat scale and Morisky-Green Test, previously validated and fiabilizados. The analysis was bivariate tests used the Pearson r and Spearman rho test for normality; supported in SPSS V22.0 for Windows.

Results. There was a relationship between the dimensions of quality of life: material well [(r = 0.479 and p <0.05], fitness [(r = 0.585 and p <0.05], social inclusion [(r = 0.459 and p <0 , 05] and the rights [(Rho = 0.514 and p <0.014] with treatment adherence, rejecting the null hypothesis there was independence between dimensions: emotional well-being [r = 0.165 and p.> 0.464], interpersonal relationships [r = 0.283 and p > 0.202], self [Rho = 0.283 and p = 0.199], and personal development [r = 0.257 and p> 0.249],.. treatment adherence with accepting the null hypotheses

Conclusions There is moderate correlation between the significant quality of life and adherence to treatment in patients with chronic renal failure of Nephrology Renal Care Center of Integral Huanuco, so the null hypothesis was rejected, assuming the quality of life of patients, determines greater adherence.

Keywords. *Quality of life, treatment adherence in hemodialysis patients with chronic renal failure, social welfare.*

PRESENTACIÓN

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una enfermedad progresiva, se presenta con una pérdida irreversible de la función renal, siendo el estadio más grave de la enfermedad renal. Durante este estadio, se hace necesaria la implementación de un tratamiento sustitutivo de la función renal mediante trasplante o diálisis (diálisis peritoneal ambulatoria continua, diálisis peritoneal automatizada o hemodiálisis) para la supervivencia y la mejora de la calidad de vida y supervivencia de quien la padece¹.

Estos tratamientos deben ser mantenidos de manera sistemática durante toda la vida del paciente, por lo que exigen un comportamiento responsable y persistente, que llegan a formar parte de la vida cotidiana siendo su atención costosa, tardía y poco satisfactoria. La IRC se caracteriza por ser una enfermedad altamente demandante de los recursos del individuo que la padece y la de su familia, con serias consecuencias sobre su calidad de vida.

Sucede, que frecuentemente el paciente no siempre cumple con su tratamiento específico, hecho que se le conoce como la no adherencia terapéutica expresada en dificultades para el inicio del tratamiento, suspensión prematura, cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones expresadas en errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento), entre otros; los que constituyen un importante problema de salud pública, en el ámbito mundial y nacional².

Frente a tal situación, surgió la inquietud de determinar la relación entre la calidad de vida con la adhesión al tratamiento de hemodiálisis de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care– Huánuco en el 2014. En tal efecto, la presente investigación fue estructurada en cinco capítulos.

En el primer capítulo se abordó el problema, los objetivos, tanto general como específicos, la justificación de la investigación, la hipótesis general y específicas, las variables, y su respectiva operacionalización.

En el segundo capítulo se exhiben los aspectos teóricos, el cual comprende: los antecedentes de la investigación, el enfoque teórico y las bases conceptuales de las variables implicadas.

En el tercer capítulo se expone el marco metodológico de la investigación, el cual está compuesta de las siguientes partes: tipo de estudio, método de estudio, población muestral, técnicas e instrumentos de recolección de datos, el procesamiento de datos y el análisis e interpretación de los mismos.

En el cuarto capítulo, se presentan los resultados de la investigación con su respectivo análisis e interpretación. Y, en el quinto capítulo se presenta la discusión de los resultados.

Finalmente, se muestran las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos.

Los autores

ÍNDICE DEL CONTENIDO

	Pág.
Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Resumen.....	iv
Abstract.....	V
Presentación.....	Vi
Índice e contenido.....	Viii
Índice de tablas.....	X
Índice de figuras.....	Xiii

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Aspectos básicos del problema de investigación.....	01
1.2. Formulación del problema.....	08
1.3. Justificación.....	08
1.4. Propósito.....	11
1.5. Objetivos de la investigación.....	11
1.6. Hipótesis de investigación.....	12
1.7. Variables.....	14
1.8. Operacionalización de variables.....	14

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigación.....	17
2.2. Bases teóricas.....	23
2.2.1. Modelo de adaptación de Callista Roy.....	23
2.2.2. Teoría de la incertidumbre.....	25
2.2.3. Teoría de la crisis.....	26
2.2.4. El modelo de las Creencias sobre la Salud.....	27
2.3. Bases conceptuales: adhesión al tratamiento de hemodiálisis.....	28
2.3.1. Tratamiento sustitutivo de la función renal.....	28
2.3.2. La hemodiálisis.....	28
2.3.3. La adhesión.....	29
2.3.4. Factores determinantes de la adhesión al tratamiento.....	30
2.3.5. Adhesión al tratamiento de hemodiálisis.....	31
2.3.6. Indicadores de la no adherencia.....	33
2.4. Bases conceptuales: calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica.....	33
2.4.1. Conceptualización de la calidad de vida.....	33

2.4.2. Valoración de la calidad de vida.....	34
2.4.3. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal	35
2.4.4. Dimensiones de la calidad de vida.....	37
2.4.4.1. Bienestar emocional.....	37
2.4.4.2. Relaciones interpersonales.....	37
2.4.4.3. Bienestar material.....	37
2.4.4.4. Desarrollo personal.....	38
2.4.4.5. Bienestar físico.....	38
2.4.4.6. Autodeterminación.....	38
2.4.4.7. Inclusión social.....	39
2.4.4.8. Derechos.....	39

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Ámbito del estudio.....	40
3.2. Tipo de estudio	40
3.3. Diseño del estudio	41
3.4. Método de estudio.....	41
3.5. Población muestral.....	42
3.6. Muestra.....	43
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	44
3.8. Validez de los instrumentos de recolección de datos.....	46
3.9. Procedimientos de recolección de datos.....	48
3.10. Elaboración de datos.....	49
3.11. Análisis e interpretación de datos.....	49
3.12. Aspectos éticos.....	49

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Resultados descriptivos:.....	51
4.2. Resultados inferenciales.....	89

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Discusión.....	108
Conclusiones.....	120
Recomendaciones.....	123
Referencias bibliográficas.....	126
Anexos.....	136

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014....	51
Tabla 2. Características sociales de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	55
Tabla 3. Características de la enfermedad de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica - Centro nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	59
Tabla 4. Medicamentos consumidos por los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica - Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	61
Tabla 5. Enfermedad paralela a la Insuficiencia Renal Crónica en los usuarios del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	62
Tabla 6. Dimensión bienestar emocional de la calidad de vida en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	63
Tabla 7. Dimensión relaciones interpersonales en la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	65
Tabla 8. Dimensión material en la calidad de vida en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	68
Tabla 9. Desarrollo personal en la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	71
Tabla 10. Bienestar físico en la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	74
Tabla 11. Dimensión autodeterminación en la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	77
Tabla 12. Dimensión inclusión social en la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	79

Tabla 13.	Dimensión derechos en la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	82
Tabla 14.	Nivel de la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	86
Tabla 15.	Adhesión al tratamiento por los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	87
Tabla 16.	Pruebas de normalidad para las distribuciones de contraste, de las variables calidad de vida y adherencia al tratamiento de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	89
Tabla 17.	Correlación entre la dimensión bienestar emocional de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	90
Tabla 18.	Correlación entre la dimensión relaciones interpersonales de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	92
Tabla 19.	Correlación entre la dimensión bienestar material de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	94
Tabla 20.	Correlación entre la dimensión desarrollo personal de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	96
Tabla 21.	Correlación entre la dimensión bienestar físico de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	98
Tabla 22.	Correlación entre la dimensión autodeterminación de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	100
Tabla 23.	Correlación entre la dimensión inclusión social de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del	

	Centro Nefrologico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	102
Tabla 24.	Correlación entre la dimensión derechos de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	104
Tabla 25.	Correlación entre la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	106

ÍNDICE DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1.	Representación gráfica de la edad de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	52
Figura 2.	Representación gráfica del género de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	53
Figura 3.	Representación gráfica de la zona de procedencia de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	54
Figura 4.	Representación gráfica del estado civil de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	56
Figura 5.	Representación gráfica del grado de escolaridad de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	57
Figura 6.	Representación gráfica de la ocupacion de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	58
Figura 7.	Representación gráfica del tiempo de enfermedad y del tiempo con tratamiento hemodiálisis de los pacientes del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	60
Figura 8.	Representación gráfica de los medicamentos prescritos a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica - Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	61
Figura 9.	Representación gráfica del porcentaje de enfermedad paralela a la Insuficiencia Renal Crónica en los pacientes del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	62
Figura 10.	Representación gráfica de los puntajes alcanzados en dimensión bienestar emocional de la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	64
Figura 11.	Descripción de los puntajes alcanzados en la dimensión relación interpersonal de la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	67
Figura 12.	Representación gráfica de los puntajes alcanzados en la dimensión material de la calidad de vida en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	70

Figura 13.	Representación gráfica de los puntajes alcanzados en la dimensión desarrollo personal de la calidad de vida en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	73
Figura 14.	Representación gráfica de los puntajes alcanzados en la dimensión bienestar físico de la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	76
Figura 15.	Representación gráfica de los puntajes alcanzados en la dimensión autodeterminación en la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	78
Figura 16.	Representación gráfica de los puntajes alcanzados en la dimensión inclusión social de la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	81
Figura 17.	Representación gráfica de los puntajes alcanzados en los derechos de la calidad de vida en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	84
Figura 18.	Representación gráfica del puntaje global alcanzado en la variable calidad de vida (Escala GENCAT) de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	85
Figura 19.	Representación gráfica del nivel de la calidad de vida (categorías) de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	86
Figura 20.	Representación gráfica del puntaje global alcanzado Test de Morisky – Green de la adhesión al tratamiento de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica - Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	88
Figura 21.	Dispersión de puntos entre la dimensión bienestar emocional de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	91
Figura 22.	Dispersión de puntos entre la dimensión relaciones interpersonales de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	93

Figura 23.	Dispersión de puntos entre la dimensión bienestar material de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	95
Figura 24.	Dispersión de puntos entre la dimensión desarrollo personal de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	97
Figura 25.	Dispersión de puntos entre la dimensión bienestar físico de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	99
Figura 26.	Dispersión de puntos entre la dimensión autodeterminación de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	101
Figura 27.	Dispersión de puntos entre la dimensión inclusión social de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	103
Figura 28.	Dispersión de puntos entre la dimensión derechos de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	105
Figura 29.	Dispersión de puntos entre la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.....	107

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 . Aspectos básicos del problema de investigación

Los padecimientos crónicos por su complejidad requieren de tratamientos de larga duración (medicamentos, dieta, ejercicio y cuidados especiales) para su adecuada evolución y control³, como lo es el caso de la IRC.

La respuesta terapéutica o adhesión al tratamiento fortalece la percepción de control que tiene el individuo sobre su enfermedad y tratamiento, lo cual incide en los aspectos emocionales⁴.

La no adhesión a tratamientos específicos, constituye un problema de mayor magnitud en todas las áreas y niveles de la atención médica, ¿qué es lo que genera dicha situación? Tratando de encontrar una respuesta a este fenómeno, especialistas en el tema, han utilizado una serie de términos como: cumplimiento, alianza, cooperación, obediencia, observancia, adhesión y adherencia terapéutica, los mismos que hacen referencia a implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con su médico⁵. Por el contrario, la no adherencia terapéutica se refiere no sólo al consumo de medicamentos. Sobre esta se describen conductas como dificultades para su inicio, suspensión prematura, cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones expresadas en errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito

(equivocación en el uso de uno u otro medicamento). También, incluye la ausencia a consultas de seguimiento e interconsultas, la modificación deficiente de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad y la práctica de la automedicación⁶.

Estas dificultades van a generar retrasos en la curación, recaídas y aparición de complicaciones, la valoración errónea de la efectividad real del tratamiento con un aumento o disminución innecesario del número de dosis; el cambio de tratamiento con la introducción de otros medicamentos más potentes y tóxicos con el riesgo de la aparición de efectos secundarios agudos o la dependencia a largo plazo del uso del medicamento⁷.

En consecuencia, la falta de adherencia a los tratamientos es un serio problema, con repercusiones desde el punto de vista médico, económico y psicosocial. La Organización Mundial de la Salud OMS⁸ asegura que “el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes.

Desde el punto de vista económico constituye un gasto en tiempo y recursos invertidos en la producción, así como en el estudio de la eficacia y seguridad de los medicamentos que el paciente no consume o no utiliza adecuadamente⁹.

Por otra parte, puede generar pérdidas desde el punto de vista personal, social y familiar, cuando el paciente presenta complicaciones y secuelas que generan una carga de sufrimiento físico y psicológico, que

podiera evitarse; así como limitaciones irreversibles y progresivas que afectan de modo significativo su calidad de vida¹⁰.

La literatura sobre el tema, señala que los factores relacionados con la adherencia o no de los pacientes a los tratamientos médicos son múltiples y de distinta naturaleza¹¹. Están presentes en este proceso los factores sociales, económicos, familiares, individuales, propios de las características de la enfermedad y del tratamiento; las particularidades de la organización de los servicios de salud, así como la calidad de la atención de salud, en especial requieren un proceso de comunicación establecido entre profesionales y pacientes.

La diversidad de factores que influyen, así como la naturaleza diferente de los mismos, hacen de la no adherencia un problema complejo, multifactorial y multidimensional y, por tanto, difícil de abordar tanto desde el punto de vista teórico, investigativo como práctico.

Orzáez, Rodríguez, Morales, Martínez Rincón¹² señalan que dentro de las afecciones crónicas, la IRC es una de las más traumatizantes para el paciente y familia por la pérdida progresiva de la función renal por el riesgo incrementado de complicaciones médicas, hospitalizaciones, mortalidad y también, por la importante repercusión económica a nivel individual y social. Esto, debido a dos causas relevantes: el mal pronóstico de la enfermedad, que conduce con el paso del tiempo a la entrada de diálisis o hemodiálisis y a la pauta dietética, que distorsiona de forma radical una de las actividades cotidianas que más connotaciones tiene en el comportamiento individual y social de la persona: el hábito alimentario. Entre los

tratamientos de sustitución renal están el trasplante de riñón y la diálisis (peritoneal y hemodiálisis), los cuales deben acompañarse de una dieta estricta, toma de medicamentos y restricción de líquidos¹³, en sumo diversos cambios en los estilos de vida.

Aunque el tratamiento de hemodiálisis es indispensable para la supervivencia del paciente, produce efectos físicos adversos en él¹⁴. Derivado de ello, Guerra, Díaz, Vidal¹⁵, han considerado que una de las dificultades que enfrenta el equipo de salud en los centros de hemodiálisis, es la mala adherencia de los pacientes al tratamiento.

Expertos aseguran que el cumplimiento a las sesiones de hemodiálisis es uno de los aspectos más importantes, de lo contrario, el paciente se expone a que la enfermedad se descontrole puesto que el tratamiento pierde su efectividad y se incrementan sus complicaciones, la morbilidad y mortalidad. Esto a su vez afecta directamente los indicadores clínicos del área asistencial y a la optimización de los recursos de las instituciones prestadoras del servicio¹⁶.

El comportamiento de no adhesión a la hemodiálisis se manifiesta de diversas maneras: incumplimiento en la dieta, ingesta de medicamentos y restricción de líquidos y faltar o solicitar reducir el tiempo de las sesiones de hemodiálisis^{17,18}.

La escasa adhesión al régimen terapéutico ocasiona mal nutrición, neuropatías, enfermedad osteomuscular, falla cardíaca, e incluso la muerte, compromete gravemente su efectividad, disminuye la percepción

de bienestar y la calidad de vida de los pacientes, pudiendo generar costos adicionales al sistema de salud^{19,20}.

Actualmente, la percepción de calidad de vida relacionada con la salud es visto más como una evaluación que realiza el individuo respecto a su salud, relacionada con el grado de funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad y el cuidado personal para realizar las actividades cotidianas, así como el bienestar emocional y la percepción general de la salud²¹.

Los estudios de evaluación de la calidad de vida y aspectos psicológicos relacionados con la salud, en pacientes con IRC con tratamiento sustitutivo de hemodiálisis (que se realiza a través de una máquina que filtra la sangre del paciente para extraer los desechos urémicos de la IRC con sesiones de al menos tres veces por semana²²), han proliferado, dado que muchos de dichos pacientes deben cumplir con una estricta dieta alimenticia, para controlar los niveles de fósforo, potasio, sodio y calcio, restricciones en la ingesta de líquidos y toma de medicamentos²³, que al comenzar el proceso de hemodiálisis pasa por un periodo de adaptación, que dependerá mucho de las condiciones biológicas y el entorno en que éste se desempeñe²⁴.

Las estimaciones realizadas sobre la magnitud del problema de no adherencia al tratamiento de hemodiálisis expresan desde un plano mundial, cifras preocupantes, así por ejemplo, la Unidad Renal de Armenia²⁵, valoró en cifras absolutas las inasistencias a las sesiones de

hemodiálisis durante el año 2010, que alcanzó un total de 250 casos de inasistencia²⁶.

Por su parte, Sackett, Snow citado por Ochando, Royuela, Hernández, Lorenzo, Paniagua²⁷; estimaron que 52,27% de los pacientes en hemodiálisis no tenían adherencia con el tratamiento farmacológico mientras que el 47,73%, sí. Esta información les permitió suponer que sólo la mitad de las personas con padecimientos crónicos realizaban correctamente el tratamiento necesario para el control de su enfermedad y que la otra parte se encontraban en riesgo registrado de sufrir complicaciones, secuelas o llegar a la muerte prematura.

En el análisis de los factores causales de la no adherencia al tratamiento de hemodiálisis, se mencionan algunos como lo efectuado por los pacientes renales del Hospital Militar Central de Bogotá Colombia, donde Osorio, Serna, Vélez²⁸, en el estudio de la adherencia identificaron la presencia del factor concientización, fallas del tratamiento, el horario de las sesiones, aspectos del personal de salud que los atiende y la aceptación de la enfermedad.

La mayoría de los profesionales de salud reconocen, de modo empírico y anecdótico, la existencia de grandes deficiencias en los pacientes que presentan IRC, quienes por la naturaleza de su cronicidad, deben someterse a tratamientos no curativos, altamente invasivos, demandantes y que involucran altos costos para el paciente y su familia, a nivel físico, psicológico, social y económico²⁹. En estos pacientes, la calidad de vida suele verse afectada por el deterioro en las relaciones familiares,

maritales, condición laboral/ocupacional, situación económica, estado de salud y aspectos sociales³⁰.

Una de las principales preocupaciones de los sistemas de salud es el hecho de que los pacientes sean más capaces de participar en la toma de decisiones sobre sus tratamientos³¹, ya que, su cumplimiento está en función del estado emocional del paciente, la falta de motivación, desconocimiento, baja autoestima y factores culturales, entre otros. Por ello, se prestó particular atención a la falta de adherencia al tratamiento de hemodiálisis por los pacientes del Centro Nefrológico Integral Renal Care, de la ciudad de Huánuco, donde la mayoría cuenta con sesiones de hemodiálisis, las mismas que son pospuestas o discontinuadas por diversos motivos. La mayoría de los pacientes refieren alteraciones como la desnutrición debida a la eliminación de nutrientes, insomnio, fatiga, pérdida de movilidad, cansancio, palidez, hinchazón en los pies y tobillos, así como mal sabor en la boca producto de la no eliminación de desechos. Asimismo, se ven afectados con las relaciones con amigos, familiares; más aún, desde el punto de vista laboral se desincorporan, ya que tienen que dedicar tiempo para las sesiones, sin mencionar que los cambios psicológicos y metabólicos, producto de tal tratamiento, pueden transformar el bienestar.

En tal sentido, la esencia de enfermería es brindar un cuidado integral en el que se tenga en cuenta la satisfacción de necesidades biopsicosociales, culturales y espirituales del paciente, para mejorar o mantener su calidad de vida. Por tal razón, resulta ser de suma importancia

identificar la adherencia que tengan los pacientes a las sesiones de hemodiálisis y las respectivas causas que conllevan a las diferentes conductas que se puedan presentar, pues de esto depende, en gran medida, la labor profesional de enfermería para favorecer y mantener la adherencia al tratamiento con hemodiálisis³².

Es por ello, que se abordó la presente investigación, cuyo objetivo fue determinar la relación entre la calidad de vida con la adhesión al tratamiento de hemodiálisis de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care– Huánuco en el 2014.

1.2 . Formulación del problema

Problema general

Lo anteriormente planteado permitió proponer y realizar una investigación que da respuesta a las siguientes interrogantes:

Problema general

¿Existe relación entre la calidad de vida con la adhesión al tratamiento de hemodiálisis de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care– Huánuco en el 2014?

1.3 . Justificación

El presente estudio se justificó por las siguientes razones:

Teórica

Se admite que la adhesión a las prescripciones médicas es fundamental para la recuperación y el mantenimiento de la salud del paciente. La dificultad de los pacientes para cumplir con las indicaciones médicas, es un problema de enorme magnitud en todas las áreas y niveles de la atención médica.

Por ello, estudiar la calidad de vida y su relación con la adherencia al tratamiento de hemodiálisis de los pacientes con IRC, resulta relevante, pues estos fenómenos están estrechamente relacionadas: por un lado describir las dimensiones de la calidad de vida como consecuencia del padecimiento de la IRC, y por el otro, examinar el papel que ejercen estas dimensiones sobre el comportamiento de adhesión³³.

De otro lado, los problemas de la adherencia terapéutica han sido insuficientemente estudiados, debido a la escasa iniciativa de investigación en pacientes con IRC y también son escasas las intervenciones de modo directo y sistemático en este asunto. En consecuencia se requiere de trabajos investigativos que permitan conocer el comportamiento de la adherencia terapéutica en que aporten evidencias científicamente fundamentadas acerca de las causas del incumplimiento, de manera que los recursos invertidos en la salud produzcan los resultados esperados.

Práctico

Desde el punto de vista asistencial, la investigación le permite al profesional de enfermería poseer una percepción clara de cuáles son los factores del paciente que son influyentes en su conducta, específicamente ante la terapéutica indicada, en los cuales debe enfocar su cuidado, de acuerdo a las necesidades físicas, psicológicas y sociales. En tal efecto, deberá, utilizar el método de cuidado de enfermería desde la valoración hasta el logro de los resultados esperados para los mismos.

Social

La falta de adherencia al tratamiento de hemodiálisis, es un problema sumamente relevante en enfermedades crónicas como la IRC, ya que va a conllevar a altos costos para el paciente y los servicios de salud, debido a las secuelas físicas producidas por complicaciones agudas y/o crónicas, así como costos de rehabilitación, pérdida de productividad entre otros. El tratamiento que recibe el paciente con IRC es con frecuencia, complejo, costoso y difícil de seguir por sus efectos secundarios, y molestos que modifican la calidad de vida de quienes la padecen, alterando su funcionamiento físico y biopsicosocial del individuo.

El estudio es relevante en este campo de la salud, porque el equipo multidisciplinario trabaja coordinada y profesional cumpliendo una importante labor de liderazgo en la educación nefrológica sobre los cuidados que debe practicar el paciente para mejorar su calidad de vida.

1.4 . Propósito

Los resultados del estudio, proporcionarán información actualizada sobre este problema de salud pública, así mismo debe ser empleado como referencia para otras poblaciones con características similares, a fin de promover nuevos planes de atención al paciente y familia, haciendo énfasis en la atención holística que brinda el equipo multidisciplinario.

Asimismo, para enfermería, resulta importante la investigación de estos aspectos, ya que permite tener una visión más comprensiva del paciente con su medio así como las relaciones con variables como las mencionadas anteriormente (aspecto psicológico, afectivo, emocional).

1.5 . Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar la relación entre la calidad de vida con la adhesión al tratamiento de hemodiálisis de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care– Huánuco en el 2014.

Objetivos específicos

- Relacionar la calidad de vida en la dimensión bienestar emocional con la adhesión al tratamiento de hemodiálisis de los pacientes en estudio.
- Establecer la relación entre la calidad de vida en la dimensión relaciones interpersonales con la adhesión al tratamiento de hemodiálisis de los pacientes en estudio.

- Examinar la relación entre la calidad de vida en la dimensión bienestar material con la adhesión al tratamiento de hemodiálisis de los pacientes en estudio.
- Relacionar la calidad de vida en la dimensión desarrollo personal con la adhesión al tratamiento de hemodiálisis de los pacientes en estudio.
- Relacionar la calidad de vida en la dimensión bienestar físico con la adhesión al tratamiento de hemodiálisis de los pacientes en estudio.
- Valorar la relación entre la calidad de vida en la dimensión autodeterminación con la adhesión al tratamiento de hemodiálisis en los pacientes en estudio.
- Analizar la relación entre la calidad de vida en la dimensión inclusión social y la adhesión al tratamiento de hemodiálisis en los pacientes en estudio.
- Relacionar la calidad de vida en la dimensión derechos con la adhesión al tratamiento de hemodiálisis en los pacientes en estudio.

1.6 . Hipótesis de investigación

Hipótesis general

H0: La calidad de vida es independiente a la adhesión al tratamiento con hemodiálisis en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care– Huánuco- 2014.

Ha: La calidad de vida se relaciona con la adhesión al tratamiento de hemodiálisis de los pacientes con IRC del Centro Nefrológico Integral Renal Care– Huánuco en el 2014.

Hipótesis específicas

Ha1: La calidad de vida en la dimensión bienestar emocional se relaciona con la adhesión al tratamiento de hemodiálisis de los pacientes en estudio.

Ha2: La calidad de vida en la dimensión relaciones interpersonales se relaciona con la adhesión al tratamiento de los pacientes en estudio.

Ha3: La calidad de vida en la dimensión bienestar material se relaciona con la adhesión al tratamiento de hemodiálisis de los pacientes en estudio.

Ha4: La calidad de vida en la dimensión desarrollo personal se relaciona con la adhesión al tratamiento de hemodiálisis de los pacientes en estudio.

Ha5: La calidad de vida en la dimensión bienestar físico se relaciona con la adhesión al tratamiento de hemodiálisis de los pacientes en estudio.

Ha6: La calidad de vida en la dimensión autodeterminación se relaciona con la adhesión al tratamiento con hemodiálisis de los pacientes en estudio.

Ha7: La calidad de vida en la dimensión inclusión social se relaciona con la adhesión al tratamiento de hemodiálisis de los pacientes en estudio.

Ha8: La calidad de vida en la dimensión derechos se relaciona con la adhesión al tratamiento de hemodiálisis de los pacientes en estudio.

Hipótesis estadística

$H_0: X \text{ e } Y = 0$

$H_a: X \text{ e } Y \neq 0$

Conjugación de hipótesis

H₀: No existe relación entre las variables en estudio.

H₁: Existe relación entre las variables en estudio.

1.7 . Variables

Variable independiente

Calidad de vida

Variable dependiente

Adhesión al tratamiento con hemodiálisis en pacientes con IRC

1.8 . Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Calidad de vida	Nivel de calidad de vida	Cualitativa	Buena Regular Deficiente	Nominal politómica
	Bienestar emocional	Cuantitativa	Puntajes de la escala	De intervalo
	Relaciones interpersonales	Cuantitativa	Puntajes de la escala	De intervalo
	Bienestar material	Cuantitativa	Puntajes de la escala	De intervalo
	Desarrollo personal	Cuantitativa	Puntajes de la escala	De intervalo
	Bienestar físico	Cuantitativa	Puntajes de la escala	De intervalo
	Autodeterminación	Cuantitativa	Puntajes de la escala	De intervalo
	Inclusión social	Cuantitativa	Puntajes de la escala	De intervalo
	Derechos	Cuantitativa	Puntajes de la escala	De intervalo
VARIABLE DEPENDIENTE				
Adhesión al tratamiento con hemodiálisis	Existencia de adhesión	Cualitativa	Sí No	Nominal dicotómica
VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN				
Características demográficas	Edad	Cuantitativa	Años cumplidos.	De razón discreta

	Género	Cualitativa	Masculino Femenino	Nominal Dicotómica
	Procedencia	Cualitativa	Urbano Rural Urbano marginal	Nominal Politómica
Características sociales	Grado de escolaridad	Cualitativa	Primaria Secundaria Superior técnico Superior universitario	Nominal Politómica
	Ocupación	Cualitativa	Empleado público Técnico Obrero Comerciante Jubilado Ama de casa (otro)	Nominal Politómica
	Estado civil	Cualitativa	Soltero Casado/conviviente Divorciado/separado o Viudo	Nominal Politómica
Características de la enfermedad	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad	Cuantitativo	En años	De razón, discreta
	Medicación que recibe	Cualitativo	Tipo de medicamento	Nominal
	Presencia de enfermedad paralela	Cualitativo	Sí No	Nominal dicotómico
	Tiempo de tratamiento de hemodiálisis	Cuantitativo	En años	De razón, discreta

Definición de términos operacionales

- ✓ **Calidad de vida.** Hace referencia al bienestar, felicidad, satisfacción de la persona sometido a la hemodiálisis, que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. En la presente investigación se consideró las siguientes variables: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación,

inclusión social y los derechos; los cuales fueron medidos como bueno, regular y deficiente.

- ✓ **Adhesión al tratamiento con hemodiálisis.** Estuvo referido al grado en que el comportamiento de un paciente sometido a la hemodiálisis (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones efectuadas con el personal de salud responsable de su atención de salud.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

A continuación se presenta a las investigaciones que han servido de referencia en el presente estudio, los cuales se describen a continuación:

Antecedentes internacionales

En México, 2011, Osorio, Serna, Vélez³⁴, desarrollaron un estudio titulado “Inasistencia del paciente con insuficiencia renal crónica a su tratamiento de hemodiálisis en la unidad renal de Fresenius Medical Care Armenia”, cuyo objetivo fue identificar las causas y consecuencias de las inasistencias a las sesiones de hemodiálisis. Para ello tomaron el total de 86 pacientes con los que se cuenta en la unidad renal. Aquellos pacientes que inasistieron por lo menos 1 vez al mes en los primeros seis meses del año 2011, realizaron una encuesta a 18 pacientes, donde encontraron que la edad de los pacientes es un factor que influye por la dependencia de otras personas, para venir a su diálisis, debiéndose esta situación al bajo nivel de escolaridad. La inasistencia no se debe a causa de que el paciente no tenga transporte. Concluyeron que aquellos inasistentes tienen indicadores por debajo de los estándares, lo que hace que se deteriore su calidad de vida.

Este antecedente de estudio, fue uno de los más específicos en relación al estudio abordado, por ello fue de gran aporte en el manejo de la metodología en estudio.

En Venezuela, 2010, Devia, Falcón, Farfán, Vargas³⁵, abordaron un estudio descriptivo, de campo, de corte transversal; enmarcada en un enfoque positivista con un paradigma cuantitativo, titulado “Mecanismos de adaptación de los pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de hemodiálisis”, cuyo objetivo fue determinar los mecanismos de adaptación de los pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de hemodiálisis en la Unidad de Diálisis Lara II C.A., Barquisimeto. La población estuvo conformada por 12 pacientes asistentes a la Unidad de Diálisis de Lara, a quienes les aplicaron una encuesta de 33 preguntas; (compuesta por tres aspectos: psicológico, social y afectivo). Las cuales fueron respondidas previo consentimiento informado. Los resultados obtenidos de mayor relevancia en cuanto a lo psicológico fue que el 58% manifiesta buscar información sobre la hemodiálisis; en cuanto a lo afectivo, la población de estudio refirió que un 42% ha sentido a veces mucha ansiedad, y en cuanto a lo social, el 92% indicó que siempre es importante para ellos el apoyo familiar.

Este antecedente de investigación es el más próximo al estudio efectuado, puesto que aborda los mecanismos de adaptación de los pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de hemodiálisis, por ende nos guió en la descripción de la problemática en estudio.

En Colombia, 2008 Saad, Sepúlveda, Ibañez, Flórez, Herrán, Márquez³⁶, et al., abordaron un estudio sobre la “Adherencia de los pacientes con insuficiencia renal crónica a las sesiones de hemodiálisis del

Hospital Militar Central”, cuyo objetivo fue determinar la adherencia a las sesiones de hemodiálisis, de 71 pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) que asistieron a las sesiones programadas por el Hospital Militar Central. Para recolectar la información utilizaron dos cuestionarios: el primero, para caracterizar la población de estudio, y el segundo, para registrar la asistencia. En los resultados hallaron un porcentaje de cumplimiento del 98.6% (1939 sesiones cumplidas de 1967 programadas); por tanto, sólo se incumplió el 1.4% (28) de las sesiones. Entre los factores que permitieron mantener la adherencia a las sesiones de hemodiálisis se identificaron: la concientización de estos pacientes sobre las consecuencias de la inasistencia a las sesiones de hemodiálisis, que los expone al descontrol de la enfermedad y a que el tratamiento sea ineficaz; la conformidad con el horario de las sesiones; la satisfacción con el personal de salud que los atiende y la aceptación de la enfermedad.

Este antecedente de investigación presenta afinidad con el estudio abordado, puesto que desarrolla la temática de la adherencia de los pacientes con insuficiencia renal crónica, hecho que orientó la discusión de los resultados.

En Colombia, en el 2006; Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez, Fajardo³⁷; desarrollaron un estudio titulado “Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis”; el propósito fue describir la calidad de vida de un grupo de 33 pacientes en tratamiento de hemodiálisis y observar si ésta presentaba

características distintas en función de la adhesión al tratamiento. Utilizaron el cuestionario de salud SF-36 y registraron datos bioquímicos y clínicos con base en los cuales los especialistas reportaron su criterio médico de adhesión. Observaron un deterioro importante en las dimensiones evaluadas, no obstante la función social encontraron preservada. Los resultados de la prueba t de Student para grupos independientes mostró diferencias significativas en función física, entre los pacientes con y sin adhesión al tratamiento (n = 19 y n = 13 respectivamente). Asimismo, el primer grupo reportó mejor calidad de vida relacionada con salud mental, mientras que el segundo con aspectos físicos.

Este antecedente de investigación, proporcionó un marco de referencia para la discusión de los resultados.

En Chile, en el 2006, Rodríguez, Castro, Merino³⁸, desarrollaron un estudio descriptivo de corte transversal titulado “Calidad de vida en pacientes renales hemodializados”; cuyo propósito fue conocer las características personales y calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis. El grupo de estudio estuvo constituido por 90 pacientes de dos centros de diálisis de la ciudad de Concepción. La calidad de vida lo midieron a través del cuestionario genérico de salud SF-36. Aproximadamente la mitad de los pacientes tenían entre 45 y 64 años, la distribución por sexo fue prácticamente similar, tres cuartas partes de los sujetos se declararon con pareja , más de la mitad poseía baja escolaridad y todos poseían algún

sistema previsional. El valor más alto de calidad de vida fue 81,8% y el más bajo 3,25. Concluyeron que aproximadamente la mitad de las personas encuestadas tenía una calidad de vida por sobre el nivel promedio.

Este antecedente de investigación fue afín con este estudio, puesto que orientó en el conocimiento de la variable calidad de vida.

Antecedentes nacionales

En Lima, 2008; Molina³⁹, desarrolló un estudio cuantitativo, de método descriptivo-correlacional titulado “Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional "Dos de Mayo"; cuyo objetivo fue determinar la adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida del paciente diabético. La muestra estuvo conformada por 132 pacientes que asistieron al programa de diabetes, el instrumento de recolección de datos fue el cuestionario y la técnica aplicada fue la entrevista. Los resultados fueron: el 68.9%(91) de la población encuestada presentó una regular adherencia al tratamiento; el 79.5%(105) presentó una regular calidad de vida y se comprobó la relación estadística $p=0.01$ entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes diabéticos que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional “Dos de Mayo”; las conclusiones a las que arribaron fueron: los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, presentaron una regular adherencia al tratamiento, una regular calidad de vida y se obtuvo una relación significativa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida.

Este antecedente de investigación es uno de los más específicos en relación al estudio abordado, aunque fue desarrollado en pacientes diabéticos; ello orientó en el diseño de la metodología del estudio.

En Arequipa, 2006; Hinojosa⁴⁰; desarrolló un estudio de tipo longitudinal descriptivo titulado, “Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica ESSALUD”; cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustituto en: hemodiálisis, DIPAC y/o trasplante renal en EsSALUD Red Asistencial Arequipa. Para determinar los índices de calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC), aplicaron una entrevista semiestructurada concordante al modelo de intervención que optó por hemodiálisis, Diálisis Peritoneal Ambulatoria y/o Trasplante Renal, a la que se ha integrado: la expectativa laboral y el consentimiento informado. La muestra según los grupos de estudio comprendió un total de 136 pacientes, cuyas edades oscilaban entre 14 a 85 años con una media de 58.81 años. La valoración global del estado de salud, para el grupo de investigación tuvo un 52.06% de apreciación de buena calidad de vida. Independientemente del modelo de atención, la percepción de la salud general informada por estos pacientes con respecto a las perspectivas de su salud en el futuro y la resistencia a enfermar, es regular a baja. El rol físico alcanzó una de las medias más bajas de la población en estudio, se pudo observar que más de un 70% de los pacientes declaró que su salud física interfiere en el desempeño de su trabajo. En la escala de la función

física se obtuvo los siguientes resultados: en el grupo de hemodiálisis se observa un porcentaje de 38.67% mala y un 61.33% buena en DIPAC, el 31.58% mala y un 68.42 buena y en el grupo de trasplante renal el 100% es buena; para el dolor corporal, encontramos que en el grupo de hemodiálisis un 46.67% mala y un 53.33%, buena, en DIPAC el 31.68 % mala y un 68.42% buena y en el grupo de trasplante renal el 75 % es mala y buena en un 25%. El grupo de trasplante Renal presentó una expectativa laboral del 75% frente a un 59.89% del grupo de DIPAC mientras que el grupo de hemodiálisis solo el 34.44 % presentó una expectativa laboral de parcial a normal.

Este antecedente de investigación sirvió para fundamentar la descripción del problema en estudio en el contexto nacional.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Modelo de adaptación de Callista Roy

El Modelo de Roy citado por Devia, Falcón, Farfán, Vargas⁴¹, describe que la capacidad para la adaptación depende de los estímulos a que se está expuesto y su nivel de adaptación, y éste a la vez depende de tres clases de estímulos: focales, los que enfrenta de manera inmediata, contextuales, que son todos los demás estímulos presentes. Residuales, los que la persona ha experimentado en el pasado. Considera que las personas tienen cuatro modos o métodos de adaptación: fisiológico, autoconcepto, desempeño de funciones y relaciones de interdependencia.

El resultado final más conveniente es un estado en el cual las condiciones facilitan la consecución de las metas personales, incluyendo supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

Roy⁴², en su Modelo Teórico describe a las personas como seres holísticos, con partes que funcionan como unidad con algún propósito; no en una relación causa – efecto. Los sistemas humanos incluyen a las personas como individuos, grupos, familias, comunidades, organizaciones y, a la sociedad como un todo. Por otra parte, expresa que los seres humanos se adaptan a través de procesos de aprendizajes adquiridos mucho tiempo atrás; por lo cual, el personal de enfermería debe considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, que forma parte de un contexto del cual no se debe separar. Este concepto está directamente relacionado con el concepto de adaptación, de tal forma que la percepción que se tiene de las situaciones a las cuales se enfrenta es individual y diferente para cada uno⁴³.

En el caso específico de la temática que se viene abordando en el presente estudio, el paciente con Enfermedad Renal Crónica que inicia terapia de Hemodiálisis, utiliza mecanismos adaptativos que lo ayudarán a afrontar a este nuevo estilo de vida. En ese sentido, se puede decir, que estos mecanismos pueden ser de tipo psicológicos, sociales y afectivos; y la efectividad del uso de estos mecanismos va a depender del entorno en que se desarrolla la persona; por lo tanto, el profesional de Enfermería al establecer una relación con este tipo de pacientes, debe tener en cuenta la

autodeterminación de la persona y, los mecanismos que ésta emplea para lograr la adaptación.

En consecuencia, el profesional de enfermería debe ser consciente de que constituye un estímulo para el paciente, lo cual puede afectar en forma positiva o negativa en su adaptación, por ende en su adherencia a su tratamiento.

2.2.2 Teoría de la incertidumbre

Esta teoría desarrollada por Merle⁴⁴, quién la define como la inhabilidad del sujeto para determinar el significado de los eventos relacionados con una enfermedad, y ocurre en situaciones donde debe tomar decisiones, siendo incapaz de asignar valores definitivos a objetos y eventos; y de predecir consecuencias con exactitud debido a la escasez de información y conocimiento⁴⁵.

La incertidumbre, como un estado cognitivo, aparece cuando un evento no es adecuadamente estructurado o categorizado debido a que la información del paciente sobre el suceso en cuestión es escasa. Estos eventos que causan incertidumbre pueden ser la mayor fuente de estrés, pudiendo tener un efecto inmovilizador sobre procesos anticipatorios de afrontamiento, y puede provocar también confusión mental, provocando reactividad fisiológica y aumentando la emocionalidad del paciente⁴⁶.

Del mismo modo, la teoría de incertidumbre tiene su más fuerte apoyo entre los sujetos que están experimentando la fase aguda de una

enfermedad, o están en una fase crónica con deterioro lento y progresivo de su cuerpo; en este caso la fase crónica de un IRC⁴⁷.

La teoría de la incertidumbre es reconocida por el profesional de enfermería, en su práctica para discutir una nueva probabilidad de afrontamiento con los pacientes, a fin de tratar de evitar el efecto inmovilizador en el mismo. Dado que la incertidumbre produce estrés, la habilidad del profesional de enfermería, podría disminuir este grado de incertidumbre, en la medida en que provea información periódica y cierta sobre su estado al paciente con IRC y a su familia.

Por ello es importante que el profesional de enfermería, propicie la manifestación de emociones del paciente para identificar situaciones de estrés, desadaptabilidad, crisis, temores, para trabajar en equipo un plan individual con el paciente. El afrontamiento le permite al paciente la aceptación y el sobreponerse a su proceso salud/ enfermedad, lo cual puede llegar a constituir avances en su mejor calidad de vida.

2.2.3 Teoría de la crisis

Lindemann, en colaboración con Kaplan⁴⁹, desarrollaron esta teoría como un marco referencial para el tratamiento de situaciones de duelo. Una crisis se define como una respuesta a eventos conflictivos, internos o externos, y experimentada como un estado doloroso. Para defenderse de esta situación la persona utiliza mecanismos que le ayudan a aliviar su molestia y así volver a restablecer su equilibrio previo. Estos mecanismos pueden ser adaptativos o desadaptativos. En ambos casos el dolor intenso

puede ser superado, pero en el segundo el dolor puede ser intercambiado por síntomas psiquiátricos que en algunas personas pueden cristalizar en un estilo neurótico de conducta, que restringe sus habilidades para funcionar libremente; en el peor de los casos la situación de crisis no logra ser estabilizada y puede llevar a la persona a reacciones aún menos adaptativas como el suicidio, el homicidio o ambos.

Una crisis surge cuando una persona enfrenta un obstáculo importante en relación con los objetivos de vida, y le es imposible superarlo mediante los métodos habituales de solución de problemas. No todas las circunstancias adversas provocan una crisis o una enfermedad, pero sí desestabilizan a la persona⁴⁸.

2.2.4 El modelo de las Creencias sobre la Salud

Fue propuesta por Becker y Rosenstok en 1984, citado por Molina⁵⁰, según el cual las creencias del paciente sobre la susceptibilidad y severidad de la enfermedad, la percepción de beneficios y barreras, la motivación hacia la salud y el valor asignado a la salud constituyen aspectos asociados a conductas saludables, entre ellos, la adherencia.

2.3 BASES CONCEPTUALES: adhesión al tratamiento de hemodiálisis

2.3.1 Tratamiento sustitutivo de la función renal

Las modalidades de diálisis utilizadas con mayor frecuencia son la hemodiálisis (HD) y la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA).

Según datos de la Sociedad Española de Nefrología, ninguna de estas alternativas consigue sustituir las funciones endocrinas y metabólicas del riñón, pero sí las de regulación del equilibrio hidroelectrolítico del organismo, lo cual es suficiente para que una persona con IRC pueda vivir.

Por el contrario, mediante el trasplante renal se consigue restablecer en el organismo todas las funciones del riñón, de modo que, para aquellas personas con unas condiciones físicas adecuadas para someterse a un trasplante, la diálisis es un tratamiento de espera hasta que hay un órgano disponible⁵¹. Para fines del presente estudio solo se describirán a la hemodiálisis:

2.3.2 La hemodiálisis

Según Harrison⁵², la hemodiálisis “es un proceso que se basa en el principio de la difusión de solutos a través de una membrana semipermeable. El movimiento de productos metabólicos de desecho ocurre a lo largo de un gradiente de concentración desde la circulación sanguínea hacia el líquido de la diálisis.

Por otro lado, Tapia⁵³, refiere que “la hemodiálisis es un proceso que consiste en filtrar la sangre del paciente a través de la máquina de diálisis atravesando un filtro de limpieza y volviendo de nuevo al paciente. En este orden de ideas, Borrero⁵⁴, hace referencia que la hemodiálisis “es la principal y más segura estrategia para el manejo de la insuficiencia renal aguda establecida. Sus indicaciones son sobre carga hidroelectrolítica, hipercalemia moderada o severa, cambios electrocardiográficos de

hipercalcemia con cualquier concentración sérica de potasio, acidosis metabólica moderada o severa, síndrome urémico, especialmente encefalopatía, y pericarditis y aunque no uniformemente reconocido, anuria. En la actualidad, no cabe ninguna duda sobre el beneficio de la hemodiálisis”.

En la hemodiálisis se emplea una fístula (unión de una vena con una arteria) y debe asistir tres veces por semana durante cuatro horas para conectarse a una máquina⁵⁵ que limpia la sangre. Adicional a la terapia sustitutiva, el paciente debe continuar con restricciones de alimentos que contengan potasio, fósforo y alta restricción en proteína, en el consumo de líquidos, y aumento en la toma de medicamentos⁵⁶.

2.3.3 La adhesión

El término adhesión, se aplica al grado de cumplimiento por parte del paciente de las indicaciones médicas en términos de ingesta de medicamentos, seguimiento de dietas, concreción de cambios en estilos de vida, etc.

Numerosos autores proponen el uso del término adhesión en lugar de “compliance” pues este sugiere una actitud de pasividad en un paciente que sigue fielmente las indicaciones del personal de salud.

Según la OMS, citado por Osorio, Serna, Vélez⁵⁷, la adherencia es el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas, más cerca de la realidad: la adherencia es el grado en que el comportamiento de una

persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria⁵⁸.

De acuerdo a la revista Nurse, también citado por Osorio, Serna, Vélez⁵⁹, la adherencia es el compromiso voluntario y colaborador por parte del paciente con el objetivo mutuo de conseguir el resultado preventivo o terapéutico deseado, en este caso representa: rol activo del paciente, compromiso de aceptación de las indicaciones médicas y responsabilidad compartida con el profesional.

Por otro lado el concepto de adhesión implica una activa y voluntaria colaboración con el plan de cuidado de la salud e incorpora las creencias y actitudes del paciente como factores relevantes a ser tomados en cuenta por el personal de salud⁶⁰.

2.3.4 Factores determinantes de la adhesión al tratamiento

La determinación de la adhesión al tratamiento es multicausal, tal como lo plantea Bernardi, Ceretti, Schwartzmann⁶¹, quienes plantean los siguientes factores:

2.3.4.1. Factores biomédicos:

Tipo de enfermedad: aguda, crónica, limitante, dolorosa, etc.
Características del tratamiento: medicamentos, dosis, frecuencia, c/s ef. secundarios, invasividad, prolongación en el tiempo, curativo, paliativo, exigencia de cambios de estilos de vida, etc.

2.3.4.2. Factores psicológicos y sociales

Psicología y psicopatología del paciente: creencias acerca de la salud, depresión, autoestima, enfermedad mental, etc.

Factores sociofamiliares: soporte social, relaciones familiares, nivel económico, etc.

Culturales: hábitos alimentarios, idioma, religión, etc.

2.3.4.3. Factores asistenciales:

Relación médico- paciente: comunicación, manejo de la información, etc. Características del profesional de la salud: conocimiento, actitud, destreza, creencias acerca de la salud, etc.

Disponibilidad y acceso a la atención médica: cobertura asistencial, transporte, distancia, etc.

2.3.5 Adhesión al tratamiento de hemodiálisis

Martín⁶², señala que la adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. Sin embargo, es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado.

Por otro lado, la escasa adherencia al tratamiento, mejor llamada adhesión, en cuanto implica un papel activo del sujeto⁶³, constituye un problema ampliamente extendido en los pacientes con insuficiencia renal crónica⁶⁴, lo que puede generar graves consecuencias para el paciente,

entre ellas, malnutrición, neuropatías, enfermedad en los huesos, falla cardíaca e incluso la muerte⁶⁵.

Por otra parte, la escasa adhesión al régimen terapéutico compromete gravemente su efectividad, disminuye la percepción de bienestar de los pacientes y puede generar costos adicionales al sistema de salud; por ello, las intervenciones deben ir encaminadas a mejorar esta situación y a hacer un importante aporte a nivel de prevención secundaria (modificación de conductas inapropiadas) y terciaria (disminuir las consecuencias de la enfermedad como la repercusión en otros órganos) de los pacientes renales⁶⁶.

El comportamiento de no adhesión se manifiesta de diversas maneras: incumplimiento en la dieta, ingesta de medicamentos y restricción de líquidos y faltar o solicitar reducir el tiempo de las sesiones de diálisis⁶⁷.

Estimar estos criterios de no adhesión implica ciertas dificultades metodológicas, no obstante, los más utilizados son la ganancia de peso interdiálisis (GPI), para evaluar el cumplimiento en la restricción de líquidos⁶⁸, el cumplimiento con la dieta y la medicación es estimado por niveles de potasio y fosfato en suero en prediálisis y el cumplimiento a las sesiones de diálisis. Se recomienda además como indicador de no cumplimiento, acortar las sesiones o faltar a alguna de ellas^{69,70}.

2.3.6 Indicadores de la no adhesión

Las investigaciones realizadas han identificado algunos indicadores relacionados con escasa adhesión al tratamiento, estas son: la edad avanzada, el consumo de tabaco, bajo nivel educativo, depresión y baja percepción de daño, efectos secundarios de los medicamentos, creencias y actitudes del paciente con respecto a la salud, instrucciones poco claras, fallas en la comunicación médico-paciente, complejidad de los regímenes, escasa comprensión de la razón de las terapias y dificultades socioeconómicas⁷¹.

Según Mautone⁷², los indicadores son los siguientes: falta a sesión de HD, tiempo en minutos de HD, ganancia de peso interdialítico y concentración de K en sangre.

2.4 Bases conceptuales: calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica

2.4.1 . Conceptualización de la calidad de vida

No existe una definición única de calidad de vida, distintos autores utilizan diferentes definiciones implícitas pero no las explicitan.

Tomando en cuenta la importancia y trascendencia de la calidad de vida en la autorrealización de las personas, la OMS⁷³, la define de la siguiente manera: "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 e inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

Según referencias de Palomba⁷⁴, la calidad de vida representa un "término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida 'objetivas' y un alto grado de bienestar 'subjetivo', y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades".

Por su parte, Celia y Tulsy citado por Ardila⁷⁵, señala que la calidad de vida es la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal.

En tanto, Ardila⁷⁶, refiere que la calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona; posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye aspectos subjetivos como la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva.

2.4.2. Valoración de la calidad de vida

Dado que la calidad de vida es un concepto en el que convergen múltiples factores, ésta debe evaluarse a través de distintas áreas. Al

respecto Sanabria, citado por Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez, Fajardo⁷⁷; señala que se debe abordar los dominios psicopsicológico y social. En el primero, se evalúan atributos como los síntomas, el funcionamiento físico y la discapacidad; en el dominio psicológico se consideran el de satisfacción, el bienestar percibido, la ansiedad, la depresión y la autoestima; y en el tercer dominio se valoran las relaciones interpersonales del paciente, la actividad diaria y la rehabilitación laboral, entre otros.

Según Velarde y Ávila citado por Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez, Fajardo⁷⁸, esta valoración de la calidad de vida relacionada con la salud incluye aspectos objetivos y subjetivos, con el fin de realizar una evaluación completa e integral del individuo.

2.4.3 Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal

La calidad de vida que percibe el individuo está en función de diversos factores, lo que supera la presencia misma de la enfermedad crónica y su tratamiento, y de lo que dependerá en cierta medida el bienestar del paciente, así como la adhesión y la respuesta al tratamiento de sustitución renal. No obstante, de acuerdo con las evidencias, en términos generales la insuficiencia renal crónica y las características del tratamiento alteran de manera notable la calidad de vida del paciente a nivel físico, psicológico y social⁷⁹.

En lo que se refiere a la Enfermedad Renal Crónica (ERC), se puede decir que ésta consiste en una disminución progresiva y global de la función

renal, que alcanza un nivel inferior al 10% en la ERC terminal, estadio más grave de la Enfermedad Renal, durante el cual se hace necesaria para la supervivencia, la implementación de un tratamiento sustitutivo de la función renal mediante trasplante o diálisis (diálisis Peritoneal ambulatoria Continua, Diálisis Peritoneal automatizada o Hemodiálisis)⁸⁰.

Álvarez citado por Devia, Falcón, Farfán, Vargas⁸¹; menciona que los pacientes con ERC suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales, como ansiedad y depresión; asociadas a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por la ERC y al tratamiento de HD. La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice del impacto de la enfermedad renal y la HD, sobre sus condiciones de vida; también, se relaciona con las habilidades individuales para adaptarse a la condición de dependencia del programa de HD.

En consecuencia, en los pacientes con IRC, la calidad de vida suele verse afectada por el deterioro en las relaciones familiares, maritales, condición laboral/ocupacional, situación económica, estado de salud y aspectos sociales⁸².

2.4.4. Dimensiones de la calidad de vida

En el presente estudio se ha considerado ocho dimensiones para valorar la calidad de vida, el mismo que ha sido parte del aporte de diversos autores, de los cuales se destacan a Verdugo, Arias, Gómez, Schalock⁸³; a continuación se define brevemente a cada uno de ellos:

2.4.4.1 Bienestar emocional

Hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso. Se evalúa mediante los indicadores: satisfacción, autoconcepto y ausencia de estrés o sentimientos negativos.

2.4.4.2 Relaciones interpersonales

Está referida al hecho de relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, compañeros, etc.). Se mide con los siguientes indicadores: relaciones sociales, tener amigos claramente identificados, relaciones familiares, contactos sociales positivos y gratificantes, relaciones de pareja y sexualidad.

2.4.4.3 Bienestar material

Considera el hecho de tener suficiente dinero para comprar lo que se necesita y se desea tener, tener una vivienda y lugar de trabajo adecuados. Los indicadores evaluados son: vivienda, lugar de trabajo, salario (pensión, ingresos), posesiones (bienes materiales), ahorros (o posibilidad de acceder a caprichos).

2.4.4.4 Desarrollo personal

Hace referencia a la posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente. Se mide con los indicadores: limitaciones/capacidades, acceso a nuevas tecnologías, oportunidades de aprendizaje, habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación).

2.4.4.5 Bienestar físico

Está referido al hecho de tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables. Incluye los indicadores: atención de salud, sueño, salud y sus alteraciones, actividades de la vida diaria, acceso a ayudas técnicas y alimentación.

2.4.4.6 Autodeterminación

Considera el hecho de decidir por sí mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que quiere, cómo quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde vive, las personas con las que está. Los indicadores con los que se evalúa son: metas y preferencias personales, decisiones, autonomía y elecciones.

2.4.4.7 Inclusión social

Está referida al hecho de ir a lugares de la ciudad o del barrio donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más. Sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas. Evaluado por los indicadores: integración, participación, accesibilidad y apoyos.

2.4.4.8 Derechos

Está referido al hecho de ser considerado igual que el resto de las personas, que le traten igual, que respeten su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad, derechos. Los indicadores utilizados para evaluar esta dimensión son: intimidad, respeto, conocimiento y ejercicio de derechos.

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Ámbito del estudio

Este estudio se llevó a cabo en el centro de tratamiento de enfermedades del riñón “INTEGRAL RENAL CARE”, institución terciarizada especializado en la atención de los pacientes del hospital base II ESSALUD, Huánuco.

El período de estudio estuvo comprendido entre los meses de abril del 2013 a agosto del 2014.

3.2. Tipo de estudio

De acuerdo a la intervención del investigador, la presente investigación fue **observacional**, puesto que no hubo manipulación de variables.

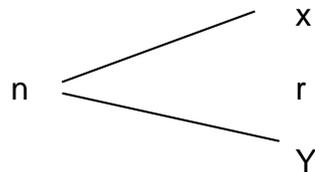
Por el número de variables, la presente investigación fue **analítica**; se tuvo dos variables en estudio.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio fue **prospectivo**, porque se registraron la información según como fueron ocurriendo los fenómenos en el momento de los hechos.

Por el período y secuencia del estudio fue **transversal** porque las variables fueron estudiadas en un solo período de tiempo.

3.3. Diseño del estudio

El diseño utilizado para la presente investigación fue el correlacional, tal como se presenta a continuación:



Dónde:

n = pacientes con IRC

X = calidad de vida

Y = adhesión al tratamiento de hemodiálisis

r = Relación entre las variables X y Y

3.4. Método de estudio

En el estudio se aplicó el método hipotético-deductivo, el cual es el procedimiento para ejercer la práctica científica. Es aquel método que partiendo de unas premisas teóricas dadas llega a unas conclusiones determinadas a través de un procedimiento de inferencia o cálculo formal.

El paso de las premisas a la conclusión o conclusiones se realizó a través de tres fases o momentos: I. Observación, II. Formulación de hipótesis y III. Verificación o contrastación de las hipótesis:

En la fase I de la observación, se realizó el análisis del problema en estudio, para poder llegar a la segunda fase que la formulación de las hipótesis de investigación expliquen los hechos observados. Una vez formulada la hipótesis y sus consecuencias fue preciso proceder a su

verificación o contrastación, esto se realizó a través de diferentes métodos inferenciales.

3.5. Población muestral

Estuvo constituido por todos los pacientes sometidos a hemodiálisis en el Centro Nefrológico integral Renal Care de Huánuco, los cuales suman un total de 22 pacientes, quienes cumplieron las siguientes características:

Características de la población:

- **Criterios de inclusión.** Se incluyeron en el estudio a los pacientes que:
 - Tuvieron diagnóstico médico de IRC.
 - Iniciaron el tratamiento de hemodiálisis por más de 3 meses.
 - Estuvieron lúcidos y orientados en tiempo, espacio y persona.
 - Acudieron normalmente al centro.
 - Aceptaron participar en el estudio (firmaron el consentimiento informado).

- **Criterios de exclusión.** Se excluyeron del estudio a los pacientes que:
 - Estuvieron atravesando una crisis emocional.
 - No se encontraron en el momento del estudio.
 - Que rechazaron el consentimiento informado.

- Estuvieron temporalmente recibiendo hemodiálisis.

3.6. Muestra

- **Unidad de análisis**

Los pacientes con IRC

- **Unidad de muestreo**

Los mismos que forman parte de la unidad de análisis

- **Marco muestral**

Registro de atenciones del Centro Nefrológico integral Renal Care de Huánuco.

- **Tamaño de la población muestral**

- Debido al tamaño pequeño de la población se trabajó con la totalidad de los 22 usuarios del Centro Nefrológico integral Renal Care de Huánuco por lo tanto se trabajó con una población muestral.

- **Tipo de muestreo**

La selección de la muestra se realizó mediante el muestreo no probabilístico, según criterio de los investigadores involucrados en el presente estudio.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En la presente investigación se aplicó para la recolección de datos, el método de la entrevista y observación; mientras que los instrumentos de recolección de datos fueron:

- **Encuesta sociodemográfica (anexo 1).** Este instrumento consta de tres dimensiones (características demográficas, sociales y características propias de la enfermedad) y diez reactivos los cuales buscan caracterizar la muestra en estudio.
- **Escala Gencat (anexo 2).** Es un instrumento de evaluación objetiva diseñado de acuerdo con los avances realizados sobre el modelo multidimensional de calidad de vida propuesto por Verdugo, Arias, Gómez, Schalock⁸⁴, que actualmente cuenta con gran aceptación internacional. La Escala GENCAT fue pensada para ser utilizada como instrumento para la mejora continua de los servicios sociales, con la intención de que los planes de atención y apoyo que éstos realizan sean más personalizados y adecuados a las necesidades actuales y futuras de los usuarios. Asimismo, la Escala GENCAT ha sido construida con rigor metodológico, combinando metodologías cuantitativas y cualitativas, y desarrollando un proceso de elaboración que ha servido como modelo en otros países para la construcción de escalas de calidad de vida multidimensionales centradas en el contexto.

La Escala GENCAT es aplicable a cualquier usuario con una edad mínima de 18 años. Se trata de un cuestionario autoadministrado, en el que un informador –preferentemente un profesional de los servicios sociales– responde a cuestiones observables de la calidad de vida del usuario. El tiempo de

cumplimentación oscila entre 10 y 15 minutos, pero puede alcanzar unos 30 minutos si sumamos el tiempo de lectura del manual donde se facilita al profesional toda la información necesaria para poder responder de forma autónoma. Cuando esta tarea exige más de 45 minutos, es probable que el informador tenga un problema para asumir el papel de observador externo, para proporcionar información de modo objetivo o que no conozca suficientemente a la persona que está evaluando. La calidad de vida es evaluada a través de 69 ítems distribuidos en ocho subescalas que se corresponden con las dimensiones del modelo de calidad de vida: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

- **Test de Morisky-Green-Levine (anexo 3).** Para el estudio de la adherencia terapéutica se utilizó el test Morisky-Green, consiste en un autoinforme de los pacientes sobre adherencia terapéutica. (Se consideró cumplidor aquel paciente que responde de forma correcta a las 4 preguntas). Este test es uno de los más utilizados y demuestra más eficacia para diagnosticar al paciente no adherente con patologías crónicas.

3.8. Validez de los instrumentos de recolección de datos

3.8.1. Validez de contenido

Los anexos 2 y 3, fueron sometidos a la validez de contenido mediante un juicio de expertos, para así tratar de determinar hasta dónde los reactivos de dichos instrumentos eran representativos del dominio o universo de contenido y del alcance del constructo que deseamos medir. Para lo cual se procedió de la siguiente manera:

Se seleccionó a 3 jueces o expertos quiénes, *juzgaron cualitativamente* la “bondad” de los reactivos, en términos de relevancia, claridad y la no tendenciosidad en la formulación de los ítems. Para ello los jueces recibieron suficiente información escrita acerca del propósito del estudio, objetivos e hipótesis, operacionalización de las variables entre otros. Del mismo modo, las opiniones y recomendaciones de los jueces sirvieron para mejorar el instrumento de recolección de datos.

Al final, todos los expertos consideraron pertinente aplicar la encuesta de exposición de peligros ocupacionales.

3.8.2. Validez racional

Los instrumentos de investigación (anexo 2 y 3) inferenciables, aseguraron la representatividad de todas sus dimensiones, ya que los constructos medidos, están literariamente bien definidos, gracias a la revisión actual y completa de los antecedentes de investigaciones relacionados a la temática en estudio.

3.8.3. Validación por consistencia interna (confiabilidad de los instrumentos de medición)

Para estimar la confiabilidad de los instrumentos de medición inferenciables, vimos por conveniente aplicar la validez de consistencia interna, para la cual empleamos el alfa de Crombach para el anexo 2, y el índice *KR - 20 de Kuder Richardson*, para evaluar las dimensiones del anexo 3.

Se realizaron dichas medidas en los resultados de una muestra piloto (se aplicó los instrumentos en un contexto similar), en donde se identificaron también otras dificultades, principalmente de carácter ortográfico, palabras poco entendibles, ambigüedad en los términos y el control del tiempo necesario para cada instrumento; esta pequeña prueba se realizó en otro establecimiento de salud de nuestra localidad (Hospital Regional Hermilio Valdizán unidad de hemodiálisis). Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Tabla A. Estimación de la confiabilidad por el método de consistencia interna de Alfa de Crombach para el anexo 2.

	(n _p = 10)
Escala Gencat	Alfa
	0,91

Fuente: prueba piloto.

Tabla B. Estimación de la confiabilidad por el método de consistencia interna de Kuder Richardson para el anexo 3.

	(n _p = 10)
Test de Morisky-Green-Levine	KR - 20
	0,84

Fuente: prueba piloto.

Al estimar el coeficiente de consistencia interna en ambos instrumentos, se concluye que los resultados obtenidos para sus

respectivas dimensiones son “muy altos”, por lo cual fueron considerados confiables para los propósitos de la presente investigación.

3.9. Procedimientos de recolección de datos

Una vez obtenido el permiso de la institución ámbito del estudio, se procedió a revisar las historias clínicas de los pacientes con terapia de sustitución renal (hemodiálisis), y se verificó que cumplieran con los criterios de inclusión para participar en el estudio, entre ellos, llevar por lo menos tres meses en tratamiento, ser adulto y estar en condiciones físicas y psicológicas para responder los instrumentos de recolección de datos. Una vez seleccionados los pacientes, se les informó acerca del objetivo de la investigación y se les solicitó, por escrito, consentimiento informado para participar en el estudio. Se les aclaró el manejo ético de la información, y que no recibirían remuneración económica por su participación, asimismo, se les recordó que podrían retirarse de la investigación cuando ellos así lo consideraran. Una vez obtenido el consentimiento, se diligenció la ficha de datos sociodemográficos con base en las historias clínicas y se procedió a aplicar el instrumento.

Debido a su nivel educativo o a su condición física, algunos pacientes requirieron asistencia para diligenciar el instrumento.

3.10. Elaboración de datos

Durante la revisión de datos, se examinó en forma crítica a los instrumentos, a los que se les aplicó un control de calidad a fin de hacer las

correcciones necesarias. Seguido a esta etapa, se realizó la **codificación de los datos**, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables del estudio. Finalmente, **clasificamos los datos** de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal, con los cuales lo presentamos en tablas académicas y en figuras.

3.11. Análisis e interpretación de datos

Análisis descriptivo: se detalló las características de cada una de las variables, de acuerdo al tipo de variable con la que se trabajó (categórica o numérica); se tuvo en cuenta las medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y de frecuencias, para las variables categóricas. Se emplearon figuras, para facilitar la comprensión y hacerla simple y resaltante.

Análisis inferencial: el análisis estadístico fue mediante un análisis bivariado, previa aplicación de la prueba de normalidad de Shapiro Wilk, con la que se determinó el uso de la prueba r de Pearson y el Rho de Spearman, con un nivel de significancia de $p \leq 0.05$. Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22,0 para Windows.

3.12. Aspectos éticos

Durante el desarrollo de la investigación se puso en práctica la ética y el rigor científico expuestos en el informe Belmont, donde se formulan los tres principios cuyo respeto garantizó una investigación moralmente correcta. Principio de respeto a las personas se trató a los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento en hemodiálisis, como seres autónomos, que tendrá la potestad de entrar en la investigación voluntariamente y con la

información adecuada, su conformidad se dio confirmado con sentimiento informado. (Anexo 04).

El principio de beneficencia el cual se dio evidenció en el cuidado de los investigadores de proteger la identidad de los(as) pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento en hemodiálisis a través del uso de un código, así como evitar su exposición a cualquier daño procurando su bienestar, asegurando que sus opiniones solo sirvan para fines de esta investigación. Los resultados obtenidos, serán utilizados estrictamente para fines de la investigación. Los(as) investigadoras brindaron seguridad a los(as) pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento en hemodiálisis de la investigación, cuidando que la información obtenida no sea usada contra ellos. Principio de justicia y equidad el cuál se evidenciará en el trato y respeto que los(as) investigadoras brindaron a los(as) pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento en hemodiálisis durante y después de su participación, empezando por una selección sin una discriminación alguna y el cumplimiento de lo establecido del investigador y el participante.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

Tabla 01. Características sociodemográficas de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

Características demográficas	n=22	
	fi	%
Edad		
Menor de 20 años	1	4,5
21 a 30 años	5	22,7
31 a 40 años	2	9,1
41 a 50 años	1	4,5
51 a 60 años	6	27,3
61 a 70 años	6	27,3
Mayor de 70 años	1	4,5
Género		
Masculino	16	72,7
Femenino	6	27,3
Procedencia		
Urbano	17	77,3
Rural	2	9,1
Urbano marginal	3	13,6
Total	22	100,0

Fuente: Guía de entrevista sociodemográfica (Anexo 01).

En la tabla 01 se aprecia las características demográficas de los pacientes con IRC, del Centro Nefrológico Integral Renal Care, cuyos hallazgos indican que alrededor de la mitad de ellos [54,6% (12)] tenían edades entre 51 a 70 años; en cuanto al género, fue el sexo masculino que prevaleció en la mayoría de ellos [72,7% (16)]; y de igual modo la gran mayoría procedieron de zonas urbanas [77,3%(17)].

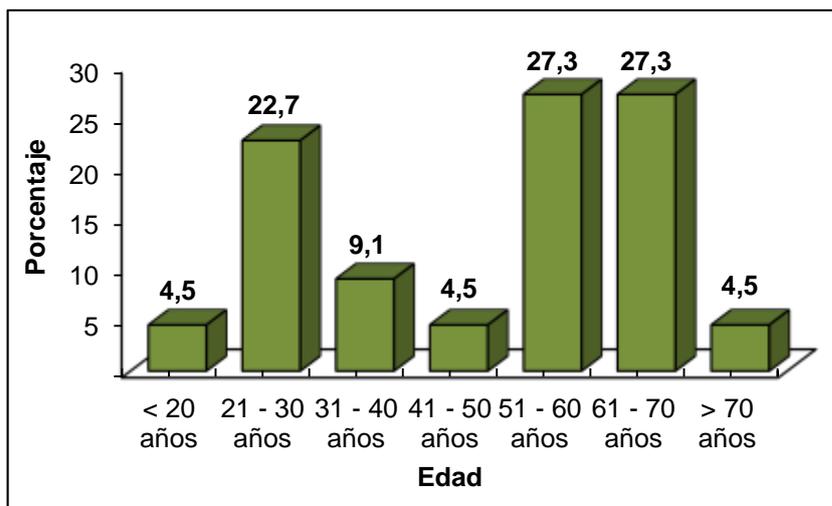


Figura 01. Representación gráfica de la edad de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

En la figura 01 se ilustra la edad de los pacientes en estudio, ubicándose en primer lugar los comprendidos entre los 51 a 60 y de 61 a 70 años, abarcando en cerca de un tercio de ellos, [27,3%]; en segundo lugar se encontró en proporción similar, los comprendidos entre los 21 a 30 años [22,7%]; en tercer lugar, los de 31 a 40 años en cerca de una décima parte de ellos [9,1%] y finalmente, los menores de 20 años en una proporción de 4,5% al igual que los 41 a 50 y mayores de 70 años.

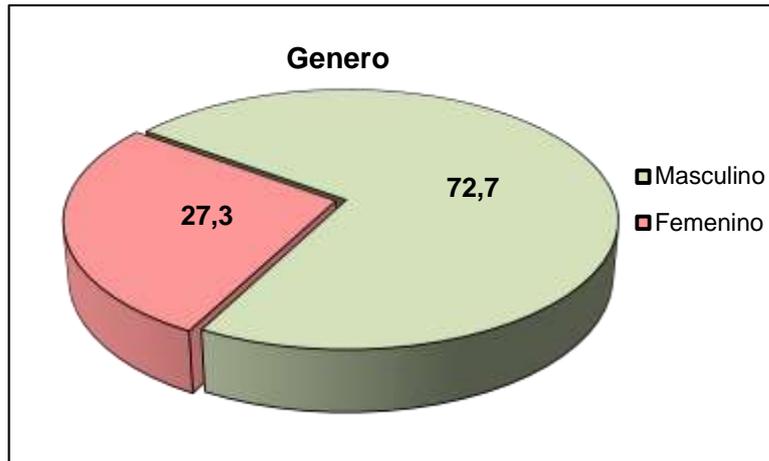


Figura 02. Representación gráfica del género de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

En la figura 02 de sectores, se aprecia los porcentajes alcanzados del género de los pacientes en estudio, donde resaltó el género masculino [72,7%], ya que constituyó cerca de las $\frac{3}{4}$ partes del total; mientras que la proporción de integrantes femeninos fue cerca de la tercera parte de ellos [27,3%].

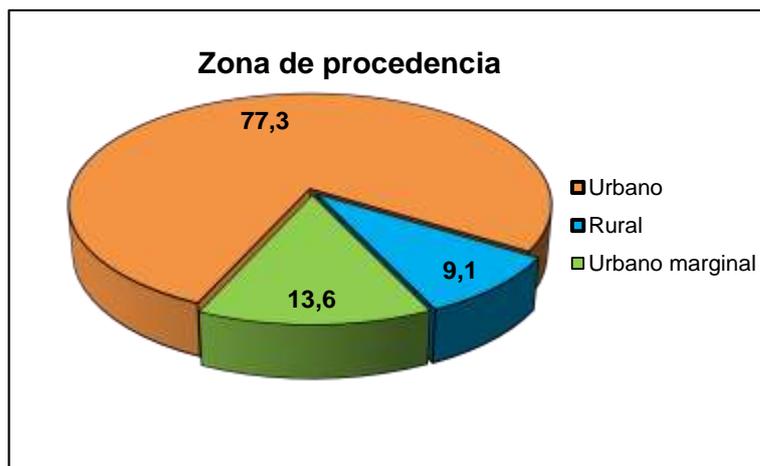


Figura 03. Representación gráfica de la zona de procedencia de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

En la figura de sectores se aprecia los porcentajes alcanzados de la zona de procedencia de los pacientes en estudio, donde alrededor de las $\frac{3}{4}$ partes del total refirió que su zona de procedencia fue la urbana [77,3%]; asimismo una proporción de 13,6% refirió proceder de la zona urbana marginal y finalmente 9,1% de la zona rural.

Tabla 02. Características sociales de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

Características sociales	n=22	
	Fi	%
Estado civil		
Casado	12	54,5
Soltero	5	22,7
Viudo	3	13,6
Divorciado	2	9,1
Grado de instrucción		
Sin estudios	1	4,5
Secundaria	11	50,0
Superior técnico	2	9,1
Superior universitario	8	36,4
Ocupación		
Empleado público	7	31,8
Comerciante	4	18,2
Jubilado	4	18,2
Obrero	4	18,2
Estudiante	2	9,1
Ama de casa	1	4,5
Total	22	100,0

Fuente: Guía de entrevista sociodemográfica (Anexo 01).

Respecto a las características sociales de los pacientes en estudio, se apreció, que el mayor porcentaje refirieron ser casados [54,5%], asimismo, la mitad de ellos tenía como grado de instrucción el nivel secundaria de [50%], y alrededor de una tercera parte refirieron ser empleados públicos [31,8%].

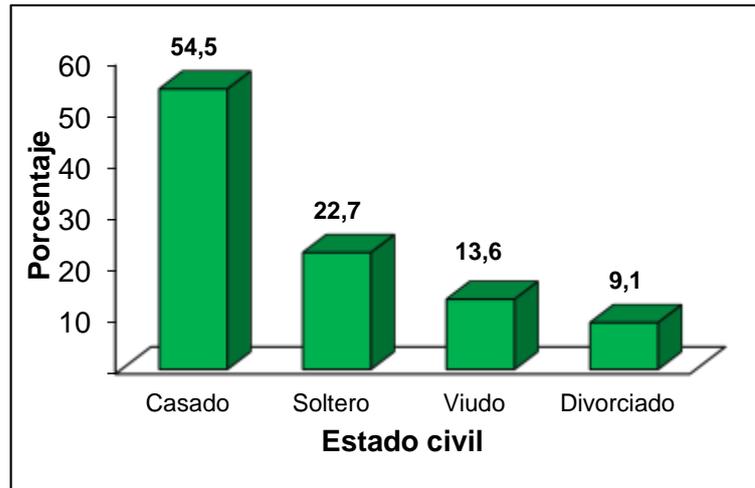


Figura 04. Representación gráfica del estado civil de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

En cuanto al estado civil de los pacientes en estudio, se encontró en primer lugar a los casados, con 54,5%, en segundo lugar a los solteros, con 22,7%, en tercer lugar a los viudos, con 13,7% y en cuarto lugar a los divorciados, con 9,1%

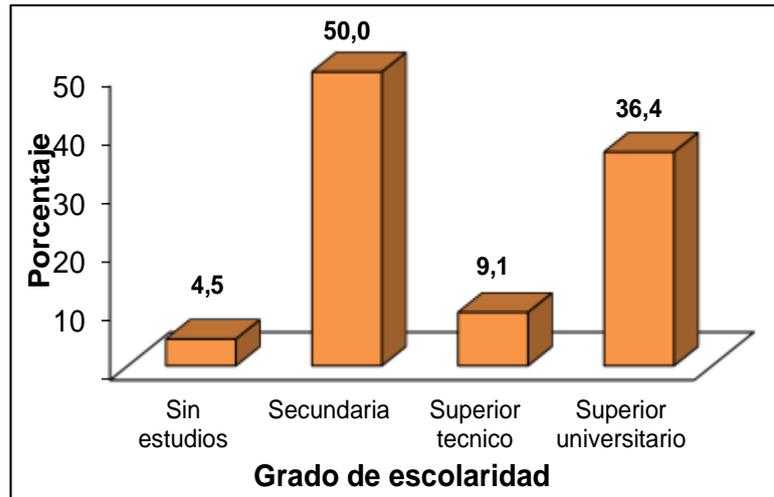


Figura 05. Representación gráfica del grado de escolaridad de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

Respecto al grado de escolaridad de los pacientes en estudio, refirieron, el nivel secundario en un 50%, en segundo lugar el nivel superior universitario un 36,4%, en tercer lugar por el nivel superior técnico con 9,1% y en cuarto lugar aquellos que no contaban con ningún grado de estudio con 4,5%.

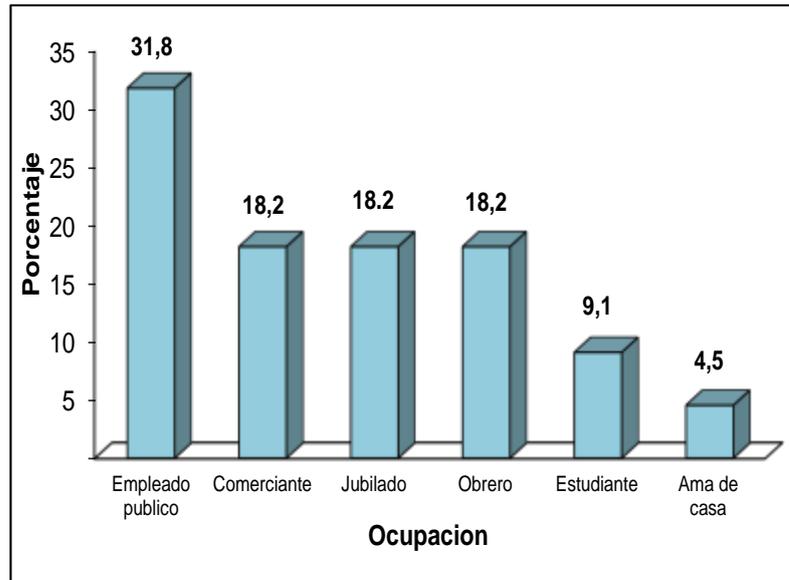


Figura 06. Representación gráfica de la ocupacion de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

En cuanto a ocupacion de los usuarios en estudio, se apreció que alrededor de la tercera parte de los pacientes refirieron ser empleados públicos (32,8%) , seguido por los comerciantes, jubilados y obrero en cerca de la quinta parte de ellos (18,2%); un porcentaje menor fueron los que tenian como ocupacion el ser estudiantes y amas de casa con 9,1% y 4,5%,respectivamente.

Tabla 03. Características de la enfermedad de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica - Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

Características de la enfermedad	n=22	
	Fi	%
Tiempo de enfermedad		
< 3 años	5	22,7
4 a 6 años	5	22,7
7 a 9 años	7	31,8
10 a 12 años	2	9,1
> 13 años	3	13,6
Hace cuánto tiempo recibe Hemodiálisis		
< 3 años	9	40,9
4 - 6 años	4	18,2
7 - 9 años	6	27,3
> 14 años	3	13,6
Total	22	100,0

Fuente: Guía de entrevista sociodemográfica (Anexo 01).

En cuanto a la característica de la enfermedad de los pacientes en estudio, se evidenció que 40,9% (9), tenían IRC de hace 7 a 9 años atrás y una proporción de 9,1% (2) tuvo un tiempo menor de hace 3 años atrás. Asimismo, la predominancia de los que recibieron hemodiálisis fue un 40% (9) y por otro lado un porcentaje de 13,6% (3) recibieron dicho tratamiento por más de 14 años.

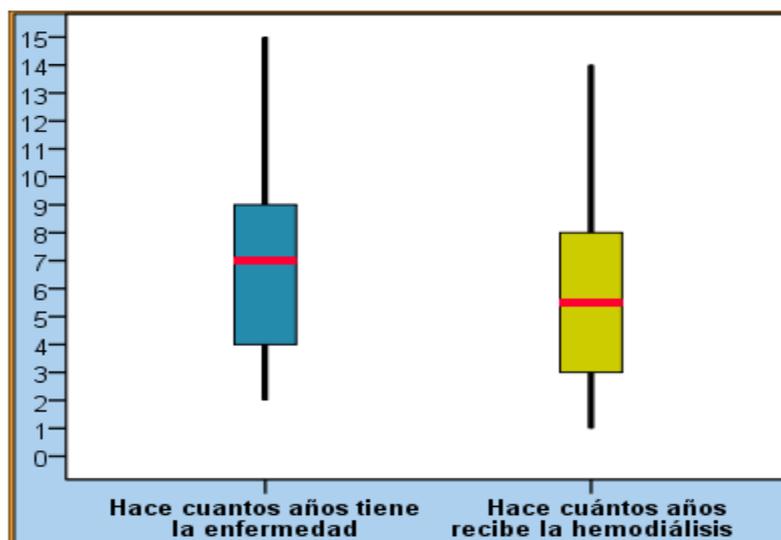


Figura 07. Representación gráfica del tiempo de enfermedad y del tiempo con tratamiento hemodiálisis de los pacientes del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

En el diagrama de caja, respecto al tiempo de enfermedad con IRC se observó un recorrido mínimo y máximo de 2 a 15 años; asimismo, la mediana fue de 7 años, el mismo que indica que 50% de los usuarios fueron diagnosticados desde hace 7 años atrás.

La media del tiempo de tratamiento fue de 7,14 con DE+/- 3,9 años; además los cuartiles 1,2 y 3 la cual constituye la caja van de 3,75 a 9,25 años.

En cuanto al tiempo que vienen recibiendo la hemodiálisis se aprecia como recorrido mínimo y máximo de 1 a 14 años, y la mediana de 5,50 años, es decir, 50% de los usuarios vienen recibiendo el tratamiento de hemodiálisis en un tiempo superior e inferior a 5,50 años, el promedio de años fue de 5,91 con DE+/- 3,8 años; y los cuartiles 1,2 y 3 van de 3 a 8,25 años. Cabe resaltar que no se encontrò valores atípicos tanto para los años de enfermedad y tiempo que vienen recibéndola la hemodiálisis.

Tabla 04. Medicamentos consumidos por los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica - Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

Medicamentos consumidos	N=22	
	fi	%
Antihipertensivos	21	95,5
Antianémicos	20	90,9
Vitaminas	20	90,9

Fuente: Guía de entrevista sociodemográfica (Anexo 01).

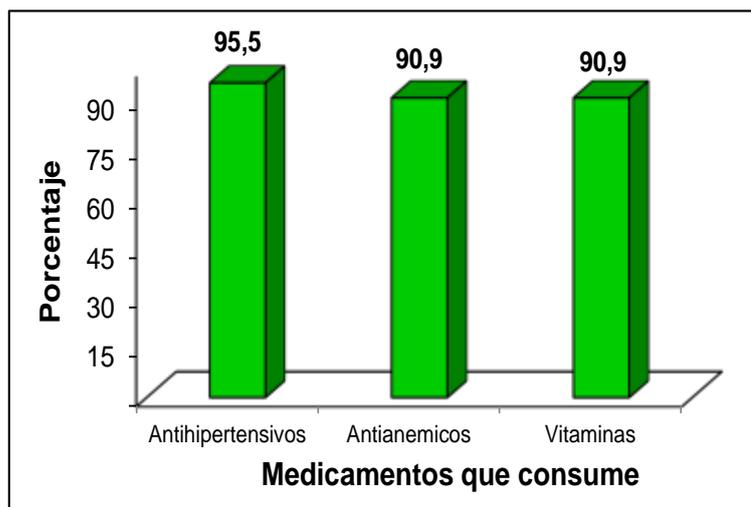


Figura 08. Representación gráfica de los medicamentos prescritos a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica - Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

Respecto a los medicamentos que fueron indicados para controlar la enfermedad, se evidenció que del total [100% (22)] de los pacientes en estudio, 95,5% (21) de ellos, fueron recetados los antihipertensivos, asimismo, un 90,9% (20) de ellos afirmaron tener indicación para el consumo de vitaminas y de antianémicos

Tabla 05. Enfermedad paralela a la Insuficiencia Renal Crónica en los usuarios del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

Enfermedad paralela a Insuficiencia Renal Crónica	n=22	
	Fi	%
Diabetes	19	86,4
Enfermedad vascular	13	59,1
Hipertensión arterial	5	22,7
Sobrepeso	2	9,1

Fuente: Guía de entrevista sociodemográfica (Anexo 01).

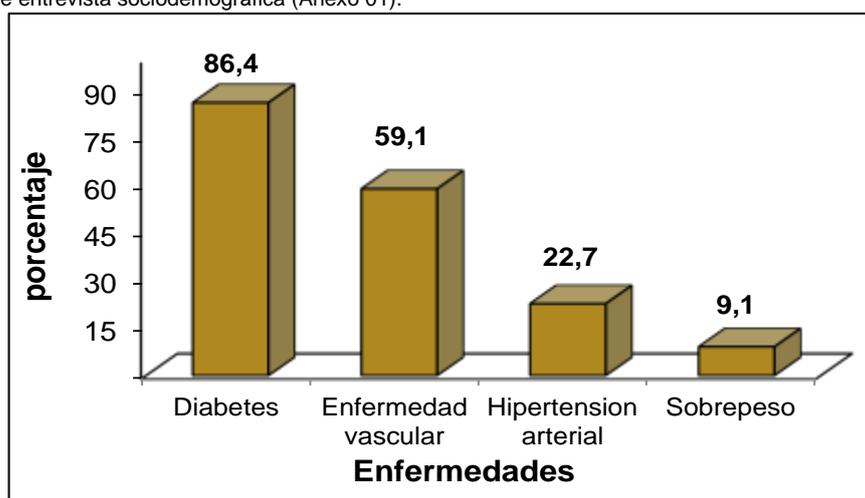


Figura 09. Representación gráfica del porcentaje de enfermedad paralela a la Insuficiencia Renal Crónica en los pacientes del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

Respecto a la enfermedad paralela a la insuficiencia renal crónica, la mayoría de los pacientes en estudio, tuvieron más de una enfermedad; tal es así que la más común fue la diabetes, con 86,4% (19); seguidamente fue la enfermedad vascular en 59,1% (13) de los usuarios, del mismo modo se apreció hipertensión arterial en 22,7% (5) de la población y finalmente la enfermedad menos frecuente fue el sobrepeso, en solo 9,1% (2) de los usuarios.

Tabla 06. Dimensión bienestar emocional de la calidad de vida en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

Dimensión bienestar emocional	Mín	Máx.	Medi a	DE+/-	Ítems
Se muestra satisfecho con su vida presente.	1	4	1,9	0,87	+
Presenta síntomas de depresión.	2	4	2,9	0,53	-
Está alegre y de buen humor.	2	4	2,5	0,67	+
Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	4	2,9	0,72	-
Presenta síntomas de ansiedad.	1	4	3,0	0,69	-
Se muestra satisfecho consigo mismo.	1	4	2,3	1,03	+
Tiene problemas de comportamiento.	2	4	3,3	0,70	-
Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	1	4	2,7	0,65	+
Total	14	29	21,5	3,54	

Fuente: Escala Gencat (anexo 2).

En cuanto a la dimensión bienestar emocional de los pacientes con insuficiencia renal crónica, cuenta con 4 ítems positivos con escala valorativa que va de 1 a 4 puntos (Nunca – Siempre), y 4 ítems negativos con escala valorativa decreciente de 4 a 1 punto (Nunca – Siempre). Los hallazgos de los puntajes promedios muestran en la escala de *casi siempre*, en los ítems “se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad” [con una media de 2,7 y DE +-0,65], situación similar acontece en el ítem “está alegre y de buen humor [con una media de 2,5 y DE +-0,67]; en tanto, los ítems como “se muestra satisfecho consigo mismo” [con una media = 2,3 y DE = +-1,07] y “muestra satisfacción con su vida presente” [con una media = 1,9 y DE = +-0,87], obtuvieron puntajes promedios que indican la frecuencia de *algunas veces*.

En los ítems negativos del bienestar emocional la mayoría de los usuarios obtuvieron puntajes promedios favorables que indican en la escala, que solo “algunas veces presentan síntomas de ansiedad [con una media = 3 y DE = +-0,69], lo mismo para síntomas de depresión [con una media = 2,9 y DE = +-0,69] y sentimientos de incapacidad o inseguridad [con una media = 2,9 y DE = +-0,69].

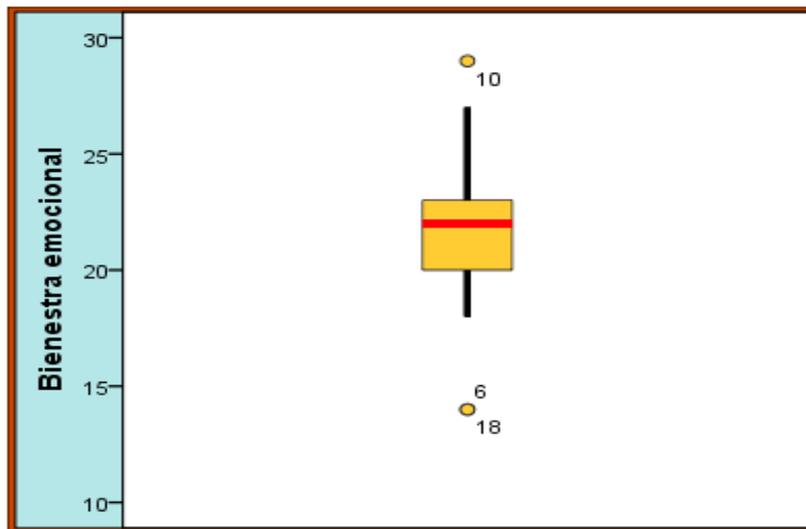


Figura 10. Representación gráfica de los puntajes alcanzados en dimensión bienestar emocional de la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

En el diagrama de caja ilustrado, sobre los puntajes alcanzados en la dimensión bienestar emocional, que está conformado por 8 reactivos con respectiva escala de 1 a 4 puntos, el puntaje máximo esperado en esta dimensión fue 32 puntos; el mínimo puntaje hallado fue 14 y el máximo 29 puntos; la mediana fue 22 (la cual se observa en la línea resaltada al centro de la caja) y la media ponderada de 21,5 puntos (DE+/- 3,54 puntos). Además se aprecia valores atípicos en tres casos: 6,18 (14 puntos) y caso 10 (29 puntos).

La calidad de vida en la dimensión emocional mostró un promedio de 21,5 puntos superior al ideal, de 16 puntos lo que indica que calidad de vida en el bienestar emocional es de nivel regular.

Tabla 07. Dimensión relaciones interpersonales en la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

Dimensión Relaciones interpersonales	Mín	Máx.	Media	DE+/-	Ítems
Realiza actividades que le gustan con otras personas.	1	4	2,6	0,95	+
Mantiene con su familia la relación que desea.	2	4	3,1	0,71	+
Se queja de la falta de amigos estables.	2	4	3,2	0,66	-
Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	4	3,5	0,80	-
Manifiesta sentirse invalorado por su familia.	1	4	3,5	0,74	-
Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.	2	4	3,3	0,84	-
Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.	1	4	3,0	0,93	+
Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	2	4	2,9	0,68	+
La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar al de usted.	1	4	3,2	0,66	-
Tiene una vida sexual satisfactoria.	1	4	2,0	0,84	+
Total	23	35	30,4	3,47	

Fuente: Escala Gencat (anexo 2).

En el análisis de la dimensión relación interpersonal de la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, [la cual cuenta con 5 ítems positivos con escala valorativa de 1 a 4 puntos (Nunca – Siempre), y 5 ítems negativos con escala valorativa decreciente de 4 a 1 puntos (Nunca – Siempre)], se obtuvo entre los puntajes positivos respecto a que siempre o *casi siempre* “mantiene con su familia la relación que desea” una media de 3,1 y DE +0,71, y del mismo modo para las afirmaciones de que “mantiene buena relación con sus compañeros de trabajo [media de 3 con DE +0,93]; “manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él [Media = 2,9 DE = +0,68] y “realiza actividades que le gustan con otras personas.” [Media = 2,6 DE = +- 0,95]; en tanto las respuestas fueron distintas en el ítem “tiene una vida sexual satisfactoria” ya que en promedio refirieron solo *algunas veces*.

En los ítems negativos se apreció, que los puntajes promedios que aproximaron a una escala valorativa de *nunca* en: “valora negativamente sus relaciones de amistad” [media = 3,5 DE = +-0,74], lo mismo, que “manifiesta sentirse invalorado por su familia [media = 3,5 DE = +-0,74]; situación distinta se aprecia en los puntajes promedios de los ítems “tiene dificultades para iniciar una relación de pareja” [media = 3,3 DE = +-0,84]; “se queja de la falta de amigos estables.” [Media = 3,2 DE = +-0,66] y “la mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar al de usted”, en una frecuencia de a veces.

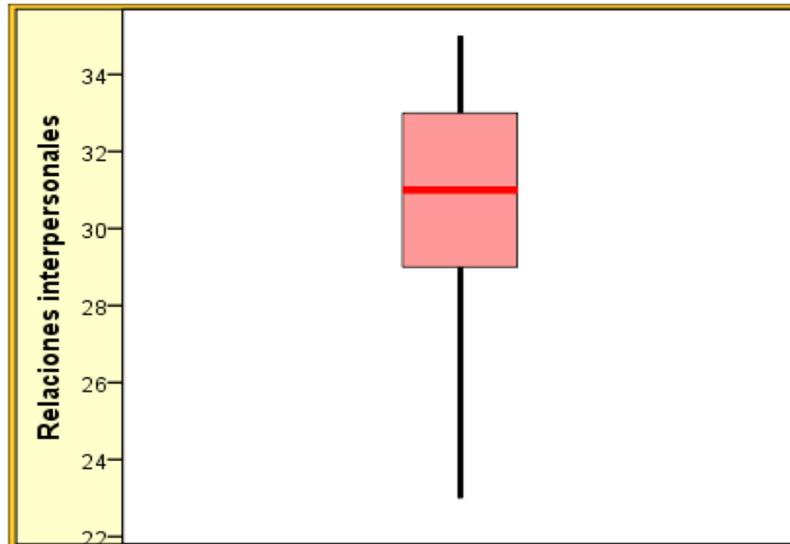


Figura 11. Descripción de los puntajes alcanzados en la dimensión relación interpersonal de la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

En el diagrama de caja ilustrado, sobre el puntaje global de la dimensión relación interpersonal, lo cual estuvo conformado por 10 reactivos con puntaje máximo esperado de 40 puntos, los hallazgos muestran los rangos mínimo y máximo de 23 y 35 puntos; la mediana fue 31 (la cual se observa en la línea resaltada al centro de la caja), es decir, el 50% de los usuarios obtuvieron superior e inferior a 31 puntos; asimismo, el promedio ponderado fue de 30,4 (DE+/- 3.47 puntos). Cabe indicar que en la distribución normal no se encontró valores atípicos, ni extremos.

Resumiendo, la dimensión relaciones interpersonales en la calidad de vida alcanzó un promedio de 30,4 puntos lo que indica que los pacientes en estudio tienen buenas relaciones interpersonales.

Tabla 08. Dimensión material en la calidad de vida en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

Dimensión material	Máx		Media	DE+/-	Ítems
	Mín.	.			
El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad).	2	4	3,3	0,83	-
El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.	1	4	2,8	0,85	+
Dispone de los bienes materiales que necesita.	2	4	2,9	0,71	+
Se muestra descontento con el lugar donde vive.	2	4	3,5	0,60	-
El lugar donde vive está limpio.	2	4	3,2	0,87	+
Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	2	4	3,1	0,77	+
Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.	1	4	2,7	0,77	-
El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.	2	4	3,0	0,82	+
Total	16	32	24,5	4,63	

Fuente: Escala Gencat (anexo 2).

En la dimensión material de la calidad de vida los pacientes con IRC, respondieron la escala de 5 ítems positivos de 1 a 4 puntos (Nunca – Siempre) cuya valoración es ascendente, y de 3 ítems negativos con escala decreciente de 4 a 1 puntos (Nunca – Siempre). Los hallazgos de los ítems positivos fueron respondidos en la frecuencia de *casi siempre* o siempre para los ítems “el lugar donde vive está limpio” [media de 3,2 con DE +- 0,87], “dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas” [media de 3,1 con DE +-0,77]; “el lugar donde vive está adaptado a sus necesidades” [Media = 3,0 DE = +-0,82], “dispone de los bienes materiales que necesita” [media = 2,9 DE = +-0,71] y “el lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad” [media = 2,8 DE = +- 0,82]

En los reactivos negativos de la dimensión material se apreció en la frecuencia de *nunca en el ítem* “se muestra descontento con el lugar donde vive” [media = 3,5 DE = +-0,60]. Fue distinta en los ítems “el lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad)” [media = 3,3 DE = +-0,83] y “sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos” [media = 2,7 DE = +-0,77” que fueron respondidos en una frecuencia de *algunas veces*.

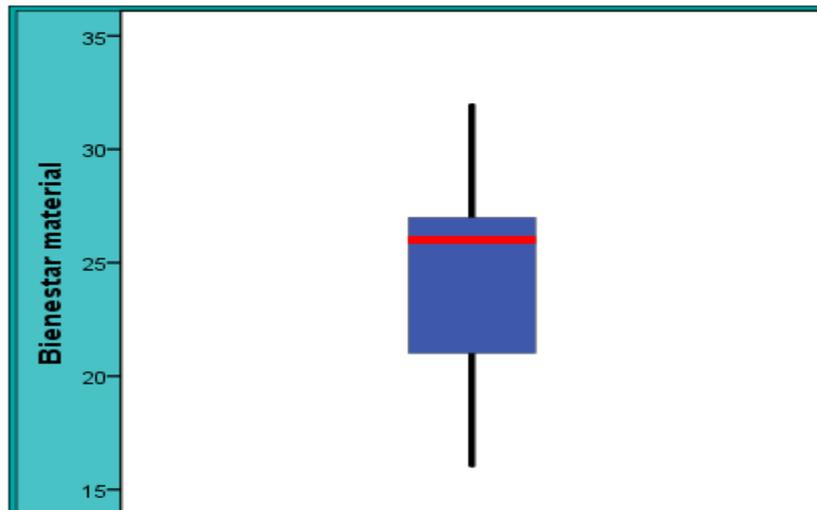


Figura 12. Representación gráfica de los puntajes alcanzados en la dimensión material de la calidad de vida en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

En el diagrama de caja ilustrado, sobre los puntajes alcanzados en la dimensión material de la calidad de vida, conformado por 8 reactivos, con puntaje máximo esperado fue 32 puntos; se aprecia un rango entre el valor mínimo y máximo de 16 y 32 puntos; la mediana fue 26 (la cual se observa en la línea resaltada de la caja) y el promedio de 24,5 puntos (DE+/- 4,63 puntos). Los cuartiles 1,2 y 3 van de 20,5 y 27 puntos, además, no se apreció valores atípicos hecho que explica la distribución normal, con ligera concentración de los datos hacia al extremo superior.

Analizando estos resultados, se observó que del total de 32 puntos esperados, el puntaje promedio obtenido fue de 24,5 puntos superior al valor referencial, de 16 puntos lo que indica que el bienestar material de la calidad de vida de los pacientes en estudio, fue de nivel bueno.

Tabla 09. Desarrollo personal en la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

Desarrollo Personal	Mín	Máx.	Media	DE+/-	Ítems
Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.	1	4	2,6	0,85	-
Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).	2	4	3,1	0,83	+
El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	1	4	2,7	0,83	+
Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le presentan.	2	4	3,0	0,49	-
Desarrolla su trabajo de manera eficaz y responsable.	1	4	3,0	0,82	+
El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	1	4	2,3	0,83	+
Participa en la elaboración de su plan de salud.	2	4	2,9	0,64	+
Se muestra desmotivado en su trabajo.	2	4	3,0	0,53	-
Total	15	29	22,7	3,71	

Fuente: Escala Gencat (anexo 2).

En cuanto al desarrollo personal de los pacientes con insuficiencia renal crónica, cuya dimensión lo conforman 5 ítems positivos [con escala creciente de 1 a 4 puntos (Nunca – Siempre)] y 3 ítems negativos [con escala decreciente de 4 a 1 puntos (Nunca – Siempre)], cuyos puntajes positivos, se ubican en la frecuencia de *casi siempre*, en los ítems referidos a; “tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.)” [Media de 3,1 con DE +0,83], “desarrolla su trabajo de manera eficaz y responsable” [media de 3,0 con DE +0,82], y “participa en la elaboración de su plan de salud.” [Media = 2,9 DE = +0,64].

Situación distinta se observó en una frecuencia de solo *algunas veces* en el ítem “el servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas” [media = 2,3 DE = +0,83].

En los ítems negativos de la escala de desarrollo personal se apreció en la frecuencia de *algunas veces* en los ítems “muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le presentan” [media = 3,0 DE = +-0,49], “participa en la elaboración de su plan de salud” [media = 2,9 DE = +-0,64] y “muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan” [media = 2,6 DE = +-0,85”. Estos resultados reflejan que el desarrollo personal en la calidad de vida del paciente en estudio es bueno.

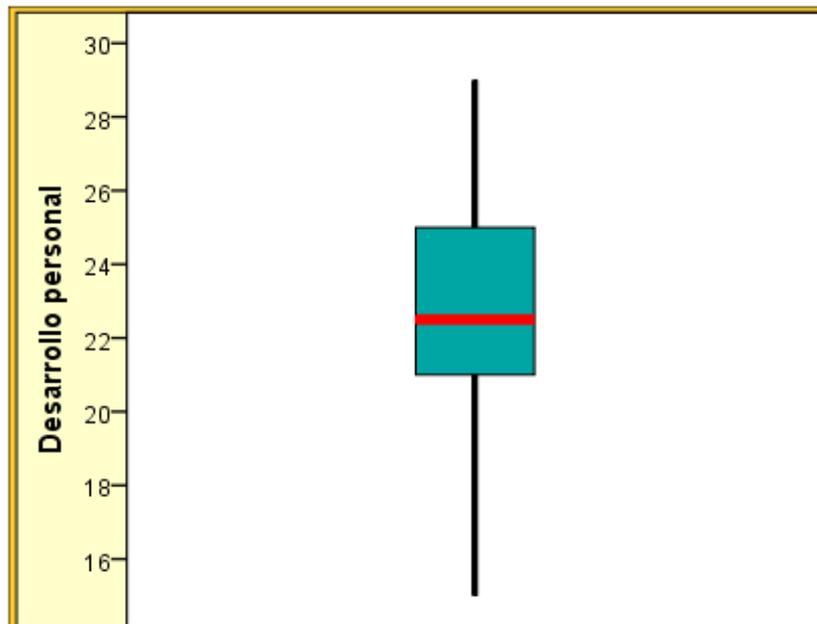


Figura 13. Representación gráfica de los puntajes alcanzados en la dimensión desarrollo personal de la calidad de vida en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

En el diagrama de caja ilustrado, sobre los puntajes alcanzados en la dimensión desarrollo personal de la calidad de vida, constituido por 8 ítems con puntaje máximo esperado de 32 puntos, se apreció que los puntajes mínimos y máximo oscilaron entre 15 y 29 puntos, la mediana fue 22,50 (la cual se observa en la línea resaltada al centro de la caja) y el promedio ponderado de 22,7 puntos (DE+/- 3,71 puntos); asimismo, los cuartiles 1, 2 y 3 se ubican entre 20,5 y 25,5 puntos, mostrando equidistancia con respecto a la mediana

Analizando estos resultados encontramos que de 32 puntos totales, el puntaje promedio de los usuarios en la dimensión desarrollo personal, fue de 22,7 puntos superior al punto medio de 15 puntos, lo que indica que la calidad de vida en el desarrollo personal es de nivel bueno.

Tabla 10. Bienestar físico en la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

Bienestar Físico	Mín.	Máx.	Media	DE+/-	Ítems
Tiene problemas de sueño.	2	4	3,2	0,66	-
Dispone de ayudas técnicas si las necesita.	1	4	1,7	0,83	+
Sus hábitos de alimentación son saludables.	2	4	2,8	0,66	+
Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	1	4	2,0	0,95	+
Tiene un buen aseo personal.	2	4	3,1	0,81	+
En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma.	2	4	2,9	0,53	+
Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.	2	4	2,9	0,61	-
Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).	1	4	3,1	0,75	-
Total	17	26	21,8	2,54	

Fuente: Escala Gencat (anexo 2).

Respecto al bienestar físico como dimensión de la calidad de vida de los pacientes en estudio, fue evaluado con 5 ítems positivos con escala valorativa que va de 1 a 4 puntos (Nunca – Siempre), y 3 ítems negativos con escala valorativa de 4 a 1 puntos (Nunca – Siempre). Los hallazgos positivos se ubicaron en la frecuencia de *casi siempre*, los ítems “tiene un buen aseo personal” [media de 3,1 con DE +0,81], “en el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma” [media de 2,9 con DE +0,53], y “sus hábitos de alimentación son saludables” [media = 2,8 DE = +0,66]; en tanto en los ítems “su estado de salud le permite llevar una actividad normal” [media = 2,0 DE = +0,95] y “dispone de ayudas técnicas si las necesita” [media = 1,7 DE = +0,83] se presentaron en la frecuencia de solo *algunas veces*.

Por otro lado, en los reactivos negativos se apreció en la frecuencia de *algunas veces los ítems* “tiene problemas de sueño” [media = 3,2 DE = +-0,66], “dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.)” [Media = 3.1 DE = +-0,75] y “sus problemas de salud le producen dolor y malestar” [media = 2,9 DE = +-0,61”.

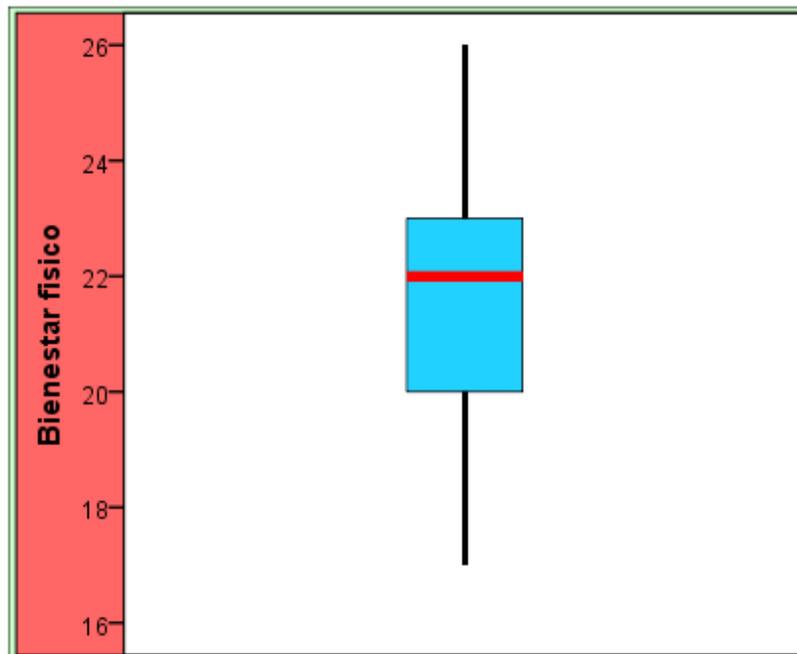


Figura 14. Representación gráfica de los puntajes alcanzados en la dimensión bienestar físico de la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

En el diagrama de caja ilustrado, sobre los puntajes alcanzados en dimensión bienestar físico, el que está conformado por 8 reactivos y con puntaje máximo esperado de 32 puntos, se encontró que el mínimo puntaje fue 17 y el máximo 26 puntos; la mediana fue 22 y el promedio 21,8 puntos (DE+/- 2,54 puntos), asimismo los cuartiles 1, 2 y 3 se ubicaron entre los puntos 20 y 23.25.

Sintetizando, la dimensión desarrollo personal de los pacientes en estudio, alcanzó un promedio de 21,8 puntos superior al basal de 16, lo que indica que la calidad de vida en dimensión física es nivel medio o regular.

Tabla 11. Dimensión autodeterminación en la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

Autodeterminación	Mín.	Máx.	Media	DE+/-	Ítems
Tiene metas, objetivos e intereses personales.	1	4	2,8	0,87	+
Elige cómo pasar su tiempo libre.	2	4	3,0	0,72	+
En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.	1	4	2,1	0,64	+
Defiende sus ideas y opiniones.	2	4	3,3	0,63	+
Otras personas deciden sobre su vida personal.	2	4	3,7	0,63	-
Otras personas deciden cómo gastar su dinero.	2	4	3,8	0,53	-
Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	2	4	3,8	0,50	-
Organiza su propia vida.	1	4	3,2	0,81	+
Elige con quién vivir.	1	4	2,9	0,92	+
Total	17	35	28,6	4,03	

Fuente: Escala Gencat (anexo 2).

Respecto a la dimensión autodeterminación en la calidad de vida de los pacientes en estudio, cuya escala consta con 6 ítems positivos de valoración creciente de 1 a 4 puntos (Nunca – Siempre), y 3 ítems negativos con escala decreciente de 4 a 1 puntos (Nunca – Siempre); en donde en la frecuencia de *casi siempre resultaron los ítems positivos*: “defiende sus ideas y opiniones” [media de 3,3 con DE +0,63], “organiza su propia vida” [media de 3,2 con DE +0,81], “elige cómo pasar su tiempo libre” [media = 3,0 DE = +0,72], y “elige con quién vivir” [media = 2,9 DE = +0,92]. Ocurrió en una frecuencia de solo algunas veces, el enunciado “el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias” [media = 2,1 DE = +0,64]. En tanto, en los ítems negativos, se apreció en la frecuencia de *nunca* los ítems: “otras personas deciden cómo gastar su dinero” [media = 3,8 DE = +0,53], “otras personas deciden la hora a la que se acuesta” [media = 3,3 DE = +0,50] y “otras personas deciden sobre su vida personal” [media = 3,7 DE = +0,63].

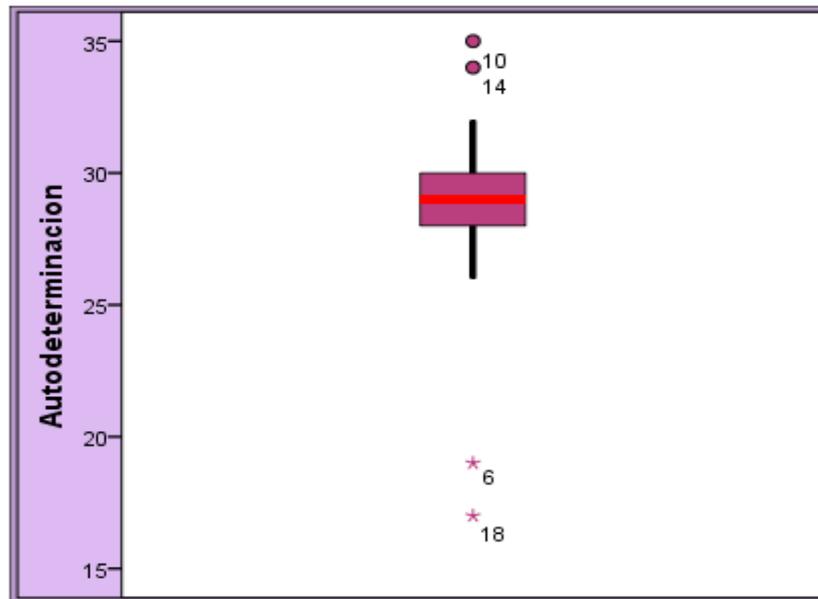


Figura 15. Representación gráfica de los puntajes alcanzados en la dimensión autodeterminación en la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

En el diagrama de caja ilustrado, sobre los puntajes alcanzados en la dimensión autodeterminación, que está conformado por 9 reactivos, donde el puntaje máximo esperado fue de 36 puntos, el puntaje mínimo hallado fue 17 y el máximo 35; la mediana de 29 (la cual se observa en la línea resaltada al centro de la caja) y el promedio fue de 28,6 puntos (DE+/- 4,03 puntos). Además se apreció los valores atípicos en caso 10 y 14 y valores extremos en los casos 6 y 18, lo que explica que la autodeterminación en los pacientes en estudio sigue un comportamiento asimétrico y disperso

El puntaje promedio de 28,6 puntos superior al de lo ideal, de 18 puntos, indica que la calidad de vida en la determinación tiene la tendencia del nivel bueno.

Tabla 12. Dimensión inclusión social en la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

Inclusión social	Mín.	Máx.	Media	DE*/-	Ítems
Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas).	1	4	2,2	0,85	+
Su familia le apoya cuando lo necesita.	2	4	3,1	0,75	+
Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.	1	4	3,0	0,87	-
Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad.	1	4	3,0	0,90	-
Sus amigos le apoyan cuando lo necesita.	1	4	2,3	0,84	+
El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad.	1	4	2,0	0,72	+
Sus amigos solamente son aquellos que tienen su misma enfermedad.	3	4	3,4	0,50	-
Es rechazado o discriminado por los demás.	2	4	3,7	0,57	-
Total	13	28	22,6	3,55	

Fuente: Escala Gencat (anexo 2).

En cuanto a la dimensión inclusión social de la calidad de vida de los pacientes en estudio, cuya escala cuenta 4 ítems positivos con puntuación que va de 1 a 4 puntos (Nunca – Siempre), y 4 ítems negativos con puntajes descendentes de 4 a 1 puntos (Nunca – Siempre), se obtuvo para el ítem positivo en la frecuencia de *casí siempre*, “su familia le apoya cuando lo necesita” [media de 3,1 con DE +0,75]; situación algo distinta ocurrió en los ítems “sus amigos le apoyan cuando lo necesita” [media 2,3 con DE +0,84], “utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas)” [media = 2,2 DE = +0,85], y “el servicio al que acude

fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad” [media = 2,0 DE = +0,72] ya que se ubicaron en la frecuencia de algunas veces.

En los ítems negativos de la dimensión inclusión social se apreció en la frecuencia de nunca en el ítem: “es rechazado o discriminado por los demás” [media = 3,7 DE = +0,57] y en la frecuencia de *algunas veces en los ítems*: “sus amigos solamente son aquellos que tienen su misma enfermedad” [Media = 3,4 DE = +0,50], “carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad” [media = 3,7 DE = +0,63] ,y “existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social” [media = 3,0 DE = +0,87” .

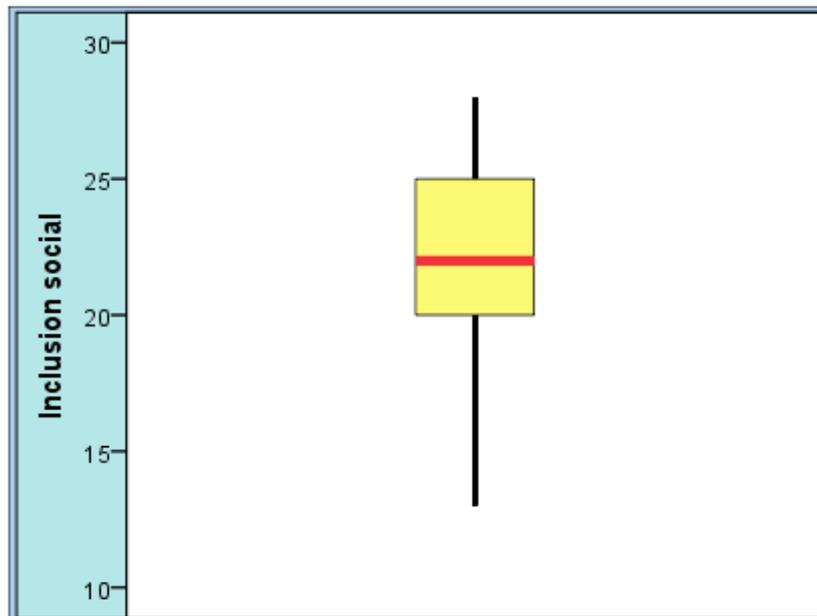


Figura 16. Representación gráfica de los puntajes alcanzados en la dimensión inclusión social de la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

En el diagrama de caja ilustrado, sobre los puntajes alcanzados en la dimensión inclusión social, está conformado por 8 reactivos con valoración de 1 a 4 puntos, con puntaje máximo esperado de 32 puntos; y valores mínimo y máximo de 13 y 28 puntos, cuya mediana fue de 22 puntos y el promedio 22,6 puntos (DE+/- 3,55 puntos). Asimismo los cuartiles 1,2 y 3 comprenden los puntajes de 20 y 25 y la caja muestra equidistancia con respecto a la mediana, siguiendo la distribución simétrica.

Los hallazgos indican que la calidad de vida en dimension inclusion social es de nivel regular.

Tabla 13. Dimensión derechos en la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

Derechos	Mín.	Máx	Media	DE+/-	Ítems
Su familia no respeta su intimidad.	1	4	1,8	1,30	-
En su entorno es tratado con respeto.	2	4	3,4	0,66	+
Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.	2	4	3,1	0,75	+
Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son vulnerados.	2	4	3,2	0,66	-
En el servicio al que acude se respeta su intimidad.	2	4	3,5	0,74	+
En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad.	2	4	3,6	0,59	+
Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.).	2	4	3,1	0,71	-
En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario).	2	4	3,2	0,61	+
El servicio respeta la privacidad de la información.	3	4	3,6	0,49	+
Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.	3	4	3,6	0,49	-
Total	25	37	32,1	3,33	

Fuente: Escala Gencat (anexo 2).

En cuanto a la dimensión derechos en la calidad de vida de los pacientes en estudio, cuya escala cuenta con 6 ítems positivos con escala valorativa va de 1 a 4 puntos (Nunca – Siempre), y 4 ítems negativos con escala valorativa de 4 a 1 puntos (Nunca – Siempre). Los hallazgos de los reactivos positivos, muestran en una escala cuya frecuencia va de siempre a *casi siempre*, en los ítems “en el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad” [media de 3,6 con DE +-0,59], “el servicio respeta la privacidad de la información” [media 3,6 con DE +-0,49], “en el servicio al que acude se respeta su intimidad” [media = 3,5 DE = +-

0,74], y “en su entorno es tratado con respeto” [media = 3,4 DE = +-0,66] , en el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario) [media = 3,2 DE = +-0,61] y dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano [media = 3,1 DE = +-0,75].

En los ítems negativos de la dimensión derechos de la calidad de vida de los pacientes en estudio, se apreció en la frecuencia de *nunca el reactivo*: “sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.” [Media = 3,6 DE = +-0,49], En tanto en la frecuencia de algunas veces se ubicaron los reactivos: “muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son vulnerados” [media = 3,2 DE = +-0,66] y “tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.)” [Media = 3,1 DE = +-0,71] y finalmente en la frecuencia de *casi siempre el reactivo* “su familia no respeta su intimidad” [media = 1,8 DE = +-1,3].

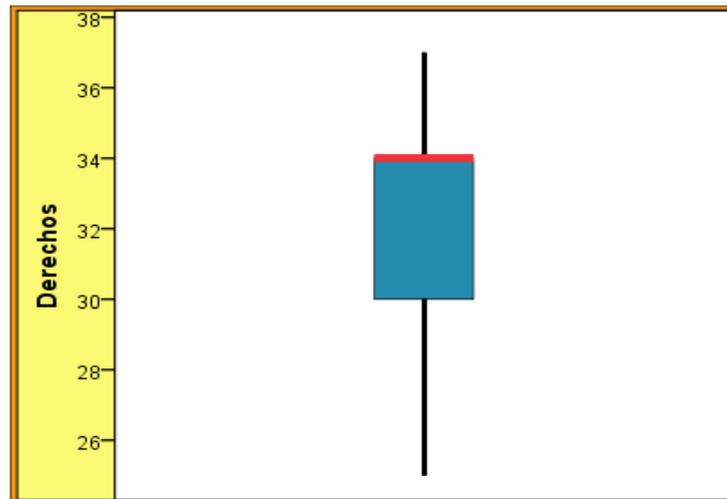


Figura 17. Representación gráfica de los puntajes alcanzados en los derechos de la calidad de vida en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

En el diagrama de caja ilustrado, sobre los puntajes alcanzados en la dimensión derechos, cuya escala estuvo conformado por 10 reactivos con valoración de 1 a 4 puntos, cuyo puntaje máximo esperado fue de 40 puntos y el puntaje mínimo y máximo fue 25 y 37 puntos; la mediana 34 (la cual se observa en la línea resaltada al centro de la caja) y el promedio fue de 32,1 puntos (DE \pm 3,3 puntos) y los cuartiles 1,2 y 3 van entre 30 y 34. Además, se apreció que los datos están concentrados entre la mediana y el Q3, siguiendo una distribución asimétrica.

Analizando estos resultados encontramos que de 32 puntos totales, el puntaje promedio de la dimensión inclusión social de la calidad de vida, fue 22,6 puntos superior al punto medio de 13 puntos, lo que indica que los derechos de la calidad de vida fue de nivel regular.

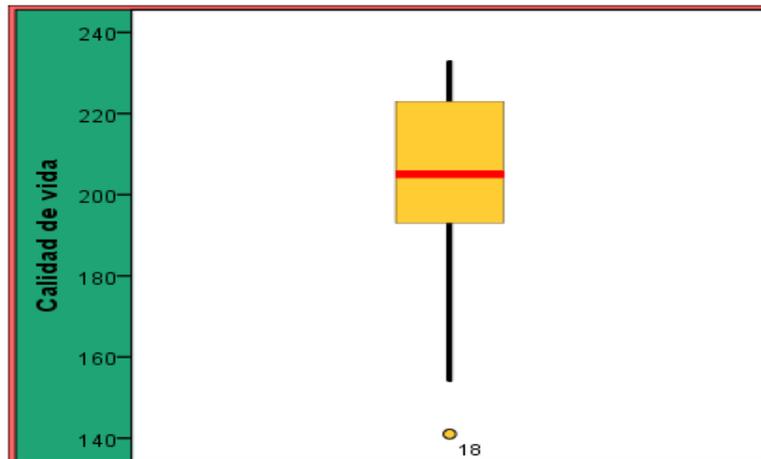


Figura 18. Representación gráfica del puntaje global alcanzado en la variable calidad de vida (Escala GENCAT) de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

En el diagrama de caja ilustrado, sobre los puntajes alcanzados en escala GENCAT, conformado por 69 reactivos con valoración de 1 a 4 puntos y puntaje máximo esperado de 276 puntos, los hallazgos muestran valores mínimos y máximos que va de 141 a 233 puntos; la mediana fue 205 (la cual se observa en la línea resaltada al centro de la caja) y el promedio de 204 (DE \pm 23,4 puntos) y los cuartiles 1,2 y 3 van entre 192,8 y 223,8. Además, se apreció que la caja es equidistante con respecto a la mediana y solo presenta un solo valor atípico en el extremo inferior, observándose que, los puntajes de calidad de vida siguieron un comportamiento normal o simétrico.

Analizando estos resultados encontramos que de 276 puntos totales esperados, se obtuvo puntaje promedio 204 puntos superior al de lo ideal, de 138 puntos lo que indica que la calidad de vida fue considerada de nivel regular.

Tabla 14. Nivel de la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

Tipo /Nivel de calidad de vida	n=22	
	fi	%
Regular	12	54,5
Buena	10	45,5
Total	22	100,0

Fuente: Escala Gencat (anexo 2).

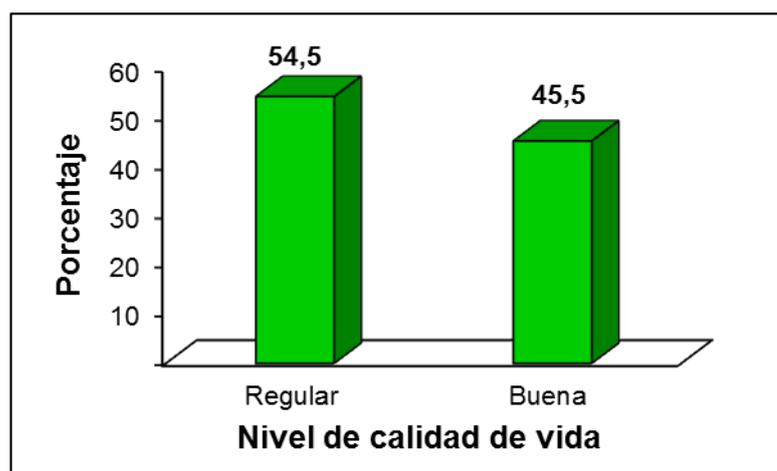


Figura 19. Representación gráfica del nivel de la calidad de vida (categorías) de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

Analizando categóricamente la variable calidad de vida, y de acuerdo a los puntos de cortes establecidos, solo 45,5% de los pacientes, presentaron un nivel bueno; en tanto un porcentaje mayoritario de 54,5%, tuvieron calidad de vida nivel regular y no se encontró calidad de vida de nivel bajo/ deficiente.

Tabla 15. Adhesión al tratamiento por los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

Adhesión al tratamiento	N=22			
	Si		No	
	fi	%	Fi	%
Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su insuficiencia renal crónica	19	86,4	3	13,6
Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación	9	40,9	13	59,1
Cuando se encuentra bien deja de tomar la medicación	14	63,6	8	36,4
Si alguna vez le sienta mal deja de tomarla	7	31,8	15	68,2

Fuente: Test de Morisky – Green para la valoración de la adhesión al tratamiento (Anexo N°03).

En la análisis de la variable adhesión al tratamiento por los pacientes con IRC, se evidenció de cuatro preguntas, dos fueron las que mostraron mayor porcentaje de adhesión, referida a que: cumple con la hora en que debe tomar la medicación [59,1% (13)]; asimismo, no dejan de tomar su medicación aunque se sienta bien [68,2% (15)]. Por el contrario, los que mostraron mayor incumplimiento al tratamiento se vio reflejado en los enunciados: se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su IRC [86,4% (19)], y cuando se encuentra bien deja de tomar la medicación [63,6% (14)].

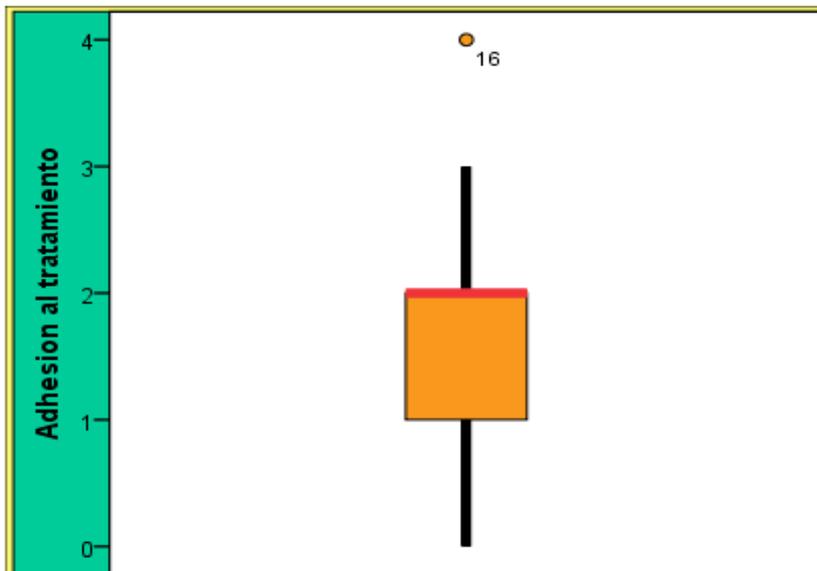


Figura 20. Representación gráfica del puntaje global alcanzado Test de Morisky – Green de la adhesión al tratamiento de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica - Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

En el diagrama de caja ilustrado, sobre los puntajes alcanzados en el Test de Morisky – Green, conformado por 4 reactivos invertidos con respuestas afirmativas asignadas cero puntos y repuestas negativas un punto, en un puntaje esperado de cuatro puntos se obtuvo como valor mínimo y máximo entre 0 a 4 puntos; la mediana fue 2 (la cual se observa en la línea superpuesta al Q3) y el promedio fue 1,77 (DE+/- 1,02 puntos); además se aprecia un valor atípico leve en el caso 16 (4puntos) es decir, este usuario cumple a cabalidad con el tratamiento indicado

A manera de síntesis, como lo indica el promedio de 1,77, inferir al valor ideal de 2 puntos refleja una cercana aproximación para una adhesión efectiva al tratamiento de la IRC.

4.2 RESULTADOS INFERENCIALES

Tabla 16. Pruebas de normalidad para las distribuciones de contraste, de las variables calidad de vida y adherencia al tratamiento de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

<i>Distribuciones de contraste</i>	<i>Normalidad de Shapiro Wilk</i>	
	<i>Z</i>	<i>p-valor</i>
<i>Calidad de vida</i>	0,90	0,026
Bienestar emocional	0,94	0,198
Relaciones interpersonales	0,94	0,225
Bienestar material	0,94	0,194
Desarrollo personal	0,95	0,326
Bienestar físico	0,94	0,165
Autodeterminación	0,83	0,001
Inclusión social	0,94	0,201
Derechos	0,90	0,036
<i>Adherencia al tratamiento</i>	0,92	0,076

Fuente. Escala Gencat, y Test de Morisky – Green (Anexo 02 y 03).

Para el análisis inferencial, fue necesario cumplir con el requisito indispensable para medidas paramétricas, la distribución de normalidad, por lo tanto, se aplicó la prueba para las distribuciones que contrastan las hipótesis, y se apreció que la mayoría las distribuciones de contraste fueron no significativas ($p > 0,05$), considerándose por tanto distribuciones normales; excepto para la calidad de vida, autodeterminación y derechos en la que se muestra significativo para diferencia de distribución ($p < 0,05$), considerándose distribuciones asimétricas.

Tabla 17. Correlación entre la dimensión bienestar emocional de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

Contraste	Adhesión al tratamiento	
	r	p-valor
Bienestar emocional	0,165	0,464

Fuente. Escala Gencat, y Test de Morisky – Green (Anexo 02 y 03).

En el análisis de la correlación entre la dimensión bienestar emocional perteneciente a la calidad de vida y la adhesión al tratamiento, no se evidenció correlación ($r = 0,165$), y no hubo significancia estadística ($p = 0,464$). Por tanto, no se rechazó la hipótesis nula, que indica la ausencia de relación entre estas dos variables

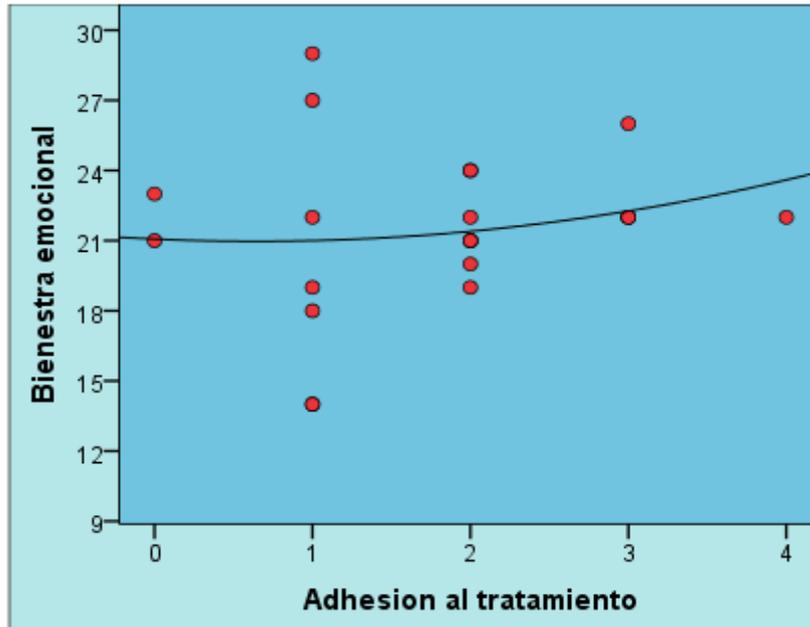


Figura 21. Dispersión de puntos entre la dimensión bienestar emocional de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

En esta figura de puntos, que muestra la dispersión entre la dimensión bienestar emocional y la adhesión al tratamiento, donde se observa excesiva dispersión, y falta de agrupación entre los puntos, y una línea de tendencia horizontal que indica correlación nula.

Tabla 18. Correlación entre la dimensión relaciones interpersonales de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

Contraste	Adhesión al tratamiento	
	r	p-valor
Relaciones interpersonales	0,283	0,202

Fuente. Escala Gencat, y Test de Morisky – Green (Anexo 02 y 03).

En el análisis de la correlación entre la dimensión relaciones interpersonales y la adhesión al tratamiento de hemodiálisis, se aprecia una correlación baja ($r = 0,283$), pero que esta relación no tiene significancia estadística ($p = 0,202$). Por tanto, no se rechazó la hipótesis nula, que indica independencia entre estas dos variables.

Con los datos obtenidos, no es posible demostrar que ambas variables se correlacionan; pues los puntajes de la dimensión relaciones interpersonales, no determinan modificaciones en los valores de adhesión al tratamiento o viceversa.

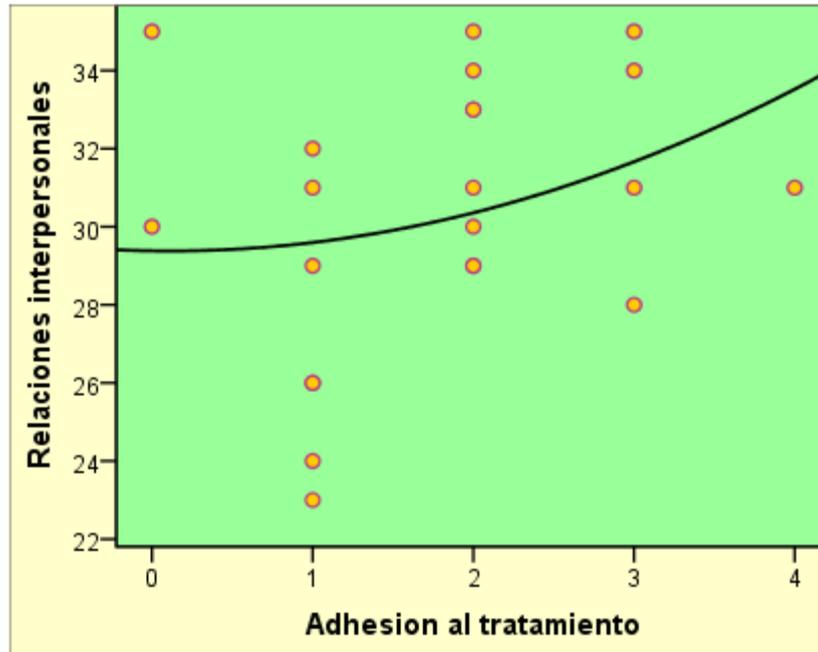


Figura 22. Dispersión de puntos entre la dimensión relaciones interpersonales de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

En esta figura 22 se indica la dispersión de puntos entre la dimensión relaciones interpersonales y adhesión al tratamiento, donde se observa que los puntos presentan excesiva dispersión, y falta de agrupación entre ellos, y una línea de tendencia horizontal que indica relación mínima.

Tabla 19. Correlación entre la dimensión bienestar material de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

Contraste	Adhesión al tratamiento	
	r	p-valor
Bienestar material	0,479	0,024

Fuente. Escala Gencat, y Test de Morisky – Green (Anexo 02 y 03).

En el análisis de correlación entre la dimensión bienestar material de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento, se evidenció una moderada correlación ($r = 0,479$), siendo significativa a nivel ($p < 0,05$). Por tal motivo, se rechazó la hipótesis nula y se admite la existencia de correspondencia entre estas dos variables.

Esta moderada correlación, determina correspondencia directa, en el sentido que si se incrementan los puntajes de la dimensión bienestar material, se esperaría que los valores de la adhesión al tratamiento se acrecienten o viceversa.

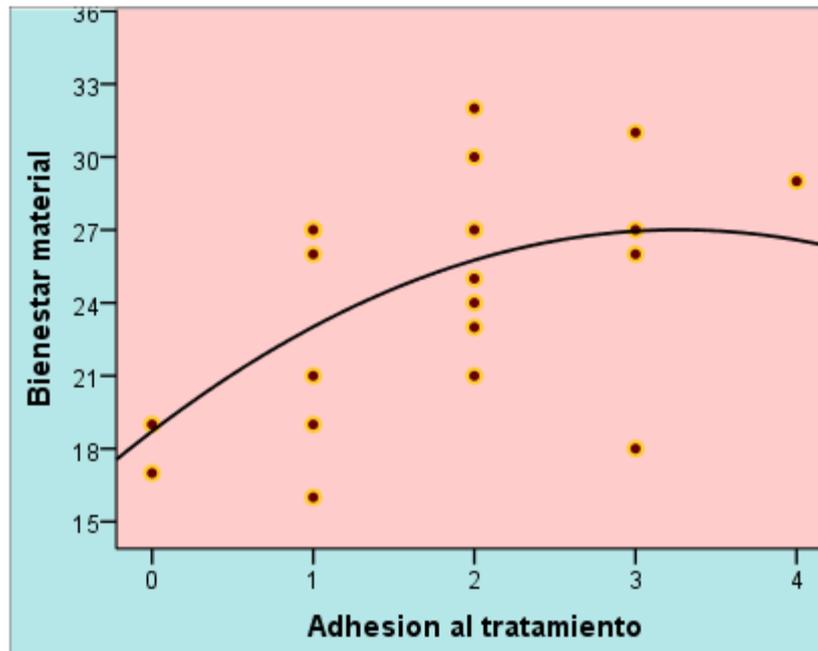


Figura 23. Dispersión de puntos entre la dimensión bienestar material de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

En esta figura sobre la relación entre la dimensión bienestar material y la adhesión al tratamiento, se aprecia una dispersión conservada, con regular agrupación, donde la tendencia entre las variables es positiva y directa

Tabla 20. Correlación entre la dimensión desarrollo personal de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

Contraste	Adhesión al tratamiento	
	r	p-valor
Desarrollo personal	0,257	0,249

Fuente. Escala Gencat, y Test de Morisky – Green (Anexo 02 y 03).

En el análisis de la correlación entre la dimensión desarrollo personal y adhesión al tratamiento, se aprecia una correlación baja ($r = 0,257$), la que carece de significancia estadística ($p = 0,249$); por tanto, no se rechazó la hipótesis nula, que indica no hay relación entre estas dos variables.

Con los datos obtenidos, no es posible demostrar que ambas variables se correlacionan; pues los puntajes de la dimensión desarrollo personal, no determinan modificaciones en los valores de adhesión al tratamiento o viceversa.

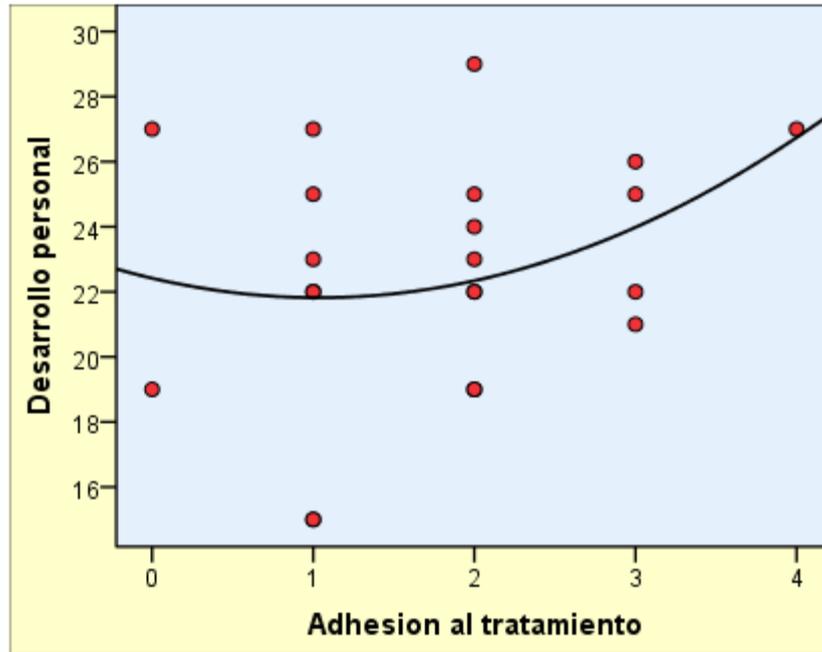


Figura 24. Dispersión de puntos entre la dimensión desarrollo personal de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

En esta figura se indica la dispersión de puntos entre la dimensión desarrollo personal y adhesión al tratamiento, donde se observa que los puntos están muy dispersos respecto a la línea curva y falta de agrupación entre ellos, y una línea de tendencia horizontal que indica relación baja.

Tabla 21. Correlación entre la dimensión bienestar físico de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

Contraste	Adhesión al tratamiento	
	r	p-valor
Bienestar físico	0,585	0,004

Fuente. Escala Gencat, y Test de Morisky – Green (Anexo 02 y 03).

En el análisis de la correlación entre la dimensión bienestar físico de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento, se evidenció una moderada correlación ($r = 0,585$), significativa a nivel ($p < 0,05$). Por tal motivo, se rechazó la hipótesis nula y se admite la existencia de correspondencia entre estas dos variables.

Esta moderada correlación, determina correspondencia directa, en el sentido que si se incrementan los puntajes de la dimensión bienestar físico, se esperaría que los valores de la adhesión al tratamiento se acrecienten o viceversa.

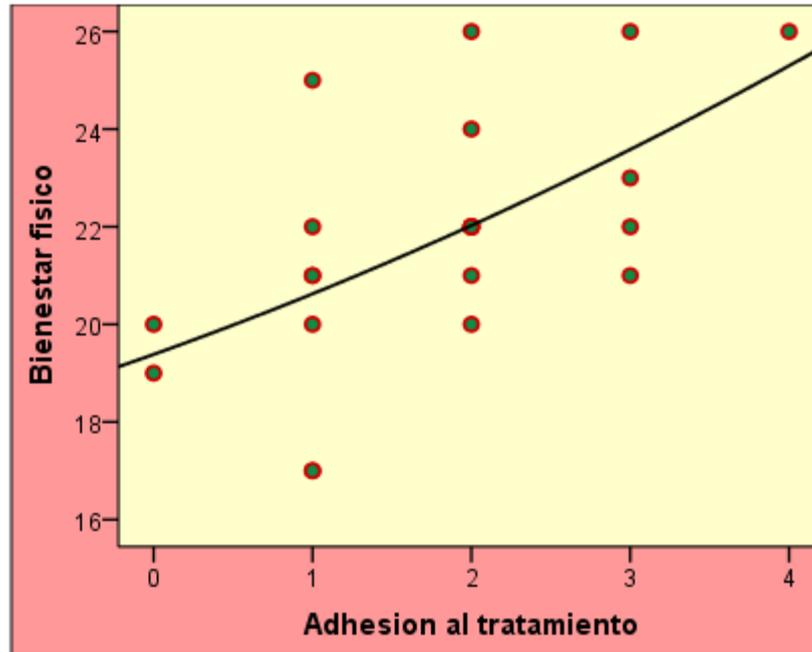


Figura 25. Dispersión de puntos entre la dimensión bienestar físico de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

En esta figura sobre la relación entre la dimensión bienestar físico y la adhesión al tratamiento, se apreció una dispersión conservada respecto a línea de ajuste curva, con regular agrupación, donde la tendencia entre las variables es positiva y directa, asimismo la línea es tendiente a vertical

Tabla 22. Correlación entre la dimensión autodeterminación de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

Contraste	Adhesión al tratamiento	
	Rho	p-valor
Autodeterminación	0,283	0,199

Fuente. Escala Gencat, y Test de Morisky – Green (Anexo 02 y 03).

En el análisis de la correlación entre la dimensión autodeterminación y la adhesión al tratamiento, se aprecia una correlación baja (Rho = 0,283), pero esta relación carece de significancia estadística ($p = 0,199$). Por tanto, no se rechazó la hipótesis nula, que indica independencia entre estas dos variables.

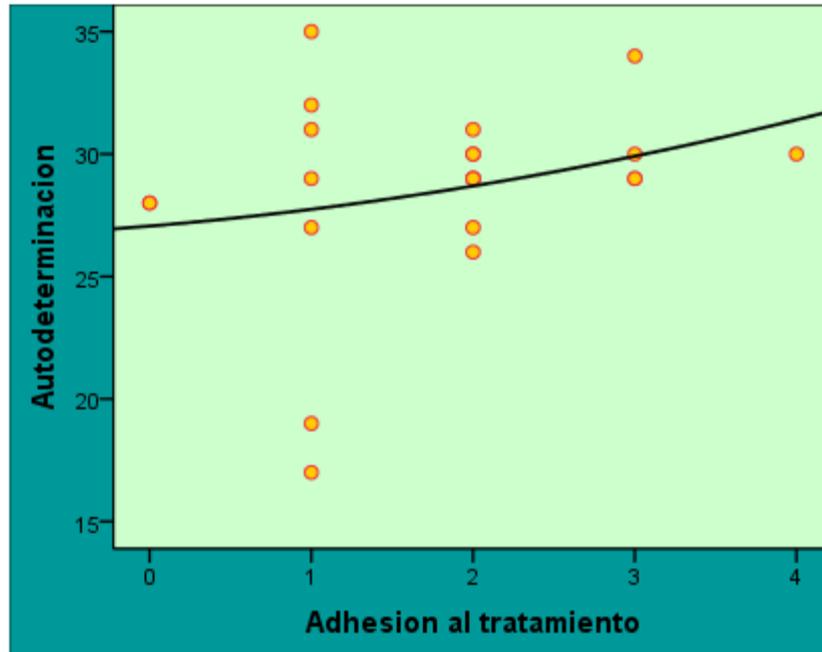


Figura 26. Dispersión de puntos entre la dimensión autodeterminación de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

En esta figura se indica la dispersión de puntos entre la dimensión autodeterminación y la adhesión al tratamiento, se observa que los puntos están muy dispersos, y falta de agrupación entre ellos, y una línea de tendencia horizontal que indica relación baja tendiente a nula.

Tabla 23. Correlación entre la dimensión inclusión social de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

Contraste	Adhesión al tratamiento	
	r	p-valor
Inclusión social	0,459	0,032

Fuente. Escala Gencat, y Test de Morisky – Green (Anexo 02 y 03).

En el análisis de la correlación entre la dimensión inclusión social perteneciente a la calidad de vida y la adhesión al tratamiento, se evidenció una moderada correlación ($r = 0,459$), significativa a nivel ($p < 0,05$). Por tal motivo, se rechazó la hipótesis nula y se admite la existencia de correspondencia entre estas dos variables.

Esta moderada correlación, determina correspondencia directa, en el sentido que si se incrementan los puntajes de la dimensión bienestar físico, se esperaría que los valores de la adhesión al tratamiento se acrecienten o viceversa.

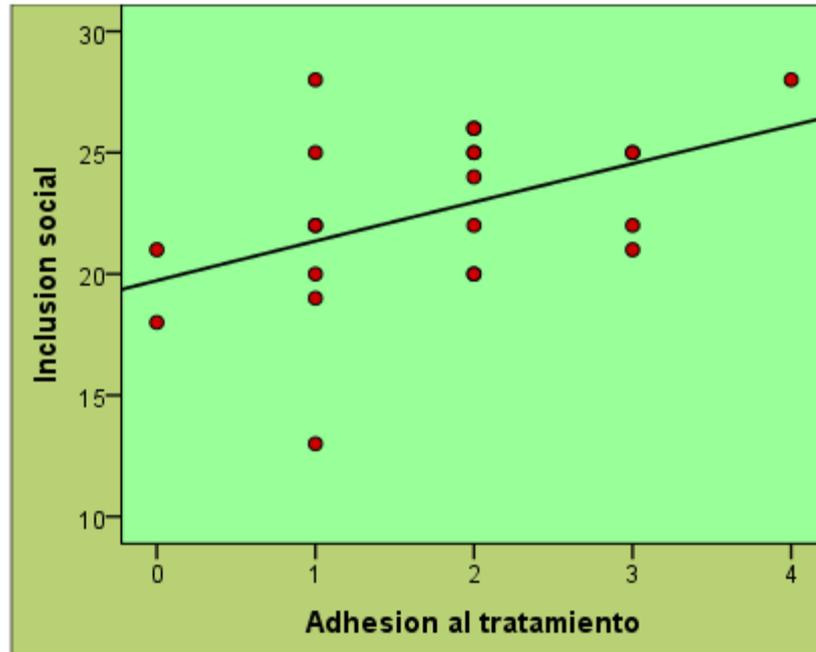


Figura 27. Dispersión de puntos entre la dimensión inclusión social de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

En esta figura sobre la relación entre la dimensión inclusión social y la adhesión al tratamiento, donde se aprecia que la línea de ajuste de la curva, con regular agrupación, tiene tendencia positiva y directa, asimismo la línea curva es tendiente a vertical

Tabla 24. Correlación entre la dimensión derechos de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

Contraste	Adhesión al tratamiento	
	Rho	p-valor
Derechos	0,514	0,014

Fuente. Escala Gencat, y Test de Morisky – Green (Anexo 02 y 03).

En el análisis de la correlación entre la dimensión derechos y la adhesión al tratamiento, se aprecia una correlación moderada (Rho = 0,514), cuyo resultado fue significativo a nivel ($p = 0,014$). En base a este resultado, se rechazó la hipótesis nula.

Explicando los términos de esta buena correlación, se admite que, ambas variables se corresponden directamente; es decir, si los puntajes de la primera se acrecientan, también lo hacen los valores de la segunda y viceversa.

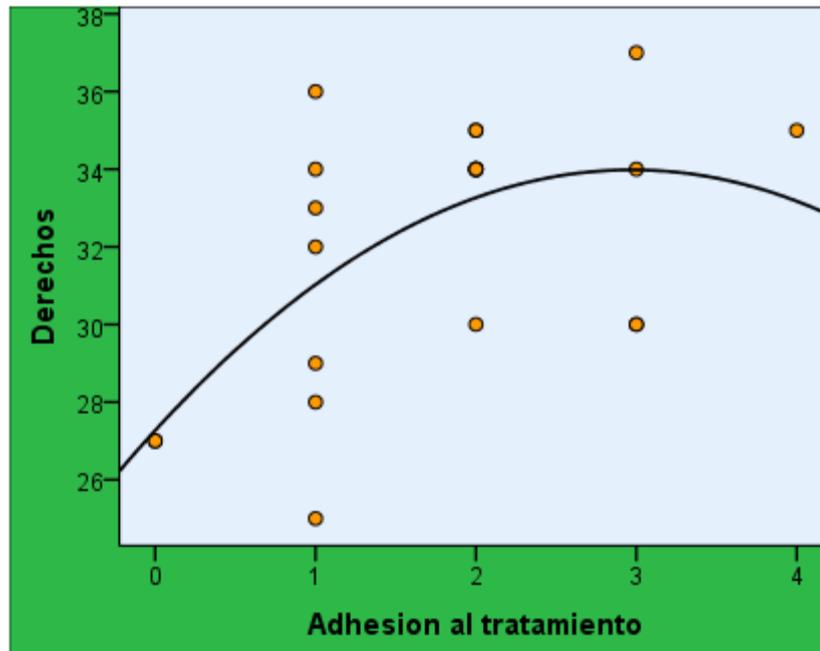


Figura 28. Dispersión de puntos entre la dimensión derechos de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

En esta figura se indica la dispersión de puntos entre los derechos de la calidad de vida y adhesión al tratamiento, en donde se observa que los puntos tienden a concentrarse con respecto a la línea de ajuste, lo que indica una relación directa, positiva y creciente

Tabla 25. Correlación entre la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

Contraste	Adhesión al tratamiento	
	Rho	p-valor
Calidad de vida	0,478	0,024

Fuente. Escala Gencat, y Test de Morisky – Green (Anexo 02 y 03).

En el análisis global, de la correlación entre las variables: calidad de vida y adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huanuco, se apreció una moderada correlación (Rho = 0,478), cuyo resultado fue significativo a nivel ($p = 0,024$). En base a este resultado, se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la existencia de correspondencia entre estas dos variables generales.

Explicando los términos de esta moderada correlación, se admite que, ambas variables se corresponden directamente; es decir, si los puntajes de la calidad de vida se acrecientan, también lo hacen los valores de adherencia al tratamiento. Es así que, ante una buena calidad de vida en los usuarios, existirá un mayor grado de adherencia al tratamiento, ya que estas variables demuestran correspondencia positiva.

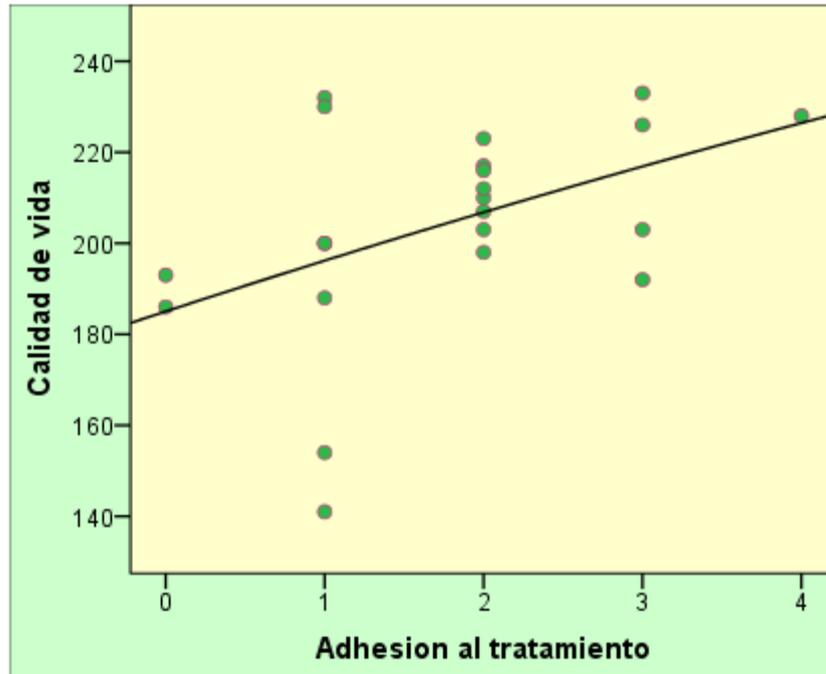


Figura 29. Dispersión de puntos entre la calidad de vida y la adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, 2014.

Finalmente, la presente figura de dispersión de puntos entre las variables globales, calidad de vida y adhesión al tratamiento, muestra que los puntos de dispersión presentan una moderada agrupación muy próxima a la línea de tendencia, lo que indica que esta correlación es directa o positiva.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Tanto las personas sanas como aquellas que se encuentran en desequilibrio de su salud, necesitan observar conductas saludables que les permitan afrontar situaciones de estrés, de crisis, de desadaptabilidad a través de manejos adecuados de autocuidado y afrontamiento⁸⁵. En este sentido, la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas supone un esfuerzo y compromiso, que en muchos casos es la determinante del éxito terapéutico; sin embargo, se observan ciertas desviaciones, principalmente de los pacientes de carácter crónico⁸⁶.

Por tanto, cuando las personas se admiten de manera adecuada a su tratamiento indicado, permite el control de su enfermedad, reduciendo los riesgos de padecer complicaciones propias de la enfermedad que afecten su calidad de vida.

Basado en estos supuestos, la presente investigación determinó la correspondencia entre la calidad de vida y la adherencia al tratamiento de hemodiálisis de los pacientes con IRC, que a continuación se analizan, se describen los planteamientos realizados por los investigadores, y a su vez, se contrastan los hallazgos y resultados mediante los instrumentos de medición válidos y fiables que fueron aplicados a la muestra en estudio.

En la investigación realizada se determinaron los factores que favorecen la adherencia al tratamiento que recibe el paciente y que están relacionados con el individuo, la enfermedad y la atención médica. Podemos inferir que los resultados obtenidos, a pesar de ser limitados, reflejan de forma confiable la situación actual de la adherencia terapéutica en los pacientes del Centro Nefrológico Integral Renal Care de Huánuco.

En el análisis global, de la correlación entre las variables: calidad de vida y adhesión al tratamiento en los pacientes con IRC del Centro Nefrológico Integral Renal Care de Huánuco, se apreció una moderada correlación; hecho que explica que las dimensiones: bienestar físico, bienestar material, inclusión social y derechos de la calidad de vida están generando las condiciones para la adecuada adherencia al tratamiento de hemodiálisis de los pacientes en estudio. Este resultado se apoya en las cinco perspectivas teóricas generales, de la OMS⁸⁶ para las enfermedades crónicas, que explicarían la adherencia: la perspectiva biomédica, la perspectiva comportamental, perspectivas de comunicación, perspectiva cognoscitiva y perspectiva autorregulada.

El enfoque biomédico, supone que los pacientes son seguidores más o menos pasivos de las órdenes de su médico, adicional a un diagnóstico y tratamiento prescrito. La teoría comportamental, recalca la importancia del refuerzo positivo y negativo, como un mecanismo para influir en el comportamiento y eso tiene aplicación inmediata para la adherencia. Las perspectivas de comunicación, destacan la importancia de desarrollar la relación profesional-paciente, educar a los pacientes, emplear buenas

aptitudes de comunicación, y recalcar la conveniencia de una relación más igual entre el profesional de la salud y el paciente para lograr la adherencia. Este enfoque influye sobre la satisfacción con la atención de salud, pero sus efectos positivos sobre el cumplimiento son escasos. La perspectiva cognoscitiva, se basa en la aplicación de diversos modelos para recalcar los procesos y variables cognoscitivos al comportamiento de la adherencia, los ejemplos son el modelo de creencias de la salud, la teoría social-cognitiva, la teoría del comportamiento planificado y la teoría de la protección-motivación. Finalmente, la perspectiva de autorregulación, intenta integrar las variables del entorno y las respuestas cognoscitivas de los individuos a las amenazas para la salud en el modelo autorregulado.

El modelo de adaptación, propuesto por Roy, citado por Devia, Falcón, Farfán, Vargas⁸⁷, explica que el paciente con enfermedad renal crónica que inicia terapia de hemodiálisis, utiliza mecanismos adaptativos que lo ayudarán a afrontar este nuevo estilo de vida. En ese sentido, las personas deben ser considerados como seres holísticos, con partes que funcionan como unidad con algún propósito, no en una relación causa – efecto. Los sistemas humanos incluyen a las personas como individuos, grupos, familias, comunidades, organizaciones y, a la sociedad como un todo. En este mismo modelo se señala que los seres humanos se adaptan a través de procesos de aprendizajes adquiridos mucho tiempo atrás; por lo cual, el profesional de enfermería debe considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, que forma parte de un contexto del cual

no se debe separar. Este concepto está directamente relacionado con el concepto de adaptación, de tal forma que la percepción que se tiene de las situaciones a las cuales se enfrenta es individual y diferente para cada uno.

También, el modelo de creencias de la salud⁸⁸, el cual trata de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento del paciente con los tratamientos y las recomendaciones médicas, la práctica de autoexámenes exploratorios o el uso de tabaco; asimismo, en términos de salud, el valor será el deseo de evitar la enfermedad o el padecimiento, y la expectativa será la creencia en que una acción posible de realizar prevendrá o mejorará el proceso.

También apoya el presente resultado, la teoría de la incertidumbre⁸⁹, que por tratarse de un estado cognitivo, aparece cuando un evento no es adecuadamente estructurado o categorizado debido a que la información del paciente sobre el suceso en cuestión es escasa. Estos eventos que causan incertidumbre y desconfianza en los tratamientos pueden ser la mayor fuente de estrés, provocando reactividad fisiológica y aumentando la emocionalidad del paciente.

Los aspectos cognitivos y emocionales, también han demostrado cierta relación con el comportamiento de adhesión; percepción de éxito en el cumplimiento previo del tratamiento, atribución de éxito al esfuerzo, motivación hacia la adhesión, expectativas de eficacia, locus de control y estados emocionales como la ansiedad, el estrés y la depresión son factores que afectan la adhesión al tratamiento de hemodiálisis; esta última

se ha asociado principalmente con la ganancia de peso interdiálisis⁹⁰, esto es corroborado por Devia, Falcón, Farfán, Vargas⁹¹ quienes señalan que los pacientes que inician la terapia de hemodiálisis valoran más la vida desde que tienen conocimiento de padecer la enfermedad renal crónica.

El conocimiento sobre el proceso de tratamiento de su enfermedad no desaparecerá, al contrario favorecerá el proceso de adherencia, puesto que subjetivamente está preparado para convivir con una enfermedad crónica y adaptarse al tratamiento mientras viva.

Las creencias que tiene el paciente acerca del tratamiento médico como una necesidad en beneficio de su salud, los conocimientos adecuados sobre las características de la enfermedad, los afrontamientos al tratamiento con autoeficacia y la percepción de redes de apoyo social suficientes, se asocian a la adherencia terapéutica⁹².

Otros enfoques más recientes como son el de Meichenbaum y Turk⁹³, señalan cuatro factores interdependientes que operan en el comportamiento de la adherencia: el conocimiento y las aptitudes, las creencias, la motivación, y la acción. También, existen otros modelos como el de las aptitudes de información-motivación-comportamiento (modelo IMC), que guían el pensamiento en los comportamientos complejos en salud, y el modelo de las etapas de cambio (EDC) también llamado modelo transteórico, que identifica cinco etapas a través de las cuales los individuos progresan hacia el cambio, describiendo la disposición motivacional de un individuo para este cambio. En la medida en que los pacientes logran adherirse al tratamiento, logran también una mejor calidad de vida.

En el análisis de la correlación entre la dimensión bienestar físico de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento, se evidenció una moderada correlación y se admite que si se incrementan los puntajes de la dimensión bienestar físico, se esperaría que los valores de la adhesión al tratamiento se acrecienten o viceversa. Este resultado explica que el paciente en tratamiento ha superado en cierto modo los problemas de sueño, dispone de ayudas técnicas si las necesita, sus hábitos de alimentación son saludables, su estado de salud le permite llevar una actividad normal, tiene buenos hábitos de higiene, cuenta con supervisión adecuada de los tratamientos, ha superado los diversos problemas de salud derivados del tratamiento y tiene acceso a los servicios de salud (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.), hecho que va en la línea de Tovbin, Gidron, Granovsky y Schnieder, citado por Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez, Fajardo⁹⁴ quienes sostienen que la dimensión física de la calidad de vida es la menos deteriorada que las demás, obteniendo una puntuación de 61,2, lo cual rebate los resultados de algunos estudios que sostienen que esta área es la más afectada y genera mayor insatisfacción en los pacientes en hemodiálisis.

También, los hallazgos de Tovbin, Gidron, Granovsky, Schnieder citado por Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez, Fajardo⁹⁵ han demostrado que la dimensión física de la calidad de vida es una de las más afectadas, en cuanto es la que genera mayor insatisfacción en los pacientes hemodializados. Entre las variables físicas más relevantes están

el síndrome urémico, que se caracteriza por una sensación general de debilidad, náuseas, vómito, falta de apetito y percepción de mal sabor en la boca. La hipoalbúmina, constituye un predictor importante de la escasa calidad de vida percibida por los pacientes en tratamiento de sustitución renal.

En el mismo sentido, Chávez, Fernández⁹⁶, acotan que la dimensión rol físico de la calidad de vida fue la más deteriorada de todas (46,2) en los pacientes con hemodiálisis en estudio, quienes evidenciaron que su salud física interfiere en su trabajo y demás actividades diarias, que su rendimiento es menor que el deseado, que se sienten limitados y presentan dificultades para realizar ciertas actividades; esta dimensión merece especial atención, en cuanto es en la que se percibe mayor detrimento. Probablemente el que ellos puedan realizar un oficio (perciben que su función física está en cierta medida preservada) o un trabajo, teniendo en cuenta las limitaciones de tiempo que conlleva la hemodiálisis, favorecería su percepción de bienestar, aspecto que podría trabajarse con programas integrales que involucren la participación de otros profesionales, a nivel interdisciplinario⁹⁷.

En el análisis de la correlación entre la dimensión inclusión social perteneciente a la calidad de vida y la adhesión al tratamiento, se evidenció una moderada correlación determinando que si se incrementan los puntajes de la dimensión inclusión social, se esperaría que los valores de la adhesión al tratamiento se acrecienten o viceversa. Este resultado se

apoya en el análisis de Sepúlveda, Álvarez⁹⁸, quienes consideran que el hecho de tener una ocupación que garantizara ingresos fijos; las buenas relaciones con familiares y amigos; los afiliados al régimen contributivo de salud; y quienes votaron en las últimas elecciones, pone de manifiesto la inclusión social a la que se le considera como una forma ampliada de integración, es decir se incorpora a una diversidad de actores e individuos. La inclusión no solo supone mejorar las condiciones de acceso a canales de integración, sino también promover mayores posibilidades de autodeterminación de los actores en juego⁹⁹.

Por el contrario, pareciera que culturalmente la misma situación de sufrir una enfermedad como la IRC es un elemento de exclusión. Sin embargo, la inclusión social los coloca a los pacientes en un parámetro de normalidad más justo al descubrirse como sujetos, dejando atrás esa imagen del enfermo como objeto o paciente incapaz de opinar, de comunicarse o de formar una parte activa de su proceso y tratamiento¹⁰⁰.

En el análisis de la correlación entre la dimensión derechos y la adhesión al tratamiento, se aprecia una correlación moderada indicando que si los puntajes de la dimensión derechos se acrecientan, también lo hacen los valores de la adherencia y viceversa. Esto explica que los derechos humanos y los del paciente se están aplicando adecuadamente, sin embargo el paciente puede mantener un perfil peculiar tal como lo mencionan, Hersh, Stoner citado por Contreras, Espinosa, Gutiérrez, Fajardo¹⁰¹, al señalar que los pacientes renales, deben ser considerados

igual que el resto de la gente, con respeto por su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad y derechos).

Los usuarios tienen derecho a exigir que los servicios que se dan para la atención de su salud cumplan con niveles de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas profesionales, ello ayuda a que el paciente cumpla con su tratamiento. Los médicos, enfermeras todo el personal implicado en el tratamiento dialfítico deben identificarse con el paciente, brindarle un buen trato y no discriminarlo¹⁰².

Por otro lado, en la realidad del contexto hospitalario actuales, son la hostilidad y la ira dirigidas al personal asistencial y al régimen terapéutico como respuesta a las limitaciones impuestas por la enfermedad y su tratamiento. Esto responde a la opción de derechos del paciente que suele asumir el paciente con IRC.

En este contexto, el modelo de las relaciones interpersonales es particularmente importante en individuos con enfermedades crónicas, que han de someterse a tratamientos médicos prolongados y mantener hábitos de vida saludables. Conductas de apoyo como acompañar al paciente a las revisiones médicas, compartir actividades saludables, interesarse por su estado de salud, mostrarle cariño y afecto durante cada una de las fases de su enfermedad, o reforzar el correcto seguimiento de las prescripciones médicas, resultan beneficiosas durante el padecimiento de una larga enfermedad, en suma el respeto y consideración por los derechos, ello permitirá que dicho paciente muestre mayor adherencia a cualquier tratamiento que se le administre¹⁰³.

Estos representan los elementos y herramientas que tiene el paciente para enfrentar el proceso de enfermedad y su tratamiento. Aquí se incluyen los conocimientos, las actitudes, las creencias, percepciones y expectativas del paciente, todo ello relacionado con los derechos que es una dimensión de la calidad de vida. Todos estos factores interactúan de un modo que refleja la capacidad de adherencia de cada persona, dejando en manifiesto su comportamiento hacia la terapéutica¹⁰⁴.

En suma, está demostrado que esta variable psicosocial puede contribuir en gran medida a incrementar la adherencia a las recomendaciones médicas, ya que los pacientes que reciben ánimo, refuerzo y apoyo por parte de sus familiares y amigos¹⁰⁵ tienen más probabilidades de seguir las prescripciones terapéuticas que aquellos otros con menos apoyo social, con inestabilidad familiar o que se encuentran en una situación de aislamiento social¹⁰⁶.

Se encontró que existe correlación moderada entre la dimensión bienestar material de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento. Esto explica que existe correspondencia directa y moderada en el sentido que si se incrementan los puntajes de la dimensión bienestar material, se esperaría que los valores de la adhesión al tratamiento se acrecienten o viceversa. Esto responde a las posibilidades materiales [Considera el hecho de tener suficiente dinero para comprar lo que se necesita y se desea tener, tener una vivienda y lugar de trabajo adecuados] y se sustenta en el enfoque biopsicosocial. La situación por la que cursa el paciente que ingresa al tratamiento de hemodiálisis, es importante reconocer que la

adherencia al tratamiento es un proceso difícil, tanto para el paciente como para su familia. En consecuencia, la adaptación a la hemodiálisis constituye un fenómeno multifacético que envuelve una compleja interrelación entre conductas, procesos fisiológicos, psicológicos y variables sociodemográficas asociadas¹⁰⁷. Por tanto, se considera que la asistencia a las sesiones de hemodiálisis hace parte fundamental de la adherencia al tratamiento en general. Quizás, el cumplimiento a las sesiones de hemodiálisis es uno de los aspectos menos estudiados¹⁰⁸, pero uno de los más importantes, ya que frente a la inasistencia, el paciente se expone a que la enfermedad se descontrole y el tratamiento no sea efectivo. Esto conlleva a que el cuerpo acumule “pequeños daños” irremediables, produciendo de esta manera, un incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad por esta causa¹⁰⁹.

Por otro lado, según Flórez¹¹⁰ se atribuye un efecto considerable sobre la adherencia a factores como el estado socioeconómico deficiente, pobreza, analfabetismo, bajo nivel educativo, falta de redes de apoyo social, condiciones de vida inestable, lejanía del centro de tratamiento, costo elevado del transporte, alto costo de los medicamentos, disfunción familiar, cultura y creencias populares acerca de la enfermedad y del tratamiento, los cuales de manera conjunta actúan negativamente sobre la adherencia terapéutica en personas con procesos crónicos.

En tanto, Bertoldo, Ascar, Campana, Martín, Moretti, Tiscornia¹¹¹ en su investigación titulada cumplimiento terapéutico en pacientes con

enfermedades crónicas, encontraron que los pacientes manifestaron como principal causa de no adherencia las socioeconómicas.

Rodríguez, Gómez¹¹², hallaron que entre los factores que apoyan la adherencia se encuentra el reconocimiento de la enfermedad, confianza en el tratamiento, apoyo de redes sociales y respaldo de la institución. A diferencia, debilitan la adherencia las dificultades económicas, falta de permisos, dificultades en modificar hábitos y déficit de conocimientos. Los resultados reflejan la necesidad de fortalecer a los profesionales de la salud en el manejo de la adherencia desde los ámbitos académicos y la creación o fortalecimiento de los programas educativos en las instituciones de salud.

En suma, tanto las personas sanas como aquellas que se encuentran en desequilibrio de su salud, necesitan observar conductas saludables que les permitan afrontar situaciones de estrés, de crisis, de desadaptabilidad a través de manejos adecuados de autocuidado, afrontamiento, adaptabilidad, a fin de aproximarse a una vida más sana y con mejor calidad.

CONCLUSIONES

De los resultados inferenciales, realizados en el presente estudio, se concluye que:

La dimensión bienestar material de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento de hemodiálisis, evidenció una moderada correlación ($r = 0,479$), siendo significativa a nivel ($p < 0,05$). Esto explica que existe correspondencia directa, en el sentido que si se incrementan los puntajes de la dimensión bienestar material, se esperaría que los valores de la adhesión al tratamiento se acrecienten o viceversa

La dimensión bienestar físico de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento, evidenció una moderada correlación ($r = 0,585$), significativa a nivel ($p < 0,05$). Por tal motivo, se rechazó la hipótesis nula induciendo que si se incrementan los puntajes de la dimensión bienestar físico, se esperaría que los valores de la adhesión al tratamiento se acrecienten o viceversa.

En el análisis de la correlación entre la dimensión inclusión social perteneciente a la calidad de vida y la adhesión al tratamiento, se evidenció una moderada correlación ($r = 0,459$), significativa a nivel ($p < 0,05$). Por tal motivo, se rechazó la hipótesis nula y se admite que si se incrementan los puntajes de la dimensión inclusión social, se esperaría que los valores de la adhesión al tratamiento se acrecienten o viceversa.

En la correlación entre la dimensión derechos y la adhesión al tratamiento, se aprecia una correlación moderada ($Rho = 0,514$), cuyo resultado fue significativo a nivel ($p = 0,014$). En base a este resultado, se rechazó la hipótesis nula y se consideró que si los puntajes de la primera se acrecientan, también lo hacen los valores de la segunda y viceversa.

En el análisis global, de la correlación entre las variables: calidad de vida y adhesión al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care – Huánuco, se apreció una moderada correlación ($Rho = 0,478$), cuyo resultado fue significativo a nivel ($p = 0,024$). En base a este resultado, se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la existencia de correspondencia directa entre estas dos variables generales. Es así que, ante una buena calidad de vida en los usuarios, existirá un mayor grado de adherencia al tratamiento, ya que estas variables demuestran correspondencia positiva.

De manera opuesta, no hubo correlación entre la dimensión autodeterminación y la adhesión al tratamiento, [se apreció una correlación baja ($Rho = 0,283$)], no significativa estadísticamente ($p = 0,199$). Por tanto, se aceptó la hipótesis nula, que indica independencia entre estas dos variables.

En el análisis de la correlación entre la dimensión desarrollo personal y la adhesión al tratamiento, se aprecia una correlación baja ($r = 0,257$), no

significativa estadísticamente ($p = 0,249$). Por tanto, no se rechazó la hipótesis nula, que indica no hay relación entre estas dos variables. Esto indica que los puntajes de la dimensión desarrollo personal, no determinan modificaciones en los valores de adhesión al tratamiento o viceversa.

En el análisis de la correlación entre la dimensión bienestar emocional de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento, no hubo significancia estadística ($p = 0,464$), por tanto, no se evidenció correlación ($r = 0,165$), y se aceptó la hipótesis nula, que indica la ausencia de relación entre dichas variables.

En el análisis de la correlación entre la dimensión relaciones interpersonales de la calidad de vida y la adhesión al tratamiento, no se apreció significancia estadística ($p = 0,202$), por tanto, se aceptó la hipótesis nula de independencia entre estas dos variables. Lo que explica que los puntajes de la dimensión relaciones interpersonales, no determinan modificaciones en los valores de adhesión al tratamiento o viceversa.

RECOMENDACIONES

A partir de las conclusiones arribadas en la presente investigación podemos destacar las siguientes implicaciones y recomendaciones.

Al sector salud

- Consideramos que corresponde al sector salud hacer énfasis en seguimiento al cumplimiento de la normatividad establecida en Sistema de Garantía de Calidad y específicamente en cuanto al acceso y la oportunidad para la obtención de servicios de salud por parte de los usuarios, incluyendo los diversos procedimientos terapéuticos, la entrega de los medicamentos y garantizando un manejo curativo efectivo y las variables que denotan la no adherencia.
- Las sesiones de hemodiálisis deben ir encaminadas a mejorar el bienestar de los pacientes y a hacer un importante aporte a nivel de prevención secundaria (modificación de conductas inapropiadas) y terciaria (disminuir las consecuencias de la enfermedad como la repercusión en otros órganos) de los pacientes renales¹¹⁴.

Al profesional de enfermería

- La presente investigación no sólo nos aclara cuáles son los puntos claves para lograr una mejor adherencia terapéutica, sino que también hace un llamado a la conciencia en salud, es decir, nos propone una crítica constructiva sobre nuestro propio quehacer como profesionales, especialmente tomando en cuenta que nuestra profesión es holística e integral, que el ser humano es parte cuerpo, parte alma y parte espíritu

y que por ende, son estas tres esferas las que como enfermeros debemos considerar a la hora de evaluar y proporcionar atención en salud.

- El profesional de enfermería considerada líder en la educación nefrológica, debe tener una participación más activa dentro del programa, a fin de integrar al paciente y familia en función de conseguir la mayor adherencia a su tratamiento. Su rol como educador y las estrategias educativas que realiza son claves para cumplir con los objetivos de la hemodiálisis.
- Asumir en la práctica diaria la existencia de pacientes no adherentes y que establezca los controles necesarios para su determinación. La adherencia al tratamiento debe ser valorada durante todo el tiempo que dure el mismo.
- Proporcionar atención coordinada con todo el equipo de salud para favorecer la adherencia al tratamiento y lograr las metas establecidas.
- Valorar los resultados obtenidos en el estudio, para plantear propuestas de atención al paciente con IRC que permitan favorecer la adherencia al tratamiento.
- Fomentar la creación del club para pacientes en proceso de hemodiálisis en el cual se les dé orientaciones sobre su enfermedad; donde se les permita expresar sus sentimientos y se les brinde un entorno de seguridad, además de realizarles actividades recreativas.

A la comunidad científica

- Por lo anterior, sería recomendable desglosar todos estos factores analizados y de esa manera realizar estudios prospectivos que faciliten su determinación y así, generar estrategias y alternativas que permitan favorecer una mejor adherencia terapéutica, por una educación para la salud en nuestro medio.
- La adherencia terapéutica, es un fenómeno multifactorial, y dado que los tratamientos son multimodales, requiere tomarse en consideración para su estudio, la interconexión de diferentes disciplinas que interactúan en la evaluación y tratamiento integral de los pacientes con IRC; sin dejar de lado los aspectos socioculturales que determinan la conceptualización de salud-enfermedad de nuestra población.

Al paciente

- Realizar actividades de afrontamiento recreativas (realizar paseos a parques, jugar domino, ir al cine, visitar amigos y familiares entre otros) en la medida de sus posibilidades ya que de este modo pueden distraerse.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Devia Kelimar, Falcón Angélica, Farfán Margary, Vargas Elsa. Mecanismos de adaptación de los pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de hemodiálisis. Rev Electrónica de Portales Medicos.com; 2012.
2. Calvanese Nicotina. En: Saad Acosta C, Sepúlveda G, Ibañez E, Flórez C, Herrán M, Márquez N, et al. Adherencia de los pacientes con insuficiencia renal crónica a las sesiones de hemodiálisis del Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., 2006 2007. Rev Colombiana de Enf; 2008, 3(3): ISSN1909-1621.
3. OMS. En: Libertad de los A. Martín Alfonso. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario. 2003 -2007. [Tesis para optar por el Grado Científico de Doctora en Ciencias de la Salud]; Ministerio de Salud Pública, Escuela Nacional de Salud Pública; Habana, 2009.
4. Contreras Françoise, Esguerra Gustavo, Espinosa Juan Carlos, Gutiérrez Carolina, Fajardo Laura. Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia); 2006 5 (3): 487-499.
5. Martín A L, Bayarre V H, Grau A J. Validación del cuestionario MBG para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Revista Cubana Salud Pública. [En línea], Ene-mar., vol. 34, no. 1. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es&nrm=iso&ting=es En: González-Castro, Pedro. El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Waxapa. 2011; 2 (5).
6. Ibid, p. 4
7. Basterra, Nichols, Poirier. En: Libertad Martín Alfonso. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Rev Cubana Salud Pública 2006;32(3)
8. Organización Mundial de la Salud. En: Libertad Martín Alfonso. Op, cit, p. 1.
9. Basterra. En: Libertad Martín Alfonso. Op, cit, p. 1.
10. Ginarte Y. La adherencia terapéutica. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001; 17(5):502-5.
11. Ferrer, Rodríguez Marín, Macía y Méndez, Barra, Martín y Grau, OMS. En: Libertad de los A. Martín Alfonso. Op, cit, p. 6

12. Orzáez Villanueva T, Rodríguez Cisneros A, Morales Ruiz E, Martínez Rincón C. Determinación de los factores condicionantes en la adhesión y cumplimiento de la dieta de protección renal en pacientes con insuficiencia renal crónica: estudio previo para la elaboración de una guía dietética. *Nutr Hosp.* 2006;21 (2):145-54.
13. Barrios et al., 2004. En: Contreras Francoise, Esguerra Gustavo, Espinosa Juan Carlos, Gutiérrez Carolina, Fajardo Laura. Op, cit, p. 488
14. González, Lobo. En: Contreras Francoise, Esguerra Gustavo, Espinosa Juan Carlos, Gutiérrez Carolina, Fajardo Laura. Op, cit, p. 488
15. Guerra Guerrero Verónica Teresa, Díaz Mujica Alejandro E, Vidal Albornoz Katherine. La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica. *Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]*. 2010 Jun [citado 2014 Sep 03] ; 26(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200007&lng=es.
16. Osorio Ochoa Diana Patricia, Serna Serna Karol, Vélez Palomino Gloria Constanza. Inasistencia del paciente con insuficiencia renal crónica a su tratamiento de hemodiálisis en la unidad renal de fresenius medical care armenia durante el año 2011. [Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Especialista en Administración de Salud]; Universidad Católica de Manizales especialización Administración en salud Manizales octubre de 2011.
17. Khechane, Mwaba, Hailey, Moss. En: Contreras Francoise, Esguerra Gustavo, Espinosa Juan Carlos, Gutiérrez Carolina, Fajardo Laura. Op, cit, p. 490
18. Amigo Fernández, Pérez, Cvengros Christensen, Lawton, Hersh-Rifkin & Stoner. En: Contreras Francoise, Esguerra Gustavo, Espinosa Juan Carlos, Gutiérrez Carolina, Fajardo Laura. Op, cit, p. 490.
19. Organización Mundial de la Salud. En: Contreras Francoise, Esguerra Gustavo, Espinosa Juan Carlos, Gutiérrez Carolina, Fajardo Laura. Op, cit, p. 490.
20. González, Lobo, Porter. En: Contreras Francoise, Esguerra Gustavo, Espinosa Juan Carlos, Gutiérrez Carolina, Fajardo Laura. Op, cit, p. 488
21. Alvarez-Ude Badia Lizán, Schwartzmann et al. En: Contreras Francoise, Esguerra Gustavo, Espinosa Juan Carlos, Gutiérrez Carolina, Fajardo Laura. Op, cit, p. 488

22. Borrero Veja Rubio, González Lobo. En: Contreras Francoise, Esguerra Gustavo, Espinosa Juan Carlos, Gutiérrez Carolina, Fajardo Laura. Op, cit, p. 488
23. García, Fajardo, Guevara, González, Hurtado. En: Contreras Francoise, Esguerra Gustavo, Espinosa Juan Carlos, Gutiérrez Carolina, Fajardo Laura. Op, cit, p. 488
24. Devia Kelimar, Falcón Angélica, Farfán Margary, Vargas Elsa. Op, cit, p. 9
25. Osorio Ochoa Diana Patricia, Serna Serna Karol, Vélez Palomino Gloria Constanza. Op, cit, p. 11
26. Informe mensual de la Unidad Renal de Armenia; 2010.
27. Sackett DL, Snow JC. En: Ochando García Antonio, Royuela García Catalina, Hernández Meca Encarnación, Lorenzo Martínez Susana, Paniagua Fernando. Op, cit, p. 4
28. Osorio Ochoa Diana Patricia, Serna Serna Karol, Vélez Palomino Gloria Constanza. Op, cit, p. 10
29. Contreras Francoise, Esguerra Gustavo, Espinosa Juan Carlos, Gutiérrez Carolina, Fajardo Laura. Op, cit, p. 488
30. Tovbin, Gidron, Granovsky, Schnieder, Kimmel, Hersh-Rifkin, Stoner. En: Contreras Francoise, Esguerra Gustavo, Espinosa Juan Carlos, Gutiérrez Carolina, Fajardo Laura. Op, cit, p. 489.
31. Vega A O, González E D. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. [En línea]. Julio. URL disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/66351/63971>. En: Gonzáles-Castro, Pedro. El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Waxapa; 2011, 2(5): 2
32. Saad Acosta C, Sepúlveda G, Ibañez E, Flórez C, Herrán M, Márquez N, et al. Op, cit, p. 62.
33. Contreras Francoise, Esguerra Gustavo, Espinosa Juan Carlos, Gutiérrez Carolina, Fajardo Laura. Op, cit, p. 491.
34. Osorio Ochoa Diana Patricia, Serna Serna Karol, Vélez Palomino Gloria Constanza. Op, cit, p. 8

35. Devia Kelimar, Falcón Angélica, Farfán Margary, Vargas Elsa. Op, cit, p. 12
36. Saad Acosta C, Sepúlveda G, Ibañez E, Flórez C, Herrán M, Márquez N, et al. Op, cit, p. 1
37. Contreras Françoise, Esguerra Gustavo, Espinosa Juan Carlos, Gutiérrez Carolina, Fajardo Laura. Op, cit, p. 499.
38. Rodríguez Vidal Magali, Castro Salas Manuel, Merino Escobar José M. Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. Cienc. enferm. [Revista en la Internet]. 2005 Dic [citado 2014 Sep 08]; 11(2): 47-55. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532005000200007>.
39. Molina García Yulisa R. Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional "Dos de Mayo": enero-febrero. [Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]; Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Humana E. A. P. De Enfermería, Lima –Perú; 2008.
40. Hinojosa Cáceres Emilio. "Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica ESSALUD Arequipa 2006. [Internet]. [Consulta 2014 jul 22]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/cendi/pdfs/evalu_calid_vid_pacient_insuf_rena_cronica.pdf"
41. Devia Kelimar, Falcón Angélica, Farfán Margary, Vargas Elsa. Op, cit, p. 14
42. Roy. En: Devia Kelimar, Falcón Angélica, Farfán Margary, Vargas Elsa. Op, cit, p. 31
43. Devia Kelimar, Falcón Angélica, Farfán Margary, Vargas Elsa. Op, cit, p. 31
44. Merle Mishel. En: Trejo Martínez Fernando. Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermería. Enf Neurol (Mex); 2012, 11 (1): 34-38
45. Ibid, p. 1
46. Isla X. Percepción de incertidumbre de los pacientes diabéticos, controlados en el consultorio adosado de especialidades del Hospital

Herminia Martín de Chillán, Chile, 1994-1995. *Ciencia y Enfermería* 1996; 2(1):71-80.

47. Merle Mishel. En: Trejo Martínez Fernando. Op, cit, p. 4
48. Otto SE. *Enfermería oncológica*. 3ª ed. Barcelona: Harcourt Brace; 1999.
49. Martínez GC. Ilustración Clínica de la Técnica de Intervención en Crisis. *Rev de psiquiatría* 1999; 15(3):169-174.
50. Becker y Rosenstok. En: Molina García Yulisa Rocío. Op, cit, p. 47
51. Magaz Lago A. Efectos psicológicos de la insuficiencia renal crónica: diferencias en función de los tratamientos médicos. [Tesis doctoral]. Universidad de Deusto; Bilbao; 2003.
52. Harrison. "Principios de Medicina Interna". 16ª edición. Mc Graw Hill; 2006.
53. Tapia L. "Cuidados Enfermeros en la Unidad de Hemodiálisis". [internet]. [Consulta 2014 jul 22]. Disponible en www.agapea.com/librosdetexto/formacion.
54. Borrero. "Fundamentos de Medicina y Nefrología" 4ª edición, Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia; 2003.
55. Morales García, Arenas Jiménez, Reig-Ferrer, Álvarez-Ude, Malek T A, Moledous MT, et al. Optimismo disposicional en pacientes en hemodiálisis y su influencia en el curso de la enfermedad. *Nefrología* 2011; 31(2):199-205.
56. Ibid, p, 1
57. OMS. En: Osorio Ochoa Diana Patricia, Serna Serna Karol, Vélez Palomino Gloria Constanza. Op, cit, p. 17
58. Mautone Mariela. Adherencia al tratamiento en hemodiálisis. [Internet]. [Consulta 2014 jul 01]. Disponible en: http://www.omepa.com.uy/escuela/pluginfile.php/596/mod_resource/content/1/bioeticajornadaspaysanduparadifundir.pdf
59. Revista Nurse Now. En: OMS. En: Osorio Ochoa Diana Patricia, Serna Serna Karol, Vélez Palomino Gloria Constanza. Op, cit, p. 17
60. Bernardi, Ceretti T, Schwartzmann L. La adhesión al tratamiento. [Internet]. [Consulta 2014 jul 11]. Disponible en: <http://www.psicologiamedica.org.uy/pdfs/protocolo3.pdf>

61. Ibid, p. 5
62. Martín Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública, sep.-dic. 2004; 30(4):14-20
63. Amigo, Fernández Pérez, Cvangros, Christensen Lawton, Hersh-Rifki, Stoner. Op, cit, p. 490
64. Ibid, p. 491
65. Ibid, p. 492
66. Organización Mundial de la Salud. En: Villagrán Venegas Aída Mariana. Estudio de la relación entre el afrontamiento y la adherencia al tratamiento en los y las pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (irct), sometidos a hemodiálisis, en el hospital quito nro. 1 de la policía nacional. [Tesis previa a la obtención del Título de: Psicólogo. Universidad politécnica salesiana sede Quito; Quito, Mayo de 2012
67. Khechane, Mwaba. En: Villagrán Venegas Aída Mariana. Op, cit, p. 84
68. Hailey, Moss. En: Villagrán Venegas Aída Mariana. Op, cit, p. 99
69. Ibid, p. 1
70. Ibid, p. 1
71. Kaveh, Kimmel. En: Contreras Francoise, Esguerra Gustavo, Espinosa Juan Carlos, Gutiérrez Carolina, Fajardo Laura. Op, cit, p. 491.
72. Mautone Mariela. Adherencia al tratamiento en hemodiálisis. [Internet]. [Consulta 2014 jul 22]. Disponible en: http://www.comepa.com.uy/escuela/pluginfile.php/596/mod_resource/content/1/bioeticajornadaspaysanduparadifundir.pdf
73. OMS: Devia Kelimar, Falcón Angélica, Farfán Margary, Vargas Elsa. Op, cit, p. 24
74. Palomba Rossella. Calidad de Vida: Conceptos y medidas. Taller sobre calidad de vida y redes de apoyo de adultas mayores. CELADE / División de Población, CEPAL, Santiago, Chile; 2002
75. Celia y Tulsy. En: Ardila Rubén. Calidad de vida: una definición integradora Rev Colomb Latinoamericana de Psicología; 2003, 35 (2): 161-164.

76. Ardila Rubén. Calidad de vida: una definición integradora Rev Colomb Latinoamericana de Psicología; 2003, 35 (2): 161-164.
77. Sanabria. En: Contreras Françoise, Esguerra Gustavo, Espinosa Juan Carlos, Gutiérrez Carolina, Fajardo Laura. Op, cit, p. 488
78. Velarde, Ávila. En: Contreras Françoise, Esguerra Gustavo, Espinosa Juan Carlos, Gutiérrez Carolina, Fajardo Laura. Op, cit, p. 488
79. Cidoncha et al., 2003. En: Contreras Françoise, Esguerra Gustavo, Espinosa Juan Carlos, Gutiérrez Carolina, Fajardo Laura. Op, cit, p. 489
80. Devia Kelimar, Falcón Angélica, Farfán Margary, Vargas Elsa. Op, cit, p. 13
81. Álvarez. En: Devia Kelimar, Falcón Angélica, Farfán Margary, Vargas Elsa. Op, cit, p. 13
82. Tovbin, Gidron, Granovsky & Schnieder, Kimmel, Hersh-Rifkin & Stoner. En: Contreras Françoise, Esguerra Gustavo, Espinosa Juan Carlos, Gutiérrez Carolina, Fajardo Laura. Op, cit, p. 489
83. Verdugo MA, Arias B, Gómez LE, Schalock R L. Formulari de l'Escala Gencat de Qualitat de vida. Manual d'aplicació de l'Escala Gencat de Qualitat de vida. Departament de Acció Social y Ciudadanía. Generalitat de Catalunya; 2008
84. Ibid, p. 1
85. Zaider G. Triviño V.1, Olivia Sanhuesa A. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. Aquichan; 2005. 5(1).
86. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. 2004. [Internet] [consultado 2014, setiem 12. Disponible en: <http://www.amro.who.int/common/Display.asp?Lang=S&RecID=8062>.
87. Roy. En: Devia Kelimar, Falcón Angélica, Farfán Margary, Vargas Elsa. Op, cit, p. 31
88. Soto F, Lacaste J, Papenfess R y cols. El modelo de creencias en salud. Un enfoque teórico para la prevención de Sida. Rev Esp Salud Pública 1997; 71(4):335-341.
89. Isla X. Percepción de incertidumbre de los pacientes diabéticos, controlados en el consultorio adosado de especialidades del Hospital

- Herminia Martín de Chillán, Chile, 1994-1995. *Ciencia y Enfermería* 1996; 2(1):71-80.
90. Hailey, Moss García, Fajardo, Guevara, González, Hurtado. En: Contreras Francoise, Esguerra Gustavo, Espinosa Juan Carlos, Gutiérrez Carolina, Fajardo Laura. Op, cit, p. 490.
91. Devia Kelimar, Falcón Angélica, Farfán Margary, Vargas Elsa. Op, cit, p. 50
92. Tovbin, Gidron, Granovsky & Schnieder. En: Contreras Francoise, Esguerra Gustavo, Espinosa Juan Carlos, Gutiérrez Carolina, Fajardo Laura. Op, cit, p. 489
93. Meichenbaum y Turk. En: Contreras Francoise, Esguerra Gustavo, Espinosa Juan Carlos, Gutiérrez Carolina, Fajardo Laura. Op, cit, p. 488
94. Tovbin, Gidron, Granovsky & Schnieder. En: Contreras Francoise, Esguerra Gustavo, Espinosa Juan Carlos, Gutiérrez Carolina, Fajardo Laura. Op, cit, p. 490.
95. La Rosa Matos Yadmila, Martín Alfonso Libertad, Bayarre Veá Héctor. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2007;23(1)
96. Chávez, 2001; Fernández et al. En: Contreras Francoise, Esguerra Gustavo, Espinosa Juan Carlos, Gutiérrez Carolina, Fajardo Laura. Op, cit, p. 489
97. Contreras Francoise, Esguerra Gustavo, Espinosa Juan Carlos, Gutiérrez Carolina, Fajardo Laura. Op, cit, p. 490
98. Sepúlveda H Diana M, Álvarez C. Luz S. Exclusión social y calidad de vida relacionada con la salud en personas entre 25 y 60 años de la zona nororiental de Medellín - Colombia, 2009. Facultad Nacional de Salud Pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* Vol. 30 N. ° 1 enero-abril 2012. 53
99. Ottone Ernesto, Sojo, Ana. Los alcances de la cohesión social. *Cohesión social: inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe*. CEPAL, Agencia española de Cooperación Internacional, Secretaría General Iberoamericana. Enero de 2007. Naciones Unidas. Santiago de Chile P 16
100. González Romo, Rocío Angélica; Reyna Martínez, Mónica; Cano Rodríguez, Cecilia del Carmen. "Los colores que hay en mí": Una experiencia de arte-terapia en pacientes oncológicos infantiles y cuidadores primarios. *Enseñanza e investigación en psicología*; 2009, 14 (1): 90.

101. Hersh Rifkin, Stoner. En: Contreras Francoise, Esguerra Gustavo, Espinosa Juan Carlos, Gutiérrez Carolina, Fajardo Laura. Op, cit, p. 490.
102. Vasquez Mendoza Fernando. Vigencia de los derechos y deberes del paciente renal. [Internet]. [Consulta 2014 jul 1]. Disponible en: http://www.drfernandovasquez.com/articulos_3.htm
103. Lahuerta C, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Pérez K, Nebot M. La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. Gac Sanit. 2004; 18: 83-91.
104. Tapia Muñoz José A. Op, ci, p. 43
105. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. Health Psychology. 2004; 23: 207-218.
106. Fernández AM, Bujalance MJ, Leiva F, Martos F, García AJ, Sánchez F. Salud autopercebida, apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. MEDIFAM. 2001; 11: 530-539.
107. Orueta R Gómez-Calcerrada R M, Redondo S. Factores relacionados con el incumplimiento a citas concertadas de un grupo de pacientes hipertensos. Marzo. 2001. Vol.11. No.3.
108. Ginarte Yurelis. La Adherencia Terapéutica. En: Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol. 17 No. 5. La Habana. Septiembre.-Octubre; 2001.
109. Orueta R Gómez-Calcerrada R M, Redondo S. Op, cit, p. 1
110. Flórez I. Adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. Avances en enfermería 2009; 27(2): 25-32
111. Bertoldo Pamela, Ascar Graciela, Campana Yanina, Martín Tamara, Moretti Marilina, Tiscornia Luciana. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. Rev Cubana Farm [revista en la Internet]. 2013 Dic [citado 2014 Sep 08] ; 47(4): 468-474. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152013000400006&lng=es.
112. Rodríguez Acelas Alba Luz, Gómez Ochoa Ana Maritza. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. av.enferm., XXVIII (1): 63-71, 2010.

113. Organización Mundial de la Salud. En: Contreras Francoise, Esguerra Gustavo, Espinosa Juan Carlos, Gutiérrez Carolina, Fajardo Laura. Op, cit, p. 490.

ANEXOS

Código.....

Fecha -----/-----/-----

ANEXO 01
ENCUESTA DE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA EN ESTUDIO.

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN. Calidad de vida y adhesión al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care– Huánuco- 2014.

INSTRUCCIONES. Estimado Sra./Sr./Srta., este formato orientador para la realización de la entrevista tiene el objetivo de reunir información clara y precisa acerca de sus características generales. Esta información es confidencial.

Gracias por su colaboración.

I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

1) **¿Cuántos años tiene usted?**

-----años

2) **¿A qué género pertenece?**

Masculino ()

Femenino ()

3) **¿De qué zona procede usted?**

Urbano ()

Rural ()

Urbano marginal ()

II. CARACTERÍSTICAS SOCIALES

4) **¿Cuál es su estado civil?**

Soltero ()

Conviviente ()

Casado ()

Divorciado ()

Viudo ()

5) **¿Cuál es su grado de escolaridad?**

Sin estudios ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior técnico ()

Superior universitario ()

6) **¿A qué se dedica usted?**

Ama de casa ()

Empleado público ()

Estudiante ()

Obrero ()

Comerciante ()

Jubilado ()

Otro ()
 Especifique-----

III. CARACTERISTICAS PROPIAS DE LA ENFERMEDAD

<p>7) ¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron la insuficiencia renal crónica?</p>	<p>-----en años</p>		
<p>8) ¿Qué medicamentos viene recibiendo para controlar su enfermedad?</p>		Si	No
	Antihipertensivos		
	Anti anémicos		
	Vitaminas		
<p>9) ¿Tiene usted alguna enfermedad paralela a la insuficiencia renal crónica?</p>	<p>Sí ()</p>		
	<p>No ()</p>		
<p>De ser afirmativa su respuesta, especifique ¿Qué enfermedad?</p>			
<p>Hipertensión arterial ()</p>			
<p>Diabetes ()</p>			
<p>Obesidad ()</p>			
<p>Dislipidemia ()</p>			
<p>Enfermedad vascular ()</p>			
<p>otro ()</p>			
<p>especifique-----</p>			
<p>--</p>			
<p>10) ¿Hace cuánto tiempo fue sometido al procedimiento del tratamiento con la hemodiálisis?</p>	<p>-----en años</p>		

ANEXO 02

ESCALA GENCAT PARA DETERMINAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUESTRA EN ESTUDIO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN. Calidad de vida y adhesión al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care– Huánuco- 2014.

INSTRUCCIONES. Estimado Sra./Sr./Srta., en esta oportunidad le presentamos un cuestionario para evaluar la calidad de vida, para lo cual sírvase marcar con un aspa (x) en el recuadro correspondiente. A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

I	BIENESTAR EMOCIONAL	Siempre	Siempre o casi siempre	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1	Se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2	Presenta síntomas de depresión.	1	2	3	4
3	Está alegre y de buen humor.	4	3	2	1
4	Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	2	3	4
5	Presenta síntomas de ansiedad.	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
7	Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
8	Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	4	3	2	

II	RELACIONES INTERPERSONALES	Siempre o casi siempre			
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
10	Mantiene con su familia la relación que desea.	4	3	2	1
11	Se queja de la falta de amigos estables.	1	2	3	4
12	Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
13	Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.	1	2	3	4
14	Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.	1	2	3	4
15	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.	4	3	2	1
16	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	4	3	2	1
17	La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar al de usted.	1	2	3	4
18	Tiene una vida sexual satisfactoria.	4	3	2	1

III	BIENESTAR MATERIAL	Siempre o casi siempre	Frecuente-mente	Frecuente-mente	Frecuente-mente
19	El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos,	1	2	3	4

	olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad...).				
20	El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.	4	3	2	1
21	Dispone de los bienes materiales que necesita.	4	3	2	1
22	Se muestra descontento con el lugar donde vive.	1	2	3	4
23	El lugar donde vive está limpio.	4	3	2	1
24	Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	4	3	2	1
25	Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.	1	2	3	4
26	El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.	4	3	2	1

IV	DESARROLLO PERSONAL	Siempre o casi siempre	Frecuente Mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
27	Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.	1	2	3	4
28	Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).	4	3	2	1
29	El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	4	3	2	1
30	Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le presentan.	1	2	3	4
31	Desarrolla su trabajo de manera eficaz y responsable.	4	3	2	1
32	El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	4	3	2	1
33	Participa en la elaboración de su plan de salud.	4	3	2	1
34	Se muestra desmotivado en su trabajo.	1	2	3	4

v	BIENESTAR FISICO	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
35	Tiene problemas de sueño.	1	2	3	4
36	Dispone de ayudas técnicas si las necesita.	4	3	2	1
37	Sus hábitos de alimentación son saludables.	4	3	2	1
38	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	4	3	2	1
39	Tiene un buen aseo personal.	4	3	2	1
40	En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma.	4	3	2	1
41	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.	1	2	3	4
42	Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).	1	2	3	4

VI	AUTODETERMINACION	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
43	Tiene metas, objetivos e intereses personales.	4	3	2	1
44	Elige cómo pasar su tiempo libre.	4	3	2	1
45	En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.	4	3	2	1
46	Defiende sus ideas y opiniones.	4	3	2	1
47	Otras personas deciden sobre su vida personal.	1	2	3	4
48	Otras personas deciden cómo gastar su dinero.	1	2	3	4
49	Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	1	2	3	4
50	Organiza su propia vida.	4	3	2	1
51	Elige con quién vivir.	4	3	2	1

VII	INCLUSION SOCIAL	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
52	Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...).	4	3	2	1
53	Su familia le apoya cuando lo necesita.	4	3	2	1
54	Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.	1	2	3	4
55	Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad.	1	2	3	4
56	Sus amigos le apoyan cuando lo necesita.	4	3	2	1
57	El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad.	4	3	2	1
58	Sus amigos solamente son aquellos que tienen su misma enfermedad.	1	2	3	4
59	Es rechazado o discriminado por los demás.	1	2	3	4

VIII	DERECHOS	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
60	Su familia no respeta su intimidad.	1	2	3	4
61	En su entorno es tratado con respeto.	4	3	2	1
62	Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.	4	3	2	1
63	Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son vulnerados.	1	2	3	4
64	En el servicio al que acude se respeta su intimidad.	4	3	2	1
65	En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad.	4	3	2	1
66	Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.).	1	2	3	4
67	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre	4	3	2	1

	sus derechos como usuario...).				
68	El servicio respeta la privacidad de la información.	4	3	2	1
69	Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.	1	2	3	4

ANEXO 3

TEST DE MORISKY-GREEN PARA LA VALORACION DE LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: Calidad de vida y adhesión al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care– Huánuco- 2014.

INSTRUCCIONES: estimado(a) usuarios a continuación le pedimos que conteste el presente test para lo cual se le pide que valore actitudes del enfermo respecto al tratamiento.

N°	Reactivos	No	Sí
1	¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su insuficiencia renal crónica?		
2	¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?		
3	Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?		
4	Si alguna vez le sienta mal ¿deja de tomarla?		

ANEXO 4
ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto: Calidad de vida y adhesión al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Centro Nefrológico Integral Renal Care– Huánuco- 2014.

Se me ha solicitado participar voluntariamente en un estudio que realizado por el grupo de investigación conformado por los licenciados en Enfermería: Yolanda Lucila, Andrés Janampa; Patricia Gonzales Sanchez y Holger Morales Palomino tesistas de la Escuela académica profesional de la facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan - Huánuco.

YO _____

- Estoy de acuerdo en responder la encuesta que se llevará a efecto en el Centro de Hemodiálisis.
- Entiendo que esto no implica riesgos para mi salud, ni para mi familia y puedo negarme a contestar algunas preguntas.
- He podido hacer las preguntas que he querido acerca del estudio y puedo retirarme de él en cualquier momento.
- Entiendo que los resultados pueden ser confidenciales y pueden ser publicados.
- Doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio.

.....
Firma

ANEXO 6

AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL

Apellidos y Nombres:

- ANDRÉS JANAMPA, Yolanda Lucila, DNI 41807958, correo electrónico yoly211@hotmail.com; celular 962953919.
- GONZALES SÁNCHEZ, Luz Patricia, DNI 43513590 correo electrónico patriciagonzaless@hotmail.com; celular 997545754
- MORALES PALOMINO, Holger Eli, DNI 43725005, correo electrónico holger-20102011@hotmail.com, celular 956673275

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

SEGUNDA ESPECIALIDAD
FACULTAD DE ENFERMERÍA E.A.P. ENFERMERÍA

Título Profesional a obtener: Título Segunda especialidad Profesional en Enfermería en Cuidado Enfermero Nefrológico.

TITULO DE LA TESIS “CALIDAD DE VIDA Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA. CENTRO NEFROLÓGICO INTEGRAL RENAL CARE – HUÁNUCO – 2014.” Tipo de acceso que autoriza el autor:

Marcar “X”	Categoría de Acceso	Descripción del Acceso
X	PÚBLICO	Es público y accesible al documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, mas no al texto completo.

Al elegir la opción "público", es a través de la presente autorizo de manera gratuita al repositorio institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el portal web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consistiendo que dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso hayan marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que eligió este tipo de acceso: _____

Asimismo, pedimos indicar el periodo de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido.

- 1 año
- 2 años
- 3 años
- 4 años

Luego del periodo señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasara a ser de acceso público.

Huánuco, 12 de Diciembre del 2019

Lic. Enf. Andrés Janampa, Yolanda Lucila
DNI 41807958

Lic. Enf. Gonzales Sánchez, Luz Patricia
DNI 43513590

Lic. Enf. Morales Palomino, Holger Eli
DNI 43725005