



**Autónoma**  
Universidad Autónoma del Perú

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**TESIS**

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA  
SEGÚN EL TIEMPO DE TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS DE UN HOSPITAL  
DE LIMA

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE**  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

**AUTORA**

BETSY DIANA HINOSTROZA CASAÑO  
ORCID: 0000-0003-1094-4542

**ASESOR**

MG. DIEGO ISMAEL VALENCIA PECHO  
ORCID: 0000-0002-7614-0814

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

EL ADULTO MAYOR Y SUS PROBLEMAS DE SALUD INTEGRAL Y BIENESTAR  
PSICOLÓGICO

**LIMA, PERÚ, SETIEMBRE DE 2021**

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional. A mi hermanita a quien quiero mucho. A mis abuelitos por su cariño

## **AGRADECIMIENTOS**

En estas líneas quiero agradecer a todas las personas que hicieron posible esta investigación y que de alguna manera estuvieron conmigo en los momentos difíciles, alegres, y tristes. Estas palabras son para ustedes. A mi madre por todo su amor, comprensión y apoyo, pero sobre todo gracias infinitas por la paciencia que me has tenido. No tengo palabras para agradecer la incontable vez que me brindaste tu apoyo en todas las decisiones que he tomado a lo largo de mi vida, unas buenas, otras malas. Gracias por darme la libertad de desenvolverme como ser humano.

A mi hermana por llenarme de alegría día tras día, por todos los consejos brindados, por compartir muchas aventuras juntas y siempre contar con tu apoyo.

De manera especial a mi asesor de tesis, Mg. Diego Ismael Valencia Pecho, por haberme guiado, no solo en la elaboración de este trabajo de titulación, sino a lo largo de mi carrera universitaria y haberme brindado el apoyo para desarrollarme profesionalmente y seguir cultivando mis valores

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b> .....	ii
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	iii
<b>RESUMEN</b> .....	vii
<b>ABSTRACT</b> .....	viii
<b>RESUMO</b> .....	ix
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	x
<b>CAPÍTULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Realidad problemática .....	13
1.2. Justificación e importancia de la investigación .....	15
1.3. Objetivos de la investigación .....	16
1.4. Limitaciones de la investigación .....	17
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes de la investigación .....	19
2.2. Bases teórico científicas .....	24
2.3. Definición conceptual de la terminología empleada.....	35
<b>CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO</b>	
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	38
3.2. Población y muestra .....	38
3.3. Hipótesis de la investigación .....	39
3.4. Variables – Operacionalización .....	41
3.5. Métodos y técnicas de investigación .....	42
3.6. Técnicas del procesamiento y análisis de datos.....	45
<b>CAPÍTULO IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	
4.1. Resultados descriptivos e inferenciales.....	47
4.2. Contrastación de hipótesis .....	52
<b>CAPÍTULO V. DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
5.1. Discusiones .....	58
5.2. Conclusiones .....	60
5.3. Recomendaciones.....	62
<b>REFERENCIAS</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Matriz de operacionalización de calidad de vida .....	41
Tabla 2	Categorización de los puntajes T para la Escala de Calidad de Vida .....	45
Tabla 3	Medidas descriptivas de la variable calidad de vida y dimensiones en la muestra total.....	47
Tabla 4	Frecuencias y porcentajes de los niveles de calidad de vida .....	47
Tabla 5	Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión hogar y bienestar económico .....	48
Tabla 6	Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión amigos, vecinos y comunidad .....	48
Tabla 7	Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión vida familiar y familia extensa .....	49
Tabla 8	Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión educación y ocio .....	49
Tabla 9	Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión medios de comunicación.....	49
Tabla 10	Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión religión.....	50
Tabla 11	Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión salud.....	50
Tabla 12	Análisis de la bondad de ajuste a la curva normal de los puntajes de calidad de vida y sus dimensiones .....	51
Tabla 13	Comparaciones de la calidad de vida y dimensiones en función al sexo de la muestra.....	52
Tabla 14	Comparaciones de la calidad de vida y dimensiones en función al tiempo de tratamiento de la muestra.....	53
Tabla 15	Comparaciones de la calidad de vida en función al estado civil de la muestra.....	55

# **CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SEGÚN EL TIEMPO DE TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS DE UN HOSPITAL DE LIMA**

**BETSY DIANA HINOSTROZA CASAÑO**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ**

## **RESUMEN**

El propósito de la indagación fue comprobar la existencia de discrepancias significativas al comparar la calidad de vida según el tiempo de tratamiento con hemodiálisis en una muestra de pacientes que sufren de Insuficiencia Renal Crónica del “Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen” ubicado en el distrito de La Victoria en Lima. Fue un estudio de tipo comparativo, y con un diseño no experimental. La muestra quedó conformada por 100 pacientes, incluyendo varones y mujeres, cuyas edades comprendieron de 25 a 65 años, que tomaban tratamiento de hemodiálisis en el Servicio de Nefrología. Se administró la “Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes”, adaptado por Grimaldo, Correa, Jara, Cirilo y Aguirre (2020) como instrumento de medida. Los resultados demostraron que concurren discrepancias estadísticas significativas en las puntuaciones de calidad de vida ( $X^2 = 8.696$ ;  $p = .047$ ) apreciándose que el grupo que recibe tratamiento hace más de un año, obtuvo mayor rango promedio (RP = 59.93). El 68% (68) de pacientes encuestados alcanzaron una tendencia a calidad de vida buena como nivel. Se encontraron discrepancias estadísticas significativas para la dimensión vida familiar y familia extensa ( $X^2 = 9.383$ ;  $p = .049$ ), religión ( $X^2 = 9.214$ ;  $p = .046$ ) y salud ( $X^2 = 9.442$ ;  $p = .037$ ), donde el grupo de pacientes casados es el de mayor rango promedio.

**Palabras clave:** calidad de vida, insuficiencia renal crónica, enfermedad crónica.

**QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY FAILURE  
ACCORDING TO TIME OF HEMODIALYSIS TREATMENT AT A LIMA HOSPITAL**

**BETSY DIANA HINOSTROZA CASAÑO**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ**

**ABSTRACT**

The purpose of the investigation was to verify the existence of significant discrepancies when comparing the quality of life according to the time of treatment with hemodialysis in a sample of patients suffering from Chronic Renal Insufficiency of the "Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen" located in the district of La Victory in Lima. It was a comparative study, and with a non-experimental design. The sample was made up of 100 patients, including men and women, whose ages ranged from 25 to 65 years, who were receiving hemodialysis treatment at the Nephrology Service. The "Olson and Barnes Quality of Life Scale" was administered, adapted by Grimaldo, Correa, Jara, Cirilo and Aguirre (2020) as a measurement instrument. The results indicated that there are significant statistical discrepancies in the quality of life scores ( $X^2 = 8.696$ ;  $p = .047$ ), appreciating that the group that received treatment for more than a year had a higher average rank ( $PR = 59.93$ ). 68% (68) of patients surveyed achieved a trend towards a good quality of life as a level. Significant statistical discrepancies were found for the dimension family life and extended family ( $X^2 = 9.383$ ;  $p = .049$ ), religion ( $X^2 = 9.214$ ;  $p = .046$ ) and health ( $X^2 = 9.442$ ;  $p = .037$ ), where the The group of married patients is the one with the highest average rank.

**Keywords:** quality of life, chronic renal insufficiency, chronic disease.

**QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA  
SEGUNDO TEMPO DE TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE EM HOSPITAL DE  
LIMA**

**BETSY DIANA HINOSTROZA CASAÑO**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ**

**RESUMO**

O objetivo da investigação foi verificar a existência de discrepâncias significativas na comparação da qualidade de vida de acordo com o tempo de tratamento com hemodiálise em uma amostra de pacientes com Insuficiência Renal Crônica do "Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen" localizado no distrito de La Victory em Lima. Foi um estudo comparativo e com desenho não experimental. A amostra foi composta por 100 pacientes, entre homens e mulheres, com idade variando de 25 a 65 anos, em tratamento hemodialítico no Serviço de Nefrologia. Foi aplicada a "Escala de Qualidade de Vida de Olson e Barnes", adaptada por Grimaldo, Correa, Jara, Cirilo e Aguirre (2020) como instrumento de medida. Os resultados indicaram que há discrepâncias estatísticas significativas nos escores de qualidade de vida ( $X^2 = 8,696$ ;  $p = 0,047$ ), valorizando que o grupo que recebeu tratamento por mais de um ano apresentou classificação média superior ( $RP = 59,93$ ). 68% (68) dos pacientes pesquisados alcançaram uma tendência de boa qualidade de vida como nível. Foram encontradas discrepâncias estatísticas significativas para a dimensão vida familiar e família alargada ( $X^2 = 9,383$ ;  $p = 0,049$ ), religião ( $X^2 = 9,214$ ;  $p = 0,046$ ) e saúde ( $X^2 = 9,442$ ;  $p = 0,037$ ), onde o O grupo de pacientes casados é o que possui a classificação média mais elevada.

**Palavras-chave:** qualidade de vida, insuficiência renal crônica, doença crônica.



## INTRODUCCIÓN

El interés de la gente por la calidad de vida ha existido desde la antigua Grecia. A pesar de la aparición de este concepto y su introducción en campos como la salud son relativamente nuevos. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) define el término como una visión particular de las condiciones de vida de un individuo, el contexto cultural en el que vive y su correspondencia con las expectativas, valores e intereses de su beneficio.

En los últimos años, los avances en la medicina han aumentado la esperanza de vida de los individuos, no solo de las que padecen enfermedades crónicas. Por este motivo, nos preocupa la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas, incluida la enfermedad renal crónica. Por lo tanto, el objetivo principal del tratamiento para los pacientes en diálisis no solo debe ser lograr estándares clínicos estables, sino también lograr la mejor calidad de vida.

Lo antes expuesto genera interés por comprender si concurren discrepancias en la percepción de la calidad de vida de acuerdo al tiempo de tratamiento con hemodiálisis de una muestra de pacientes que asisten al Servicio de Nefrología del “Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen” en Lima.

Para cumplir con ese propósito, la presente investigación ha sido estructurada de la siguiente manera: Dentro del primer capítulo, se expone la realidad problemática, la importancia del estudio, la justificación de su realización, la finalidad del estudio a modo de objetivos y las limitaciones que se presentaron durante su realización. Posteriormente, en el segundo capítulo, se hará exposición del marco teórico de las variables, donde se tomaron en cuenta estudios antecedentes tanto a nivel nacional, como a nivel internacional y las definiciones y construcciones teóricas científicas en las que se basa la investigación y, por último, las definiciones conceptuales de la terminología general empleada.

Dentro del tercer capítulo, se describe tanto la metodología del estudio (el tipo y el diseño), como la población y la muestra en la que se desarrollará el mismo; así mismo, se formulan las hipótesis, se describen las variables y su definición

operacional, los métodos y técnicas empleadas para el estudio y, finalmente, se describe paso a paso el proceso de recolección, análisis e interpretación de los datos estadísticos. Dentro del cuarto capítulo, se encuentran tanto el análisis, como la interpretación de los resultados. Estos, son presentados mediante tablas empleando tanto inferencias como estadísticos descriptivos, consiguiendo así, la información pertinente para contrastar las hipótesis del estudio. Finalmente, dentro del quinto capítulo, se encuentra la discusión de resultados, se implantan conclusiones y las recomendaciones oportunas para el ámbito hospitalario y futuras investigaciones en función a los resultados derivados.

**CAPÍTULO I**  
**PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## 1.1. Realidad problemática

Actualmente, la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) se considera un problema importante de salud pública y más común en pacientes con factores infecciosos o fisiológicos como glomerulonefritis, enfermedad tubular, infección renal, bloqueo de cálculos, defectos de nacimiento y diabetes, hipertensión arterial y lupus eritematoso sistémico (James, Hemmelgarn y Tonelli, 2010). Los pacientes con esta enfermedad requieren un tratamiento sin medicamentos, invasivo y costoso para el sistema de salud tanto para el paciente como en el hogar.

A nivel mundial, alrededor del 10% de la población padece esta enfermedad, por lo que la prevalencia de la Insuficiencia Renal Crónica alcanza el 17% en personas mayores de 20 años. Además, se ha asignado aproximadamente un trillón de dólares para la atención de pacientes con esta afección que demandan alguna clase de terapia de reemplazo renal (TRR) (Stenvinkel, 2010). Estos costos se encuentran en países de bajos ingresos donde el sistema de salud no puede ayudar a toda la población, requiriendo ciertos tratamientos como la hemodiálisis (HD), viene con una dieta estricta, mientras que también requiere medicación y restricción de líquidos (Mushi, Marschall y Fleba, 2015).

En el Perú, existen pocos estudios nacionales sobre esta enfermedad, a pesar de que la Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad que requiere tratamiento debido a su alta mortalidad, discapacidad y costos asociados. Autores como Francis, Kuo, Bernabe, Nessel, Gilman & Checkley (2015) estimaron que el 16.8% de la población peruana sufre esta condición médica, no obstante, este estimado no es a nivel nacional (solo Lima y Tumbes), dejando incompleto dilucidar si este resultado varía en diferentes partes del país. Además, la diabetes tipo 2 y la hipertensión arterial, se consideran factores de riesgos de mayor relevancia para esta enfermedad, se distribuyen de manera diferente en el Perú, la prevalencia no es la misma en todas las regiones y las tasas de mortalidad relacionadas tampoco son las mismas. Por el contrario, más del 50% de la población que puede necesitar terapia de reemplazo renal no se beneficia de ella.

En este contexto, dado los últimos años, ha habido un interés creciente entre los profesionales sanitarios por optimizar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas. Muchas enfermedades crónicas, siendo la Insuficiencia Renal Crónica una de ellas, conllevan hacia un deterioro de la calidad de vida, pues perturban de alguna forma diferentes esferas de la vida personal, laboral y social de los pacientes que lo sufren. A menudo, la limitación de la enfermedad y el desarrollo de convulsiones aumentan la adicción y conducen a hospitalizaciones frecuentes y prolongadas. La calidad de vida es un indicador de cambios en la salud de estos pacientes como expresión de estrategias para no solo prolongar la supervivencia, sino también aliviar los síntomas y mantener la buena salud. Este punto de vista ha ganado valor en todo el trabajo de investigación clínica, a diferencia del sesgo positivo basado en una buena práctica clínica basada en resultados cuantitativos proporcionados por pruebas de laboratorio, experimentos o estadísticas. La calidad de vida refleja opiniones sobre cómo las personas experimentan el bienestar psicofisiológico y cuán satisfechas están en su vida diaria. Por lo tanto, la calidad de vida concerniente con la salud se refiere al impacto de una enfermedad o tratamiento en particular en diversas áreas de la vida de un individuo desde la perspectiva de un individuo (García y Rodríguez, 2007; Meléndez y Tobaada, 2016).

Cabe señalar que el tratamiento con hemodiálisis provoca muchas situaciones diferentes en el paciente y afecta diversos aspectos congruentes con la calidad de vida. Las condiciones de este tratamiento y el desarrollo crónico de la enfermedad limitan a los portadores de Insuficiencia Renal Crónica y, por tanto, son factores agresivos que provocan estrés, aislamiento social, disminución de la actividad física, dependencia, sentimientos de ansiedad e inseguridad sobre la salud y el bienestar (Costa, Pinheiro, Medeiros, Costa y Cossi, 2016).

Por lo tanto, se formular la siguiente interrogante: ¿Existen diferencias estadísticas significativas al comparar la calidad de vida en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica de un hospital de Lima según el tiempo de tratamiento con hemodiálisis?

## **1.2. Justificación e importancia de la investigación**

Esta indagación es teóricamente plausible porque permite demostrar el nivel de calidad de vida de los pacientes adultos con Insuficiencia Renal Crónica que son tratados con hemodiálisis; la misma que siempre no es observada y tenida en cuenta por los profesionales de la salud en sus acciones de intervención y cuidados bajo esta condición médica. Así, la importancia del estudio radica en que ofrecerá información específica y sistematizada acerca de la percepción de la calidad de vida que posee la población de pacientes con esta afección y su comparación de acuerdo a ciertos criterios.

La justificación metodológica, por su parte, nos ofrecerá llevar a cabo la propuesta de investigación optando por la utilización de la encuesta, por medio de un instrumento estandarizado que cuentan con validez y confiabilidad en nuestro entorno social. La primera tiene que ver con el hecho de entregar a la población asignada, en este caso pacientes adultos con Insuficiencia Renal Crónica con tratamiento de hemodiálisis, un cuestionario con preguntas específicas con un tipo de respuesta para cuantificar los datos referentes a la presencia de indicadores de calidad de vida. Una vez recogido los datos y la información, se procedió al análisis entre los mismos para obtener los resultados de investigación.

Por otro lado, en lo que respecta a la justificación práctica, esta permitió, una vez analizado los datos, considerar la necesidad de la presencia de actores profesionales competentes que se comprometan con el abordaje integral de los pacientes, tanto físico como psicológico; por una parte los psicológicos clínicos, planificaran y ejecutaran un programa de intervención psicológica, dirigido a modificar la percepción inadecuada de los dominios asociadas a su calidad de vida; además de la adherencia al tratamiento médico. Por otro lado, el nefrólogo se encargará del tratamiento médico de los pacientes con terapia de reemplazo renal, siendo el tratamiento de la hemodiálisis el de mayor solicitud.

## **1.3. Objetivos de la investigación**

### **1.3.1. Objetivo general**

- Determinar si existen diferencias estadísticas significativas al comparar la calidad de vida en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica según el tiempo de tratamiento con hemodiálisis de un hospital de Lima.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

1. Detallar el nivel de calidad de vida en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis en un hospital de Lima.
2. Analizar el nivel de la dimensión hogar y bienestar económico en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis en un hospital de Lima.
3. Detallar el nivel de la dimensión amigos, vecinos y comunidad en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis en un hospital de Lima.
4. Detallar el nivel de la dimensión vida familia y familia extensa en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis en un hospital de Lima.
5. Describir el nivel de la dimensión educación y ocio en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis en un hospital de Lima.
6. Precisar el nivel de la dimensión medios de comunicación en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis en un hospital de Lima.
7. Precisar el nivel de la dimensión religión en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis en un hospital de Lima.

8. Precisar el nivel de la dimensión salud en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis en un hospital de Lima.
9. Comprobar si existen discrepancias significativas en la calidad de vida y sus dimensiones en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis en un hospital de Lima según sexo.
10. Comprobar si existen discrepancias significativas en la calidad de vida y sus dimensiones en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis en un hospital de Lima según estado civil.

#### **1.4. Limitaciones de la investigación**

La investigación en términos de su aplicación no presentó muchos obstáculos debido a que el desarrollo de la misma se gestionó con rapidez gracias a las coordinaciones administrativas con la médica jefa del “Servicio de Nefrología” del “Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”. Respecto al tiempo de la aplicación del instrumento de medición, fue variable, ya que depende exclusivamente de la disposición voluntaria y estado de ánimo que muestren los pacientes, y si estos saben leer o no.



**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

## **2.1. Antecedentes de estudios**

### **2.1.1. Antecedentes internacionales**

Rivera – Vásquez y Rojas (2017) decidieron medir la percepción de la calidad de vida en 60 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que recibieron tratamiento sustitutivo renal (hemodiálisis) durante el periodo enero-julio del año 2017, en un nosocomio de segundo nivel en ciudad Victoria, Tamaulipas – México. Emplearon como instrumento de medición “Kidney Disease Quality of Life” versión abreviada del KDQOLTM (1997). La investigación fue cuantitativa con un diseño descriptivo – transversal, la muestra se obtuvo a través de un muestreo no probabilístico por disponibilidad. Los resultados expusieron que el 40.79% de los pacientes reportaron mala calidad de vida, el 31.11% la calificó como alta y el resto fue moderada. A nivel de dimensiones, encontraron que, en cuanto a la dimensión física, un 48.33% de la muestra presentó una calidad de vida en nivel bajo, así mismo, otro 28.33%, presentó una calidad de vida en nivel alto, el porcentaje estadístico restante, presentó un nivel medio en cuando a la calidad de vida. En lo que respecta a la dimensión psicológica, el 45% tuvo una calidad alta, el 35% una media y el 20% una baja. Finalmente, se encontró que en la dimensión social predomina el nivel bajo con 41.67%, el nivel medio 38.33% y el resto tienen una calidad de vida alta. Se concluye que si bien la calidad de vida de los pacientes renales crónicos fue baja, la dimensión psicológica fue alta.

Sánchez, Rivadeneyra y Aristil (2016) encuestaron a 67 pacientes con Enfermedad Crónica Terminal Crónica bajo hemodiálisis y el área (salud física, psicológica, relaciones sociales, ambiente) en la que tuvo niveles bajos, suscritos en la unidad de hemodiálisis de un nosocomio público de la localidad de Puebla, en México, para identificar el grado de calidad de vida. Dentro de los aspectos metodológicos a considerar, se manejó un diseño no experimental, transversal, descriptivo. Se efectuó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se les aplicó el instrumento “Whoqol-bref” que es una versión reducida del “Whoqol-100” que lo constituye 26 ítems. Los principales resultados revelaron que la calidad de vida de los pacientes sometidos a tratamiento sustitutivo renal con hemodiálisis fue de calidad baja (23.88%) y media (76.12%). El dominio menos afectado fue el psicológico con

67.01 puntos y el más grande fue el físico con 60.76. El dominio relacionado con la calidad de vida fueron las relaciones sociales ( $p = 0.000$ ). Se concluyó que los pacientes en hemodiálisis tienen una calidad de vida media-baja y el dominio más afectado es el físico, pero existe una mayor correlación con las relaciones sociales, cuanto mejor es la relación social, mejor es la calidad de vida percibida por el paciente.

Costa, Pinheiro, Medeiros, Costa, y Cossi (2016) encuestaron a 39 pacientes diagnosticados con Enfermedad Renal Crónica en hemodiálisis, incluyendo ambos sexos (54% hombres y 46% mujeres), siendo 51 años la edad con mayor prevalencia y que se atienden en el Centro de Hemodiálisis de Cajazeiras (CHC), Estado de Paraíba en Brasil, con el fin de medir la calidad de vida e identificar factores que influyen en ella. Se usó una metodológica descriptiva, transversal y cuantitativa. Se administró el "WHOQOL-BREF" y una ficha sociodemográfica. El dominio físico (DF), en general, fue el más afectado entre los pacientes, siendo la media 59.44, por su parte, el dominio social (DE) fue el mejor conservado, con una media de 72.87. La calidad de vida (CV) obtuvo una media de 64.96. El coeficiente de correlación de Pearson, indicó que la calidad de vida consiguió una correlación significativa con los diversos ámbitos de dominio de la prueba. Como conclusión, se afirmó que los pacientes ingresados al servicio de hemodiálisis perciben una mejor calidad de vida.

Barros, Herazo y Aroca (2015) encuestaron a 80 pacientes diagnosticados con Enfermedad Renal Crónica (ERC) atendidos en la unidad renal y servicio de hospitalización de la Clínica de la Costa en Barranquilla, Colombia, con el propósito de comprobar la calidad de vida relacionada con la salud y su asociación con variantes sociodemográficas y datos clínicos. Se administró el "Cuestionario de Calidad de Vida en Enfermedad Renal (KDQOL-SF)" compuesta por ocho dimensiones generales. Se encontró que el 23.5% presenta de 61 a 70 años, siendo hombres el 51.3%. Las medias más bajas las consiguieron la dimensión carga por enfermedad renal (40.3), salud física (33.4) y salud mental (43.5) para el componente genérico. La edad y las dimensiones efecto de la enfermedad renal cotidiana ( $r = 0.238$ ,  $p = 0.03$ ) y el componente genérico de salud física ( $r = -0.242$ ,  $p = 0.03$ ) hallaron correlación significativa. Asimismo, el empleo se correlacionó positivamente con los componentes genéricos salud física ( $r = 0.499$ ,  $p = 0.001$ ) y salud mental ( $r = 0.375$ ,  $p = 0.001$ ), y la

exposición a la enfermedad renal se correlacionó negativamente con el momento del diagnóstico de la enfermedad renal ( $r = -0.241$ ,  $p = 0.02$ ).

Miranda (2015) encuestó voluntariamente a 24 pacientes adultos diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica atendidos en el “Instituto Guatemalteco de Seguridad Social” y “Hospital Nacional de Chiquimula en Guatemala”, con el fin de describir la calidad de vida de los pacientes y de sus familias. La investigación fue de tipo descriptivo y transversal, se administró el “Cuestionario de Salud SF-36” que fue desarrollado por Ware (1993), validado en España por Alonso (1995). Entre los principales resultados estadísticos, se encontró que, en relación al estado civil, 38% son casados, 29% conviven y 33% son solteros y viudos, pero cuentan con una red de apoyo familiar, lo que en cierta medida favorece la buena adherencia al tratamiento. Por otro lado, de las dimensiones evaluadas por el SF-36, hubo un mayor impacto en la percepción de la calidad de vida en el rol físico, rol emocional, función física, dolor corporal, rol social, energía y vitalidad, salud mental y salud general. La calidad de vida interfiere con su habilidad para ejecutar actividades diarias como nadar o vestirse. El 67% de los pacientes perciben su calidad de vida entre regular y mala, como evaluación general del estado de salud.

### **2.1.2. Antecedentes nacionales**

Gadea y Campos (2020) encuestaron a una muestra de 87 pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) en tratamiento con hemodiálisis del “Hospital Regional de Ica” entre agosto y diciembre del 2019, con el propósito de determinar la calidad de vida. Fue una indagación de tipo descriptivo y corte transversal. Se administró el “Cuestionario de Calidad de Vida en Salud (SF-36)”. Los resultados obtenidos evidenciaron una afinidad a la percepción de calidad de vida y tiempo en hemodiálisis de los pacientes del estudio, observándose que, el 77.3%, es decir, el mayor porcentaje de la muestra, llevaba en tratamiento un rango oscilante entre 12 y 24 meses como mínimo y en el mismo período. Así mismo, el 58.9% percibía su calidad de vida como razonable o muy buena, esto quería decir, que solo en ocasiones sentían un bienestar físico, mental, ambiental y social por completo. Es importante señalar que la mayoría de los pacientes que han tenido tratamiento en hemodiálisis entre 1 y 2 años califican su calidad de vida en el rango de moderada a

mala, mientras que aquellos que han estado en hemodiálisis por más de 2 años perciben su calidad de vida en el rango de buena a muy buena, se puede deducir que cuanto mayor es el tiempo de hemodiálisis, mejor es la percepción de la calidad de vida, esto puede deberse a lo cómodo que se siente el paciente con el tratamiento. Se finiquitó que la percepción de la calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis se vio afectada con el tiempo en las distintas dimensiones examinadas.

Bonilla (2018) encuestó a 49 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en hemodiálisis de Pronefros S.A.C, que atendían de forma interdiaria en el año 2017, con el propósito de comprobar la calidad de vida. Fue una indagación descriptiva, aplicada, descriptiva y transversal. Se administró un cuestionario de historia personal con ocho preguntas y el "Cuestionario de Salud SF-36" elaborado por John Ware formado por 11 preguntas, adaptado al español. Los resultados indicaron que sexo masculino predominó, con edades entre 60 y 70 años, casados, estudios superiores completos, jubilados y amas de casa, de origen rural, con 2 desordenes asociados a la enfermedad y más de 3 años en tratamiento de hemodiálisis. En materia de salud, se observó que de acuerdo a las tres áreas: 56.1% obtuvo de justicia a los pobres en condición funcional, 59.2% de bueno a regular en bienestar y 68.4% de bueno a regular en bienestar. salud general. Concluyeron que el 58.3% de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en hemodiálisis calificaron la calidad de vida de buena a mediocre porque, a pesar de los esfuerzos por sentirse mejor, la salud física, mental y emocional de los pacientes estaba comprometida.

Robles (2018) realizó un estudio para comparar la calidad de vida de 30 pacientes en tratamiento de hemodiálisis y 30 pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal seleccionados según criterios de inclusión que acuden al "centro de salud renal de EsSalud" en Puno durante el año 2017. Se decidió que la investigación fuera de tipo descriptivo – comparativo, y transversal. El "Cuestionario de Salud SF – 36" versión 2.0 se empleó como instrumento de medición, conformado por ocho dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. La técnica de la encuesta fue utilizada para la recolección de datos. Como lo indican los resultados, se encontró que los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal lograron un mayor porcentaje de calidad de vida regular (60%), seguido de mala calidad de vida (27.7%) y buena calidad de vida

(13.3%); mientras que comparativamente, los pacientes en tratamiento de hemodiálisis lograron un mayor porcentaje de mala calidad de vida (53.3%) seguido de una calidad de vida regular (40%) y una buena calidad de vida (6.7%). Finalmente, llegaron a la conclusión de que la calidad de vida es mejor en los pacientes en diálisis peritoneal, lo que se confirma con el nivel de significancia del 5%.

Taquire (2018) realizó un estudio para verificar la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis atendidos en el Servicio de Nefrología del “Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren – EsSalud”, en la provincia del Callao en 2018. La indagación se realizó con un enfoque cuantitativo, un tipo descriptivo, pertenecía al diseño no experimental y al corte transversal. La población muestral del estudio estuvo constituida por 61 pacientes. El instrumento empleado para la recolección de datos, fue el Cuestionario de Salud (SF-36) y, entre los resultados obtenidos, se pudo observar que, de los pacientes evaluados, un 41% percibían su calidad de vida como regular, otro 32,8% percibía su calidad de vida como buena y el 26,2% restante, percibía su calidad de vida como mala. En cuanto a las dimensiones de calidad de vida, un 37.7% de la muestra evidenció una función física; un 39.3% evidenció un buen rol físico, mientras que, otro 41% presentó rol físico regular; un 39.3% presentó una salud general regular; un 39.3% percibía una mala vitalidad; un 42.6% presentaba una función social mala; un 45.9% presentaba un rol emocional regular y un 41% evidenció una salud mental regular.

Villagra & Arenas (2016) realizaron un estudio para evaluar la calidad de vida de 44 pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis que participaron en el “Servicio de Nefrología” del “Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza” de la ciudad de Arequipa. El estudio fue un estudio de campo con carácter descriptivo y transversal. El instrumento utilizado fue la “Escala de Calidad de Vida SF-36”, que se compone de ocho dimensiones. Los datos revelan que los pacientes son adultos mayores de 55 años, con predominio del sexo masculino. En cuanto a la calidad de vida en el estado físico de los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, fue regular en el 54% debido a que su función física está poco deteriorada, la presencia de dolor no fue muy intensa y la uniformidad en su vida diaria. un buen estado general de salud y una verdadera vitalidad igual. El 83% de los

pacientes perciben una buena la calidad de vida en el estado emocional, al no verse perturbados por desórdenes emocionales como ansiedad y depresión. Como conclusión aseveraron que fue buena la calidad de vida en general de los pacientes.

Meléndez y Toboada (2016) decidieron establecer la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica terminal tratados en Hemodiálisis (HD) o Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DIPAC) en el “Servicio de Nefrología” del “Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren”. El estudio fue cuantitativo según su tendencia, aplicado según su orientación, prospectivo según el momento de ocurrencia de los hechos examinados, transversal según su período y orden de los datos, y descriptivo según su análisis y alcance de sus resultados. El instrumento fue el "Cuestionario SF-36" con 36 ítems que examinan 8 dimensiones del estado de salud. Uno de los resultados más importantes fue que la calidad de vida en hemodiálisis y diálisis peritoneal fue moderadamente saludable en algo menos de la mitad (45.24%) y algo más de la mitad (54.55%), respectivamente. Las dimensiones en la enfermedad de HD y DIPAC, en función física, dolor corporal, rol emocional y salud mental, en ambos tratamientos la calidad de vida fue moderadamente saludable a poco más de la mitad (52%), las dimensiones salud general y en función calidad social de vida eran moderadamente saludables un poco más de la mitad (57%) y un poco menos de la mitad (41%). Se concluye que existe diferencia en la calidad de vida en los dos tratamientos, siendo mayor en la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DIPAC).

## **2.2. Bases teórico – científicas**

### **2.2.1. Calidad de vida**

#### **2.2.1.1. Definición de calidad de vida.**

El tema de la calidad de vida es muy preocupante considerando su impacto en diferentes áreas de la vida. Por tanto, existen muchos campos y temas relacionados con su investigación, así tenemos la Psicología, la sociología, la política, la antropología cultural, la economía, entre otras. Debido a la variedad de enfoques y disciplinas, el estudio de esta variable es algo controvertido.

Cada ciencia contribuye a valores diferentes y defiende intereses diferentes y contrapuestos. En particular, la calidad de vida puede entenderse como conducente a una vida satisfactoria, pero sobre todo significa vivir una vida larga, en especial en óptimas condiciones físicas y psicológicas (Guillen, Castro, García y Guillen, 1997); hay que destacar la complejidad del concepto de calidad de vida conformado por varios aspectos y dominios.

Entre los principales autores que intentan dar una definición o concepto integral al término calidad de vida, se encuentra Diener (1984, citado en Rodríguez, 1995), quien la define “como una valoración subjetiva del grado en que se ha alcanzado la felicidad, satisfacción o como una sensación de bienestar personal” (p. 39); aunque, dicha valoración, para el autor, se asocia estrechamente con indicadores conductuales, sociales, objetivos, psicológicos, y biológicos.

Más adelante, Felce y Perry (1995, citados en Nava, 2012) definieron la calidad de vida como una buena o mala calidad en las condiciones de vida de cada persona, lo satisfecho que esta se siente en dichas condiciones, como una mezcla de factores objetivos y subjetivos del hombre. Es decir, la mixtura de condiciones de vida y satisfacción personal que se calcula en una escala de satisfacción, valores personales, aspiraciones y expectativas que experimenta, así como la calidad de su condición.

Posteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) la situó “como la percepción que los individuos tienen de su posición en la vida, en el contexto de su cultura y sistema de valores en el que viven y la relación con sus metas, expectativas, estándares y relaciones” (p. 45). Es un constructo amplio, que incluye factores como la salud física, el estado mental, el grado de autonomía, la relación social humana y su relación con el medio ambiente.

Ramírez (2000), por su parte, lo considera como un “proceso dinámico, complejo e individualizado, es decir, es la percepción física, psicológica, social y espiritual de un individuo o paciente sobre los eventos de salud y el grado de satisfacción o insatisfacción” (p. 23). Hace énfasis en la percepción y satisfacción que manifiesta el individuo sobre dominios o factores específicos.



Así mismo, Anicama, Myorga y Henostroza (2001) encontraron que el concepto de calidad de vida describe “las percepciones, aspiraciones, necesidades, satisfacciones y expresiones sociales que experimentan todos los miembros de un grupo social en concordancia con el entorno y la dinámica social” (p. 56). Incluye los servicios que se brindan y las intervenciones sociales en las que se entienden e implementan las políticas sociales.

Por otro lado, Arenas (2003) sugiere que “es un fenómeno subjetivo basado en la percepción que tiene una persona de varios aspectos de su experiencia de vida, incluyendo características personales y condiciones de vida objetivas” (p. 41). En otras palabras, la interpretación sobre los aspectos de la experiencia particular.

En esa misma línea, Ardila (2003, citado por León, 2009), enfatiza que la calidad de vida es una fase general de satisfacción que resulta de realizar el potencial de uno. Hay un lado subjetivo y un lado objetivo. Es un sentimiento subjetivo física, psicológica y socialmente. Incluye privacidad, manifestación emocional, seguridad percibida, rendimiento personal y salud objetiva como aspectos subjetivos. Los propósitos son el bienestar material, físico, social, la relación armoniosa con el entorno comunitario y la salud percibida objetivamente.

Yataco (2008) lo ve como “la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción que experimenta la persona con estas condiciones vitales, como una combinación de componentes objetivos y subjetivos, calculados en una escala de valores, aspiraciones y vivencias personales” (p. 36). Esto significa que puede ser considerada como una satisfacción que cada individuo experimenta respecto a determinadas condiciones personales y la calidad que percibe en estas.

Olson & Barnes (1982, citado por Grimaldo, 2012) sostienen que una peculiaridad común de la investigación sobre la calidad de vida es una mayor satisfacción como un área de la experiencia de la vida personal. Cada dominio se centraliza en ciertos aspectos de la experiencia de la vida, como el matrimonio y la familia, los amigos, la dirección y la residencia, la educación, la ocupación y la religión. Por lo tanto, la forma en que cada persona satisface estas áreas es la evaluación subjetiva de un individuo de qué tan bien satisfacen sus necesidades y su interés en

el medio ambiente. Esta persona es consciente de que el entorno tiene la capacidad de brindarle para lograr esta satisfacción.

Para Grimaldo (2003) esta variable se entiende como una representación integrada de los distintos niveles de bienestar en los estados físico, psicológico y social. Tanto la felicidad, satisfacción y condecoración implican entender y analizar las experiencias subjetivas de cada individuo que la componente tienen de su vivencia en esta sociedad. En este sentido, se evalúa la satisfacción de las personas en función de la satisfacción de sus necesidades físicas, psicológicas y sociales. En general, el concepto de calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida de un individuo: la familia, el trabajo, la vivienda, el matrimonio, la salud, el aspecto educativo, la situación económica, la autoestima, el sentido de pertenencia a un grupo o institución, las habilidades, la relación con los demás, la creatividad, entre otros.

#### **2.2.1.2. Dimensiones de la calidad de vida.**

Olson y Barnes (1982, citado por Grimaldo, 2003), mencionaban que la calidad de vida, como constructo, se encuentra constituida por siete dominios, los cuales pueden ser descritos de la siguiente manera:

##### **1. Bienestar económico y del hogar**

El nivel de bienestar personal con respecto a la situación financiera actual en comparación con el hogar. Puede medirse por las condiciones “actuales de la vivienda, las responsabilidades familiares, la capacidad de la familia para satisfacer las necesidades básicas, para proporcionar comodidad y la cantidad de dinero que pueden gastar” (Olson y Barnes, 1982, citado por Grimaldo, 2003, p. 12).

##### **2. Amigos, vecinos y comunidad**

La satisfacción de una persona con aspectos relacionados con los amigos, aspectos del barrio (desde una perspectiva limitada) y de la comunidad (asumiendo una visión más amplia del barrio) en el que vive). Se mide por las instalaciones para comprar en su área, la seguridad en su área, la satisfacción con su área, las comodidades recreativas (como parques).

### **3. Vida familiar y familia extensa**

Un nivel de bienestar que la familia percibe y puede desempeñar un papel de apoyo en situaciones estresantes. Estos cambios ayudan a conservar y optimizar el funcionamiento de la familia. Esta dimensión se mide mediante indicadores como la satisfacción en las relaciones con la familia, hermanos y seres queridos.

### **4. Educación y ocio**

La educación se refiere a la sensación de bienestar o placer que se tiene en relación con la situación educativa actual; ocio: es el cúmulo de diligencias que un sujeto efectúa en su momento libre, porque quiere realizarlas, sin presiones externas, para divertirse, divertirse y desarrollarse. En ese sentido, “esta dimensión tiene como objetivo evaluar el nivel de satisfacción con el tiempo libre que tienen, con las actividades deportivas y recreativas que practican; así como tiempo para descansar” (Olson y Barnes, 1982, citado por Grimaldo, 2003, p. 13).

### **5. Medios de comunicación**

Tiene como propositivo establecer el nivel de satisfacción de un individuo frente a los medios de comunicación, para ser más exactos, frente a la televisión y se mide partiendo desde aspectos como el tiempo que emplean la televisión los miembros de la familia y el contenido que frecuentan ver.

### **6. Religión**

Haciendo referencia al grado de satisfacción manifestado por un individuo en correspondencia con la religión, como la inclinación religiosa los miembros de la familia, la asiduidad de la misa, entre otros.

### **7. Salud**

Refiere al grado de satisfacción que evidencia un individuo en su salud, teniendo en cuenta tanto la salud psicológica, como la física. Tiene como propósito tanto la evaluación individual, como la familiar.

Años más tarde, Shumaker y Naughton (1995, citados por Alpi & Quiceno, 2012) afirmaron que las dimensiones comúnmente utilizadas para brindarle un valor a la calidad de vida y a la salud serían:

- **Estado funcional**

Refiere al nivel de cumplimiento de las actividades diarias, ya sean autosuficientes o instrumentales, en términos de competencias individuales, independencia y autonomía.

- **Funcionamiento psicológico**

Designa la percepción de estado de malestar o de bienestar, relacionado con la convivencia de la persona con su estado de salud, así como el diagnóstico de un problema y su respectivo tratamiento.

- **Funcionamiento social**

Enfatiza la representación de problemas en la realización de diligencias sociales diarias y deseadas y las implicaciones para limitar el desempeño de los roles sociales de cada individuo.

- **Sintomatología asociada al problema de salud y su tratamiento**

Hace referencia a la enfermedad, sus signos, sus síntomas, el tratamiento y, los efectos adversos que este último trae consigo (cefaleas, náuseas, mareos).

Otros aspectos que se han apreciado son: aspectos económicos relacionados con la salud, preocupaciones espirituales o existenciales, funcionamiento sexual, imagen corporal, problemas de salud excesivos, efectos del diagnóstico, capacidad para superar la enfermedad y el tratamiento, perspectivas futuras de salud y tratamiento, así como el grado de complacencia con la atención médica y clínica.

### **2.2.1.3. Modelos explicativos de la calidad de vida.**

#### **A. Teoría de los dominios**

Olson y Barnes (1982, citados en Grimaldo, 2012) sugieren que la calidad de vida tiene una característica particular y es que resulta de la satisfacción elevada que deriva de las experiencias vitales del individuo.

De acuerdo con Campbell, Converse & Rodger (1976, citados por Grimaldo, 2012), los dominios que conforman la calidad de vida, están centrados en una faceta específica de las experiencias obtenidas, las cuales pueden ser el matrimonio y la vida familiar, los amigos, la dirección y la vivienda, la educación, el empleo, la religión, etc. Es así que, diferentes indagaciones sobre la calidad de vida incluyen la asociación entre un grupo determinado de dominios y la satisfacción individual. Por tanto, cada forma empleada para satisfacer dichos dominios, conforma una valoración personal y subjetiva de cómo el individuo busca y consigue satisfacer sus necesidades y realiza su interés por el entorno. Esta persona es consciente de que el entorno tiene la capacidad de brindarle la satisfacción antes mencionada.

Conforme a García (2008) los autores utilizan un concepto bastante subjetivo para brindar una definición sobre la calidad de vida y la asociación con el ajuste entre uno mismo y el entorno, por tanto, la calidad de vida es percibida por las personas en función de las capacidades que les proporciona el entorno para conseguir su satisfacción. Asimismo, Olson & Barnes (1982, citados en Summers, Poston, Turunbull, Marquis, Hoffman, Mannan & Wang, 2005) plantean una calidad de vida representada por dos tipos: El tipo objetivo de la calidad de vida, determinado por el vínculo que mantiene con la relación productiva, las diferentes maneras de organizarse en sociedad, el patrón activo y de consumo que individualizan a diferentes círculos sociales. Y un tipo subjetivo, que resulta de los niveles satisfactorios o insatisfactorios que cada persona logra individualmente. Cuando se habla de una calidad de vida, se habla entonces de una estructura pluridimensional, que se relaciona con el estado de salud como componente subjetivo, además de lo que ocurre objetivamente en la interacción entre las personas y el entorno, también hay manifestaciones de alegría o malestar.

Según hipótesis anteriores, la figura de la calidad de vida se conforma a través del resultado de las relaciones entre las condiciones objetivas de vida y las variables más subjetivas e individuales, en la relación que conduce al índice de satisfacción,

satisfacción del paciente y felicidad. Negando así la existencia de una calidad de vida total y afirmando que es el resultado de un proceso de desarrollo, y también puede variar continuamente entre valores extremos de alta y baja intensidad.

## **B. Teoría del continuo de Wilson & Cleary**

Otro de los modelos teóricos a destacar es el de Wilson y Cleary (1995), quienes proponen que la calidad de vida cuando se habla desde el punto de vista de la salud, puede equipararse a un continuum que incluye el proceso de enfermedad del paciente, sobre el cual influyen componentes individuales y sociales.

En un extremo del continuo se encuentran los aspectos biológicos (por ejemplo, las infecciones virales, el deterioro de órganos y organismos celulares, entre otros.) y están en el origen del deterioro de la salud. En el extremo opuesto se encuentra la percepción que tienen los pacientes del deterioro de la salud que han sufrido. Entre estos dos aspectos anteriormente mencionados, se encontrarían todo un conjunto de variables psicosociales que contribuyen a la percepción definitiva. Así, se encuentra la explicación de por qué los pacientes biológicamente afectados no perciben su calidad de vida como negativa. Dichas variables mediadoras, según Wilson y Cleary (1995) son:

1. Funcionamiento biológico: “Es la función de células, órganos, aparatos y sistemas” (Wilson y Cleary, 1995, p. 55). Estas funciones deben evaluarse mediante indicadores como pruebas de laboratorio, exámenes físicos y diagnósticos médicos.
2. Síntomas: “Se refiere a los síntomas físicos, emocionales y cognitivos percibidos por el paciente” (Wilson y Cleary, 1995, p. 56).
3. Estatus funcional: Según los autores, las cuatro áreas básicas de funcionamiento que se deben incluir serían: las funciones activas de lo físico, lo psicológico, lo social, además de sus roles.

El nivel de funcionamiento de las personas en estas cuatro áreas dependerá del grado de discapacidad de los síntomas de un trastorno de salud. Empero, estos síntomas en sí mismos no determinan el estado funcional; entonces, por ejemplo, el apoyo social puede ayudar a superar las limitaciones funcionales físicas” (Wilson y Cleary, 1995, p. 56).

4. Percepción de salud: “Se refiere a la calificación subjetiva sobre como una enfermedad está afectando la vida diaria” (Wilson y Cleary, 1995, p. 56).
5. Calidad de vida en general: “Se describe como el bienestar subjetivo que indica que tan feliz o satisfecha esta una persona con su vida en general” (Wilson y Cleary, 1995, p. 57).

Es importante señalar que Wilson y Cleary (1995) proponen un modelo holístico que considera dos sistemas diferentes de salud: En primer lugar, el paradigma clínico que destaca los agentes etiológicos, procesos patológicos y derivaciones fisiológicas y clínicas; en segundo lugar, el paradigma de las ciencias sociales, que enfatizan dimensiones de desempeño y bienestar general.

### **C. Teoría del cambio de respuesta de Sprangers & Schwartz (1999)**

Otro modelo interesante, propuesto por Sprangers y Schwartz (1999, citado por Padilla, 2005), agrega la idea del cambio de respuesta. Los autores indican que un catalizador como un cambio en la enfermedad o la salud desencadena un proceso de acomodación. La acomodación consiste en la valoración del catalizador, que luego activa un mecanismo de acomodación. Los mecanismos probables incluyen aprender a interactuar, comparar con otros que se parecen más a uno mismo, reorganizar los objetivos y reformular las cogniciones para hacerlas más realistas. La acomodación puede conducir a un cambio en la respuesta, un cambio en la percepción de aspectos de la vida concernientes con la calidad de vida.

Esto significa que la acomodación ha dado lugar a un cambio en las normas internas (por ejemplo, un cambio en el nivel en el que un individuo se considera que está funcionando mal) o un cambio en la conceptualización (por ejemplo, un cambio

en áreas de la vida, encontrar nuevos o eliminar la calidad actual de los campos de la vida) o un cambio en los valores (por ejemplo, cambio en la importancia relativa de los campos de la vida). Un cambio en la respuesta modifica el impacto de la acomodación en la calidad de vida.

El modelo de Sprangers y Schwartz podría predecir que un detrimento en la situación de la salud llevaría a una desvalorización de la calidad vital. Si la acomodación ocurre exitosamente, la calidad de vida va a mejorar. Sin embargo, si la acomodación deriva en un cambio en la respuesta, la calidad de vida puede seguir siendo la misma. Por ejemplo, si un paciente con artritis disminuye la autoestima o el valor subjetivo de poder moverse perfectamente, es posible que la calidad de vida de la persona no se deteriore, pero se mantenga estable a pesar de la movilidad reducida.

#### **2.2.1.4. Calidad de vida e Insuficiencia Renal Crónica**

Entendemos por Insuficiencia Renal Crónica (IRC) “la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtración glomerular a lo largo de un tiempo variable, a veces incluso de años, expresada por una reducción del aclaramiento de creatinina estimado  $< 60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ ” (Soriano, 2004, p. 34).

También se puede definir como una lesión renal persistente durante al menos tres meses, secundaria a una disminución lenta, gradual e irreversible del número de nefronas, y secundaria a síndromes clínicos provocados por la incapacidad de los riñones para depurar, excretar y regular. Función y metabolismo endocrino (Soriano, 2004).

Se consigue observar, entonces, que la IRC es una enfermedad crónica que suele afectar directamente a la calidad de vida de un paciente. Los tratamientos y sus consecuencias, fomentan a una alteración importante en la forma de vivir del paciente, lo que deteriora el total de habilidades emocionales, sociales, comportamentales y de cognitivos que una persona puede tener o no para enfrentar esta situación adversa en su vida.



En la última década, el interés y la investigación acerca del jaez de las vías para los pacientes con IRC y otras enfermedades crónicas ha aumentado significativamente. Por ello, la calidad de vida como concepto con respecto a la salud es muy útil. Patrick y Erickson (1993, citados por Robles, 2018) lo definieron como un valor específico de la duración de la vida, que cambia debido a la discapacidad, el estado funcional, las oportunidades y conceptos sociales, y sufre una enfermedad, lesión o tratamiento. Es así como, la calidad de vida con respecto a la salud, se convierte rápidamente en una manera de evaluar los costes y beneficios del tratamiento médico para la enfermedad. En general, los submúltiplos que constituyen la calidad de vida relacionada con la salud son:

Síntomas y quejas subjetivas: como la sintomatología depresiva; diagnósticos: como la enfermedad coronaria; funciones fisiológicas: como presión arterial; funcionamiento psicológico y cognitivo: como ejecución en el examen mental breve; funcionamiento físico: como restricciones en la actividad y deterioro en el autocuidado; percepciones generales de salud: como autocalificación del estado de salud y funcionamiento social: como naturaleza y frecuencia de interacciones sociales. (Robles, 2018, p. 42)

Gran parte del aspecto psicosocial del manejo de enfermedades crónicas que germina de la respuesta individual de cada paciente, familiar, amigo o comunidad al diagnóstico y pronóstico. Independientemente del resultado de la enfermedad, el propósito es optimizar la calidad de vida. El servicio de asistencia y los sobrevivientes abarcan dificultades particulares que deben abordarse con éxito para conseguir este propósito.

Tal como asevera Bayes (1994, citado por Vinaccia & Orozco, 2005), la evaluación de la calidad de vida de los pacientes crónicos es importante porque permite:

Conocer los efectos de la enfermedad y / o tratamiento en un nivel relevante, diferente y complementario del organismo; conocer mejor al paciente, su desarrollo y su adaptación a la enfermedad; comprender mejor los efectos secundarios de los tratamientos; juzgar mejor las terapias paliativas; eliminar resultados nulos de ciertos estudios clínicos; ampliar el conocimiento sobre el

desarrollo de la enfermedad; apoyar la toma de decisiones médicas; mejorar la comunicación médico-paciente; y facilitar la rehabilitación del paciente. (p. 89)

### 2.3. Definición de la terminología empleada

1. Calidad de vida:

Es la medida compuesta por el bienestar físico, psicológico y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo; y de la felicidad, satisfacción y recompensa, lo cual significa comprender y analizar las experiencias subjetivas que los individuos que la integran tienen de su existencia en dicha sociedad. (Grimaldo, 2003, p. 41)

2. Insuficiencia Renal Crónica: “Es cuando los riñones fallan permanentemente en su función y el individuo necesita diálisis o trasplante: TFG<15 ml/min/1.73m<sup>2</sup> por ≥3 meses” (Soriano, 2004, p. 34).

3. Enfermedad crónica: “Son de larga duración y de progresión lenta que pone en peligro la vida de una persona, lo que afecta el área física, emocional y social” (Razo, Díaz & López, 2017, p. 59).

4. Salud: “Es la condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social” (Razo, Díaz & López, 2017, p. 60).

5. Nefrología: “Rama de la medicina que se ocupa de la anatomía, la fisiología y las enfermedades del riñón” (Badia & Lizán, 2003, p. 30).

6. Hemodiálisis: “Tratamiento médico que consiste en eliminar artificialmente las sustancias nocivas o tóxicas de la sangre, especialmente las que quedan retenidas a causa de una insuficiencia renal, mediante un riñón artificial” (Badia & Lizán, 2003, p. 31).

7. El dolor crónico: “Es aquel dolor que se mantiene durante un período mayor a seis meses, y su presencia se asocia con dificultades secundarias entre las

que se encuentran cambios en la posición socioeconómica, pérdida del trabajo, inseguridad financiera y relaciones disfuncionales” (Richardson & Poole, 2001, p. 62).

8. Paciente: “Persona atendida en los establecimientos de salud por padecer alguna dolencia o malestar” (Limachi, 2019, p. 19).
9. Percepción: “Forma en como una persona ve una determinada situación en su vida” (Limachi, 2019, p. 23).
10. Soporte: “Es brindar afecto a una persona de manera que esta pueda sentirse respaldada emocionalmente” (Badia & Lizán, 2003, p. 32).

**CAPÍTULO III**  
**MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1. Tipo y diseño de investigación**

La investigación resulta del tipo comparativa, tratando de analizar la “relación entre variables examinando las diferencias que existen entre dos o más grupos de individuos, aprovechando las situaciones diferenciales creadas por la naturaleza o la sociedad” (Ato, López y Benavente, 2013, p. 27).

De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2014) el diseño que se asume es el no experimental, el cual se caracteriza por la ausencia de manipulación de alguna variable; así mismo, conforme a como se recolectaron las observaciones, es de tipo transversal o transaccional, “puesto que se evaluaron a los pacientes en un único momento de tiempo” (p.127).

### **3.2. Población y muestra**

La población que participó en esta indagación quedó constituida por todos los pacientes adultos con diagnóstico de IRC que acogen tratamiento de hemodiálisis en el “Servicio de Nefrología” del “Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen” antiguo Hospital Obrero, y que es administrado por EsSalud, con un número de 255 pacientes atendidos en el tercer trimestre de lo que transcurre el año 2020.

El tamaño de la muestra quedo compuesta por 100 pacientes, entre hombres y mujeres, a través de una fórmula de tamaño de muestra teniendo en cuenta un margen de error equivalente al 5% además de un índice de confianza del 95%. Además, por tratarse de una muestra disponible el muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se establecieron los siguientes criterios para selección de la muestra de pacientes:

#### **A. Criterios de inclusión:**

- Aquellos pacientes ambulatorios con edades que oscilan entre 20 a 65 años.
- Aquellos pacientes ambulatorios que acepten participar de forma voluntaria en la investigación (consentimiento informado).

- Aquellos pacientes ambulatorios sometidos al programa de Hemodiálisis, con más de 4 semanas en el tratamiento.

#### **B. Criterios de exclusión:**

- Aquellos pacientes ambulatorios cuya edad se encuentra fuera del rango de 20 y 65 años.
- Aquellos pacientes ambulatorios que no acepten participar del estudio.
- Aquellas que marquen de manera incorrecta el instrumento de medición.
- Aquellas que no están sometidos al programa de Hemodiálisis, con más de 4 semanas en el tratamiento.

### **3.3. Hipótesis**

#### **3.3.1. Hipótesis general**

$H_C$ : Existen discrepancias estadísticas significativas en la calidad de vida, de acuerdo al tiempo de tratamiento con hemodiálisis en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica de un hospital de Lima.

$H_0$ : No existen discrepancias estadísticas significativas en la calidad de vida, de acuerdo al tiempo de tratamiento con hemodiálisis en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica de un hospital de Lima.

#### **3.3.2. Hipótesis específicas**

$H_{e1}$ : Existen discrepancias estadísticas significativas de la calidad de vida, según el sexo en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que recibe tratamiento con hemodiálisis en un hospital de Lima.

$H_0$ : No existen discrepancias estadísticas significativas en la calidad de vida, de acuerdo sexo de una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que recibe tratamiento con hemodiálisis en un hospital de Lima.

$H_{e2}$ : Existen discrepancias estadísticas significativas de la calidad de vida, según el estado civil en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que recibe tratamiento con hemodiálisis en un hospital de Lima.

$H_0$ : No existen discrepancias estadísticas significativas de la calidad de vida, según el estado civil en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que recibe tratamiento con hemodiálisis en un hospital de Lima.

### 3.4. Variables – Operacionalización

Tabla 1

*Matriz de operacionalización de calidad de vida*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Ítems	Escala
Calidad de vida	Es el proceso dinámico, complejo y multidimensional; basado en la percepción subjetiva del grado de satisfacción que una persona ha alcanzado en relación a las dimensiones de su ambiente (Grimaldo, 2011).	Puntaje obtenido por medio de la “Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes (1982)”, adaptado por Grimaldo et al. (2020) que cuenta con 24 ítems.	1. “Hogar y bienestar económico” 2. “Amigos, vecinos y comunidad”. 3. “Vida familiar y familia extensa” 4. “Educación y ocio” 5. “Medios de comunicación” 6. “Religión” 7. “Salud”	1, 2, 3, 4, 5 6, 7, 8, 9 10, 11, 12, 13 14, 15, 16 17, 18, 19, 20 21, 22 23, 24	Ordinal: 1. Insatisfecho 2. Un poco satisfecho 3. Más o menos satisfecho 4. Bastante satisfecho 5. Completamente satisfecho.



### **3.5. Métodos y técnicas de recolección de datos**

#### **3.5.1. Método**

El método adoptado fue el hipotético - deductivo, en el sentido de que las hipótesis se plantearon como resultado de inferencias del acumulado de datos empíricos o de principios y leyes más generales. Una vez formuladas las hipótesis, se realizó una encuesta para verificarlas (López, 2001).

#### **3.5.2. Técnica**

En este estudio, la encuesta se utilizó como técnica de investigación, por medio de un test psicométrico. La encuesta es considerada por López - Roldán y Fachelli (2015) una técnica de “recogida de datos a través de la interrogación de los sujetos cuya finalidad es la de obtener de manera sistemática medidas sobre los conceptos que se derivan de una problemática de investigación previamente construida” (p. 8). A continuación, se describen las propiedades básicas del instrumento empleado:

#### **Escala de Calidad de Vida**

##### **a. Ficha técnica:**

Nombre	: Escala de Calidad de Vida.
Autores	: David Olson & Howard Barnes.
Adaptado al Perú por	: Miriam Pilar Grimaldo Muchotrigo.
Administración	: Individual y colectiva.
Duración	: Aproximadamente 20 minutos.
Nivel de aplicación	: Adolescentes y adultos.
Finalidad	: Identificación de los niveles de calidad de vida.

##### **b. Administración y corrección**

El instrumento puede ser aplicado tanto de manera colectiva, como de manera individual. Se estiman aproximadamente 20 minutos para su aplicación. La corrección

se realiza de la siguiente manera: en primer lugar, se totaliza lo puntuado en todos los reactivos, teniendo en cuenta que cada respuesta tiene un valor que oscila entre el 1 y el 5 de acuerdo a lo contestado por el participante. Dónde:

Insatisfecho = 1

Un poco satisfecho = 2

Más o menos satisfecho = 3

Bastante satisfecho = 4

Completamente satisfecho = 5

En seguida trabajamos con los puntajes totales obtenidos; para finalmente, convertir en percentiles dichos puntajes, utilizando las escalas correspondientes.

### **c. Validez y confiabilidad**

#### **Validez y confiabilidad de la versión original**

##### **Validez**

La validez del instrumento estuvo determinada por la validez constructiva del análisis factorial, que apoyó el concepto de la estructura inicial, teniendo en cuenta algunas excepciones. Se han reunido algunas escalas para brindar la definición de un único factor; la escala hogar fue dividida en ítems relacionados con el ambiente e ítems relacionados con las responsabilidades del hogar, reuniendo todas las inquietudes explícitas del participante en un factor único. Se aplicó el análisis factorial rotacional para el instrumento completo (Grimaldo, 2003).

##### **Confiabilidad**

Determinada a través del método test-retest basado en la forma de adolescentes con 124 sujetos de prueba de doce clases universitarias y secundarias. Pasaron de cuatro a cinco semanas entre la primera y la segunda aplicación. La correlación de Pearson para la escala completa fue .64 y las correlaciones para los doce factores osciló entre .40 y .72. Por otro lado, la confiabilidad de la consistencia

interna se determinó con el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach, el cual alcanzó un coeficiente de 0.86 para la escala general (Grimaldo, 2003).

### **Validez y confiabilidad en nuestro país**

Grimaldo et al. (2020) llevaron a cabo el análisis de las propiedades psicométricas de validez y confiabilidad de este instrumento en una muestra de 1 239 adultos limeños. El proceso de validación de la Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes, se realizó a partir de la validez basada en la estructura interna, para lo cual se utilizó el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). Los resultados indicaron que el modelo original de siete factores, alcanzan cargas factoriales satisfactorias ( $\lambda > .40$ ) en cada uno de sus factores.

En cuanto a las pruebas de confiabilidad, se estimaron mediante el coeficiente omega ( $\omega$ ), debido a la naturaleza ordinal de los ítems y al incumplimiento del supuesto de equivalencia tau, los valores del coeficiente omega alcanzaron valores aceptables, los cuales fluctuaba entre ellos. 66 y .77. Además, se calculó el coeficiente de confiabilidad compuesto, el cual recibió valores superiores a 0,70 para sus dimensiones, con excepción del sexto factor, que dio una confiabilidad compuesta de 0,69, que se encuentra dentro de límites tolerables (Grimaldo et al., 2020).

Así mismo en la tabla 2 se observan la categorización de los puntajes T correspondientes a la Escala de Calidad de Vida:

Tabla 2

*Categorización de los puntajes T para la “Escala de Calidad de Vida”*

Puntajes	Categoría	Interpretación
61 a más	“Calidad de vida óptima”	“Estado de pleno bienestar físico, mental y social”
51 a 60	“Tendencia a calidad de vida buena”	“Estado de bienestar físico, mental y social con ciertas limitaciones”
40 a 50	“Tendencia a baja calidad de vida”	“Estado de bienestar físico, mental y social con muchas limitaciones”
Hasta 39	“Mala calidad de vida”	“Estado de bienestar físico, mental y social con serias limitaciones”

### **3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

Se solicitó la autorización al médico jefe del “Servicio de Nefrología” del “Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”, para la aplicación de los protocolos, bajo consentimiento informado, a los pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica y que vienen tratándose con hemodiálisis más de cuatro semanas.

Una vez recolectados y calificados cada uno de los protocolos, se prosiguió elaborar una base de datos empleando el “Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS)” versión 24.0 en español, de tal forma que todos los datos recabados pudieron ser procesados pertinentemente. Dentro de las medidas estadísticas descriptivas que se emplearon fueron las frecuencias, los porcentajes, la desviación estándar y la media general. En cuanto a las pruebas estadísticas inferenciales se adoptaron: la prueba de Kolmogorov –Smirnov, la prueba “U” de Mann – Whitney y la “H” de Krukal – Wallis para someter a comparación la variable de estudio según criterios de contraste previamente establecidos.

**CAPÍTULO IV**  
**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS**  
**RESULTADOS**

#### 4.1. Resultados descriptivos e inferenciales

Tabla 3

*Medidas descriptivas de la variable calidad de vida y dimensiones en la muestra total*

	Mín.	Máx.	M	D.E.
Hogar y bienestar económico	5	20	12.33	3.960
Amigos, vecinos y comunidad	5	25	13.64	4.491
Vida familiar y familia extensa	4	20	10.70	3.852
Educación y ocio	3	15	8.12	2.591
Medios de comunicación	4	20	11.69	3.544
Religión	2	9	5.56	1.641
Salud	2	8	5.76	1.724
Calidad de vida	38	108	70.61	15.495

*Nota:* n = 100.

En la tabla 3 se presentan las medidas descriptivas (media y desviación estándar), de la variable calidad de vida y sus dimensiones. La media más alta la obtuvo la dimensión amigos, vecinos y comunidad (M = 13.64; D.E. = 4.491), entre tanto, la media más baja la consiguió la dimensión religión (M = 5.56; D.E. = 1.641). Al mismo tiempo, respecto al puntaje total de calidad de vida se calculó una media de 70.61, con una desviación estándar de 15.495 para la muestra total de pacientes.

Tabla 4

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de calidad de vida*

Niveles	fi	%
Tendencia a baja calidad de vida	12	12.0
Tendencia a calidad de vida buena	68	68.0
Calidad de vida optima	20	20.0
Total	100	100.0

En la tabla 4, en relación con la calidad de vida, se observa que el 68% (68) de pacientes encuestados con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) que reciben tratamiento con hemodiálisis, alcanzaron una tendencia a calidad de vida buena como nivel, continuado de un 20% (20) que se ubicaron en el nivel calidad de vida optima, a diferencia de un 12% (12) que obtuvieron un nivel de tendencia a baja calidad de vida.

Tabla 5

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión hogar y bienestar económico*

Niveles	fi	%
Baja calidad	21	21.0
Regular calidad	44	44.0
Alta calidad	35	35.0
Total	100	100.0

En la tabla 5, respecto a la dimensión hogar y bienestar económico, se observa que el 44% (44) de pacientes encuestados con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) que toman tratamiento con hemodiálisis, consiguieron una regular calidad como nivel, continuado de un 35% (35) que se ubicaron en el nivel alta calidad, y un 21% (21) que obtuvieron una baja calidad como nivel.

Tabla 6

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión amigos, vecinos y comunidad*

Niveles	fi	%
Baja calidad	13	13.0
Regular calidad	61	61.0
Alta calidad	26	26.0
Total	100	100.0

En la tabla 6, en afinidad a la dimensión amigos, vecinos y comunidad, se aprecia que el 61% (61) de pacientes encuestados con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) que toman tratamiento con hemodiálisis, adquirieron una regular calidad como nivel, continuado de un 26% (26) que se ubicaron en el nivel alta calidad, y un 13% (13) que obtuvieron una baja calidad como nivel.

Tabla 7

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión vida familiar y familia extensa*

Niveles	fi	%
Baja calidad	42	42.0
Regular calidad	31	31.0
Alta calidad	27	27.0
Total	100	100.0

En la tabla 7, en afinidad a la dimensión vida familiar y familia extensa, se aprecia que el 42% (42) de pacientes encuestados con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) que reciben tratamiento de hemodiálisis, adquirieron una baja calidad como nivel, continuado de un 31% (31) que se ubicaron en el nivel regular calidad, y un 27% (27) que obtuvieron una alta calidad como nivel.

Tabla 8

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión educación y ocio*

Niveles	fi	%
Baja calidad	37	37.0
Regular calidad	43	43.0
Alta calidad	20	20.0
Total	100	100.0

En la tabla 8, en afinidad a la dimensión educación y ocio, se aprecia que el 43% (43) de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) que reciben tratamiento con hemodiálisis, consiguieron una regular calidad como nivel, continuado de un 37% (37) que se ubicaron en el nivel baja calidad, y un 20% (20) que obtuvieron una alta calidad como nivel.

Tabla 9

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión medios de comunicación*

Niveles	fi	%
Baja calidad	31	31.0
Regular calidad	40	40.0
Alta calidad	29	29.0
Total	100	100.0

En la tabla 9, respecto a la dimensión medios de comunicación, se aprecia que el 40% (40) de pacientes encuestados con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) que reciben tratamiento con hemodiálisis, adquirieron una regular calidad como nivel, seguido de un 31% (31) que se posicionaron en el nivel baja calidad, y un 29% (29) que obtuvieron una alta calidad como nivel.



Tabla 10

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión religión*

Niveles	fi	%
Baja calidad	34	34.0
Regular calidad	45	45.0
Alta calidad	21	21.0
Total	100	100.0

En la tabla 10, respecto a la dimensión religión, se contempla que el 45% (45) de pacientes encuestados con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) que toman tratamiento con hemodiálisis, adquirieron una regular calidad como nivel, seguido de un 34% (34) que se ubicaron en el nivel baja calidad, y un 21% (21) que obtuvieron una alta calidad como nivel.

Tabla 11

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión salud*

Niveles	fi	%
Baja calidad	28	28.0
Regular calidad	47	47.0
Alta calidad	25	25.0
Total	100	100.0

En la tabla 11, respecto a la dimensión salud, se contempla que el 47% (47) de pacientes encuestado con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) que reciben tratamiento con hemodiálisis, adquirieron una regular calidad como nivel, seguido de un 28% (28) que se situaron en el nivel baja calidad, y un 25% (25) que obtuvieron una alta calidad como nivel.

Tabla 12

*Análisis de la bondad de ajuste a la curva normal de los puntajes de calidad de vida y sus dimensiones*

	Z de Kolmogorov - Smirnov	p
Hogar y bienestar económico	1.819	.003
Amigos, vecinos y comunidad	1.690	.007
Vida familiar y familia extensa	1.783	.003
Educación y ocio	1.929	.001
Medios de comunicación	2.049	.000
Religión	2.357	.000
Salud	2.554	.000
Calidad de vida	.513	.955

La tabla 12, evidencia los resultados del análisis de bondad de ajuste a la curva normal de los puntajes de la variable calidad de vida y sus dimensiones. Esta estimación fue relevante, al permitir determinar el estadístico inferencial de comparación a utilizar y brindar respuestas a las hipótesis planteadas en la investigación; para tal fin, se empleó la prueba de Kolmogorov – Smirnov (K – S) al ser la muestra total mayor a 50 sujetos. En afinidad con los puntajes de la variable calidad de vida, se aprecia que el valor de significancia (p) obtenido para el valor Z fue mayor al valor teórico de contraste ( $p > 0.05$ ) demostrando una distribución normal alrededor de la media; no obstante, en cuanto a los puntajes de las dimensiones de la calidad de vida, los valores de significancia (p) obtenidos para los valores Z fueron menores al valor teórico de contraste ( $p < 0.05$ ) demostrando que hay una aproximación a una distribución normal alrededor de la media. Por tanto, los estadísticos inferenciales pertinentes para examinar las diferencias de la variable, así como sus dimensiones fueron la prueba no paramétrica “U” de Mann – Whitney y “H” de Kruskal – Wallis.

## 4.2. Contrastación de hipótesis

Tabla 13

*Comparaciones de la calidad de vida y dimensiones en función al sexo de la muestra*

	Grupos	RP	"U"	<i>p</i>
Hogar y bienestar económico	Hombre	56.82	938.0	.085
	Mujer	46.63		
Amigos, vecinos y comunidad	Hombre	45.18	976.0	.144
	Mujer	53.76		
Vida familiar y familia extensa	Hombre	53.67	1057.5	.386
	Mujer	48.56		
Educación y ocio	Hombre	52.70	1094.5	.538
	Mujer	49.15		
Medios de comunicación	Hombre	45.58	991.0	.170
	Mujer	53.52		
Religión	Hombre	48.30	1094.5	.532
	Mujer	51.85		
Salud	Hombre	51.59	1136.5	.754
	Mujer	49.83		
Calidad de vida	Hombre	50.79	1167.0	.938
	Mujer	50.32		

*Nota:* RP = Rangos promedios;  $p > .05$

En la tabla 13, se contempla el cálculo de la prueba "U" de Mann – Whitney para determinar si las discrepancias halladas entre el grupo de pacientes hombres y mujeres eran significativas para la variable calidad de vida y sus dimensiones. Se reporta que no existen discrepancias estadísticas significativas en las puntuaciones de calidad de vida y sus dimensiones de acuerdo al sexo. Así, la hipótesis nula es aceptada y la hipótesis alternativa rechazada.

Tabla 14

*Comparaciones de la calidad de vida y dimensiones en función al tiempo de tratamiento de la muestra*

	Grupos	RP	X <sup>2</sup>	p
Hogar y bienestar económico	Hace un mes	42.50	1.476	.688
	De dos a seis meses	50.88		
	De siete a doce meses	50.23		
	Más de un año	55.07		
Amigos, vecinos y comunidad	Hace un mes	44.50	3.677	.299
	De dos a seis meses	43.93		
	De siete a doce meses	56.28		
	Más de un año	51.95		
Vida familiar y familia extensa	Hace un mes	50.79	.686	.876
	De dos a seis meses	48.14		
	De siete a doce meses	49.79		
	Más de un año	54.79		
Educación y ocio	Hace un mes	42.42	3.659	.301
	De dos a seis meses	45.50		
	De siete a doce meses	52.46		
	Más de un año	58.14		
Medios de comunicación	Hace un mes	46.25	4.004	.261
	De dos a seis meses	44.23		
	De siete a doce meses	51.31		
	Más de un año	59.79		
Religión	Hace un mes	50.33	5.787	.122
	De dos a seis meses	40.46		
	De siete a doce meses	56.68		
	Más de un año	52.50		
Salud	Hace un mes	55.00	8.685	.043 (*)
	De dos a seis meses	39.59		
	De siete a doce meses	56.49		
	Más de un año	51.36		
Calidad de vida	Hace un mes	41.96	8.696	.047 (*)
	De dos a seis meses	42.77		
	De siete a doce meses	53.60		
	Más de un año	59.93		

Nota: RP = Rangos promedios; (\*) p < .05

En la tabla 14, se contempla el cálculo de la prueba “H” de Kruskal-Wallis para decretar si las discrepancias halladas entre los grupos conformados por tiempo de tratamiento eran significativas para la variable calidad de vida y sus dimensiones. Se reporta que existen diferencias estadísticas significativas en las puntuaciones de la dimensión salud ( $X^2 = 8.685$ ;  $p = .043$ ), siendo el grupo que recibe tratamiento de siete a doce meses el de mayor rango promedio (RP = 56.49), y calidad de vida ( $X^2 = 8.696$ ;  $p = .047$ ), donde se aprecia que el grupo que recibe tratamiento hace más de un año, obtuvo mayor rango promedio (RP = 59.93). Por lo tanto, se acepta la hipótesis alternativa y la hipótesis nula es rechazada.

Tabla 15

*Comparaciones de la calidad de vida en función al estado civil de la muestra*

	Grupos	RP	X <sup>2</sup>	p
Hogar y bienestar económico	Soltero(a)	50.09	1.562	.816
	Casado(a)	49.13		
	Conviviente	55.21		
	Divorciado(a)	46.56		
Amigos, vecinos y comunidad	Soltero(a)	48.34	4.102	.392
	Casado(a)	54.48		
	Conviviente	52.58		
	Divorciado(a)	38.91		
Vida familiar y familia extensa	Soltero(a)	48.97	9.383	.049 (*)
	Casado(a)	61.31		
	Conviviente	52.33		
	Divorciado(a)	43.38		
Educación y ocio	Soltero(a)	49.06	4.449	.349
	Casado(a)	59.40		
	Conviviente	50.88		
	Divorciado(a)	42.41		
Medios de comunicación	Soltero(a)	54.09	1.596	.809
	Casado(a)	53.85		
	Conviviente	45.71		
	Divorciado(a)	50.79		
Religión	Soltero(a)	56.91	9.214	.046 (*)
	Casado(a)	60.67		
	Conviviente	42.85		
	Divorciado(a)	41.12		
Salud	Soltero(a)	50.59	9.442	.037 (*)
	Casado(a)	63.92		
	Conviviente	44.23		
	Divorciado(a)	44.21		
Calidad de vida	Soltero(a)	46.59	3.321	.506
	Casado(a)	57.50		
	Conviviente	51.83		
	Divorciado(a)	41.71		

Nota: RP = Rangos promedios; p < .05

En la tabla 15, se contempla el cálculo de la prueba “H” de Kruskal-Wallis para estipular si las discrepancias halladas entre los grupos conformados por estado civil eran significativas para la variable calidad de vida y sus dimensiones. Se reporta que existen discrepancias estadísticas significativas en las puntuaciones de la dimensión vida familiar y familia extensa ( $X^2 = 9.383$ ;  $p = .049$ ), religión ( $X^2 = 9.214$ ;  $p = .046$ ) y salud ( $X^2 = 9.442$ ;  $p = .037$ ) siendo el grupo de pacientes casados el de mayor rango promedio en todos los casos. Es así que, se acepta la hipótesis alternativa y la hipótesis nula es rechazada.

**CAPÍTULO V**  
**DISCUSIONES, CONCLUSIÓN Y**  
**RECOMENDACIONES**



## 5.1. Discusión

El propósito de este estudio fue “comprobar si existen discrepancias estadísticas significativas al comparar la calidad de vida en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica según el tiempo de tratamiento con hemodiálisis del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de la ciudad de Lima”.

Los resultados obtenidos evidencian que existen discrepancias estadísticas significantes en las valoraciones de la dimensión salud ( $X^2 = 8.685$ ;  $p = .043$ ), siendo el grupo que recibe tratamiento de siete a doce meses el de mayor rango promedio (RP = 56.49), y calidad de vida ( $X^2 = 8.696$ ;  $p = .047$ ), donde se aprecia que el grupo que recibe tratamiento hace más de un año, obtuvo mayor rango promedio (RP = 59.93). Considerando que Gadea y Campos (2020) encontraron en una muestra de 87 pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en el hospital regional de Ica, que la percepción de calidad de vida y tiempo en hemodiálisis de los pacientes en estudio, podemos ver que la mayoría (77,3%) estuvieron en tratamiento entre 1 y más de 2 años y al mismo tiempo que la mayoría de ellos (58,9%) perciben su calidad de vida en el rango de muy buena a regular. Un estudio próximo, es el de Barros, Herazo & Aroca (2015) que encuestaron a 80 personas con diagnóstico de enfermedad renal crónica, concluyendo que la carga de la enfermedad renal correlacionó negativamente con el tiempo de diagnóstico de enfermedad renal ( $-0.241$ ,  $p=0.02$ ). Se podría deducir que a mayor tiempo en hemodiálisis mejor es la percepción de la calidad de vida, esto se puede deber a mejora que van sintiendo los pacientes con el tratamiento que reciben.

Por otro parte, dentro de los objetivos específicos que se plantearon se encuentra precisar el grado de la calidad de vida y de sus dimensiones en la muestra analizada. Los resultados indicaron que el 68% (68) de pacientes encuestados con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) que toman tratamiento con hemodiálisis, alcanzaron una tendencia a calidad de vida buena como nivel. Ello refleja que los pacientes perciben un estado de bienestar físico, mental y social con ciertas limitaciones (Grimaldo, 2011). Los mencionados resultados, se oponen a los encontrados por Rivera – Vásquez & Rojas (2017) que al encuestar a 60 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento sustitutivo renal (hemodiálisis) obtuvieron que

la calidad de vida de los pacientes fue baja, aunque la dimensión psicológica fue alta. Del mismo modo, Sánchez, Rivadeneyra & Aristil (2016) al encuestar a 67 pacientes con enfermedad crónica terminal, inscritos en la unidad de hemodiálisis concluyó que la calidad de vida de los pacientes fue baja. No obstante, en Brasil, Costa, Pinheiro, Medeiros, Costa, y Cossi (2016) concluyeron que los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis tuvieron una calidad de vida regular. En Perú, Taquire (2018) reveló que el 41% de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con tratamiento de hemodiálisis presenta una calidad de vida regular. En cuanto al estudio de Villagra & Arenas (2016), concluyeron que la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis fue buena

En afinidad con la dimensión hogar y bienestar, el 44% consiguieron una regular calidad como nivel; para la dimensión amigos, vecinos y comunidad, el 61% adquirieron una regular calidad como nivel; para la dimensión vida familiar y familia extensa, el 42% adquirieron una baja calidad como nivel; para la dimensión educación y ocio, el 43% consiguieron una regular calidad como nivel; para la dimensión medios de comunicación, el 40% adquirieron una regular calidad como nivel; en la dimensión religión, el 45% adquirieron una regular calidad como nivel y para la dimensión salud, el 47% adquirieron una regular calidad como nivel.

Citando a Grimaldo (2003) los pacientes perciben un grado de satisfacción aceptable sobre su situación económica actual en correspondencia a su hogar, aspectos relacionados con los amigos, vecindario y comunidad, a su situación educativa y de ocio, a los medios de comunicación, a la vida religiosa y su salud física y psicológica. Aunque un porcentaje representativo perciba una insatisfacción sobre el bienestar entre los integrantes de la familia y el apoyo de esta ante circunstancias de estrés. Ante este último resultado, Northam (1997, citado por Alpi y Quiceno, 2012) alude que el impacto de la enfermedad crónica sobre las familias y cuidadores producen alternaciones a nivel de comunicación e interacciones como también coaliciones y alianzas familiares, conjuntamente de elevados niveles de incertidumbres por las posibles consecuencias de la enfermedad.

Al respecto, Stanton, Reverson y Tennen (2007) identificaron cinco procesos relacionados con la adaptación a las enfermedades crónicas: como la adaptación a

las actividades diarias, la preservación del estado funcional, la percepción de la calidad de vida en sus diferentes dimensiones y la ausencia de trastornos psicológicos y emociones negativas.

Continuadamente, se indagó si las discrepancias de los valores de calidad de vida y sus dominios eran significativas en función sexo y estado civil. Al comparar el sexo, los resultados expusieron que no existen discrepancias estadísticas significativas en las puntuaciones de calidad de vida y sus dimensiones, permitiendo así constatar que ser paciente hombre o mujer, no es un atributo que distinga a la calidad de vida. Respecto al estado civil de los pacientes, se comprobó la existencia de diferencias estadísticas significativas en las puntuaciones de la dimensión vida familiar y familia extensa ( $X^2 = 9.383$ ;  $p = .049$ ), religión ( $X^2 = 9.214$ ;  $p = .046$ ) y salud ( $X^2 = 9.442$ ;  $p = .037$ ) siendo el grupo de pacientes casados el de mayor rango promedio en todos los casos. En otros términos, los pacientes que se encuentran casados perciben una mayor satisfacción en los dominios de vida familiar y familia extensa, religión y salud.

Para terminar, medir la calidad de vida en pacientes con IRC y someterla a comparación en función a la duración del tratamiento, ha permitido identificar la percepción subjetiva del grado de satisfacción que uno de los participantes ha alcanzado en correspondencia con las dimensiones de su entorno (Grimaldo, 2011). Toda enfermedad constituye un proceso de deterioro que daña el funcionamiento integral (biológico, psicológico y social) y que puede conducir a la muerte; por tanto, su aparición siempre supondrá una situación de crisis o acontecimiento estresante, que en mayor o menor medida tendera a generar algún efecto sobre la calidad de vida del sujeto y ruptura de su comportamiento y modo de vida habitual; cuyo tiempo de duración llevará a generar cambios permanentes tanto en el paciente como en su entorno familiar.

## **5.2. Conclusión**

Enseguida, se presentan las conclusiones finales de este estudio:

1. Respecto al objetivo general, se concluye que la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis en el “Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen” muestra discrepancias estadísticas significativas ( $X^2 = 8.696$ ;  $p = .047$ ), a favor del grupo que recibe tratamiento más de un año (RP = 59.93).
2. Respecto al objetivo específico uno, se concluye que el nivel de calidad de vida que perciben los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis en el “Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen” fue tendencia a calidad de vida buena en un 68 % (68).
3. Respecto al objetivo específico dos, se concluye que el nivel de la dimensión hogar y bienestar económico que perciben los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis en el “Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen” fue regular calidad en un 44 % (44).
4. Respecto al objetivo específico tres, se concluye que el nivel de la dimensión amigos, vecinos y comunidad que perciben los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis en el “Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen” fue regular calidad en un 61 % (61).
5. Respecto al objetivo específico cuatro, se concluye que el nivel de la dimensión vida familiar y familia extensa que perciben los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis en el “Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen” fue baja calidad en un 42 % (42).
6. Respecto al objetivo específico cinco, se concluye que el nivel de la dimensión educación y ocio que perciben los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en el “Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen” fue regular calidad en un 43 % (43).
7. Respecto al objetivo específico seis, se concluye que el nivel de la dimensión medios de comunicación que perciben los pacientes con Insuficiencia Renal

Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis en el “Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen” fue regular calidad en un 40 % (40).

8. Respecto al objetivo específico siete, se concluye que el nivel de la dimensión religión que perciben los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis en el “Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen” fue regular calidad en un 45 % (45).
9. Respecto al objetivo específico ocho, se concluye que el nivel de la dimensión salud que perciben los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis en el “Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen” fue regular calidad en un 47 % (47).
10. Respecto al objetivo específico nueve, se concluye que la calidad de vida y sus dimensiones no evidencian discrepancias estadísticas significativas de acuerdo al sexo de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis en el “Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen”.
11. Respecto al objetivo específico diez, se concluye que las dimensiones vida familiar y familia extensa ( $X^2 = 9.383$ ;  $p = .049$ ), religión ( $X^2 = 9.214$ ;  $p = .046$ ) y salud ( $X^2 = 9.442$ ;  $p = .037$ ) evidencian discrepancias estadísticas significativas a favor de los pacientes casados que reciben tratamiento con hemodiálisis en el “Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen”.

### **5.3. Recomendaciones**

1. Se recomienda que la dirección del hospital supervise la calidad de atención al paciente con el objetivo de mejorar la relación médico - paciente y de tal manera la adherencia a los tratamientos médicos.
2. Se recomienda reactivar el programa psi coeducación (Nefrólogo, Enfermera, Nutricionista y Psicólogo) para los pacientes en tratamiento de hemodiálisis mostrándoles el impacto que tiene la enfermedad incapacitante y terminal en

los pacientes y sus familias, porque la mayoría de pacientes refuerzan su tratamiento y los cuidados que tienen que llevar.

3. Se recomienda realizar charlas preventivas que motiven a los pacientes a descubrir y comprender cómo se puede aplicar las técnicas y los principios psicológicos para ayudar a los pacientes a afrontar y controlar las enfermedades crónicas, lo que influye directamente en su calidad de vida.
4. Se recomienda a los futuros investigadores tener en cuenta que existen otras variables importantes en la calidad de vida como el tipo de tratamiento médico, los rasgos de personalidad y las condiciones de vida.

## **REFERENCIAS**

- Alpi, S. y Quiceno, J. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Revista Psychologia: Avances de la disciplina*, 6(1), 123–136. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v6n1/v6n1a10.pdf>
- Anicama, J., Mayorga, E. y Henostroza, C. (2001). Calidad de vida y recaídas en edictos a sustancias psicoactivas de Lima metropolitana, *Psicoactiva*, 19, 7-27. Recuperado de [http://venumperu.com/psicoactiva%2019/Psicoactiva%2019%20p7\\_28.pdf](http://venumperu.com/psicoactiva%2019/Psicoactiva%2019%20p7_28.pdf)
- Arenas, C. (2003). Psicología comunitaria y calidad de vida en el Perú. *Revista de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 6(2), 99-110.
- Ato, M., López, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29(3), 1038-1059. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v29n3/metolologia.pdf>
- Badian, X. y Lizán, L. (2003). *Estudios de calidad de vida*. Madrid, España: Elsevier.
- Barros, L., Herazo, A. y Aroca, G. (2015). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(4), 641-647. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n4/v63n4a09.pdf>
- Bonilla, M. (2018). *Calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis*. Pronefros S.A.C. – 2017 (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1781>
- Costa, G., Pinheiro, M., Medeiros, S., Costa, R. y Cossi, M. (2016). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Enfermería Global*, 43, 59-64. Recuperado de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412016000300003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300003)



- Francis, E., Kuo, C., Bernabe, A., Nessel, L., Gilman, R. y Checkley, W. (2015). Carga de enfermedad renal crónica en configuraciones de recursos limitados de Perú: un estudio poblacional. *BMC Nephrol*, 24(16), 12-20. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26205002>
- Gadea, M. y Campos, C. (2020). Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica con tratamiento en hemodiálisis Hospital Regional de Ica, agosto – diciembre 2019. *Revista Médica Panacea*, 9(2), 98-103. Recuperado de <https://doi.org/10.35563/rmp.v9i2.327>
- García, C. y Rodríguez, G. (2007). Calidad de vida en enfermos crónicos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 6(4), 14-22. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2007000400002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000400002)
- García, C. (2008). *Niveles de Calidad de Vida en Farmacodependientes de tres centros de rehabilitación terapéutica según tiempo de internamiento de la ciudad de Lima* (Tesis de pregrado). Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú.
- Guillen, J., Castro, J., García, F. y Guillén, M. (1997). Calidad de vida, salud y ejercicio físico: una aproximación al tema desde una perspectiva psicosocial. *Revista de Psicología del Deporte*, 6(2), 92-104. Recuperado de <file:///C:/Users/Downloads/461-911-1-PB.PDF>
- Grimaldo, M. (2003). *Manual Técnico de la Escala de Calidad de Vida de Barnes & Olson*. Lima, Perú: Universidad de San Martín de Porres.
- Grimaldo, M. (2011). Calidad de vida en profesionales de la salud en la ciudad de Lima. *Liberabit*, 17(2), 173-185. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v17n2/a07v17n2>

Grimaldo, M. (2012). Calidad de vida en estudiantes de secundaria de la ciudad de Lima. *Avances en Psicología*, 20(1), 89-102. Recuperado de <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/avances2012/mariagrimaldo.pdf>

Grimaldo, M., Correa, J., Jara, D., Cirilo, I. y Aguirre, M. (2020). Propiedades psicométricas de la Escala de Calidad de Vida de Barnes y Olson en estudiantes limeños (ECVOB). *Health and Addictions*, 20(2), 145-156. Recuperado de <https://ojs.haaj.org/?journal=haaj&page=article&op=view&path%5B%5D=545>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México, México: Editorial McGraw Hill.

James, M., Hemmelgarn, B. y Tonelli, M. (2010). Reconocimiento temprano y prevención de enfermedad renal crónica. *Lancet*, 375(9722), 1296-1309. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20382326>

León, R. (2009). *Validación de la Encuesta de Pensamientos Automáticos Positivos y Negativos de Posees, Seeman & Hautzinger y de una Escala de Bienestar Subjetivo, en una muestra de universitarios de Lima Metropolitana*. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma.

Limachi, G. (2019). *Calidad de vida en pacientes diagnosticados con tuberculosis atendidos en un Centro de Salud de Salud Pública del distrito de Chorrillos* (Tesis de pregrado). Recuperado de [http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/4463/TRABSU\\_FICIENCIA\\_LIMACHI\\_GLADYS.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/4463/TRABSU_FICIENCIA_LIMACHI_GLADYS.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

López, J. (2001). *Métodos e hipótesis científicas*. México, México: Trillas.

López-Roldán, P. y Fachelli, S. (2015). *Metodología de la investigación social cuantitativa*. Recuperado de [https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2016/163567/metinvsocua\\_a2016\\_cap2-3.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2016/163567/metinvsocua_a2016_cap2-3.pdf)

Meléndez, E. y Toboada, D. (2016). *Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, con tratamiento Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Servicio Nefrología Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren – EsSalud, Callao* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/431/Tesis%20TABOADA%20-%20MELENDEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Miranda, I. (2015). *Calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y sus familias atendidas en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital Nacional de Chiquimula* (Tesis de maestría). Recuperado de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/09/11/Miranda-Irza.pdf>

Mushi, L., Marschall, P. y Fleba, S. (2015). El costo de la diálisis en países de bajos y medianos ingresos: una revisión sistemática. *BMC Health Serv Res*, 15(8), 506-518. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4642658/>

Nava, M. (2012). La calidad de vida: análisis multidimensional. *Revista de Enfermería Neurológica*, 11(3), 129-137. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123c.pdf>

Olson, D. & Barnes, H. (1982). *Quality of Life*. Minnesota, EE-UU: Universidad of Minnesota.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996). *Foro Mundial de la Salud*. Ginebra, Suiza: OMS.

Padilla, G. (2005). Calidad de vida: panorama de investigaciones clínicas. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 80-88. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/804/80401408.pdf>

Ramírez, M. (2000). *Significado de calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA que acuden al servicio ambulatorio* (Tesis de pregrado). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

- Razo, A., Díaz, R. y López, M. (2017). Percepción del estado de salud y la calidad de vida en personas jóvenes, maduras y mayores. *Revista Conamed*, 23(2), 58-65. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2018/con182b.pdf>
- Richardson, C. & Poole, H. (2001). Chronic pain and coping: a proposed role for nurses and nursing models. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 659-667.
- Rivera-Vásquez, P. y Rojas, W. (2017). Autopercepción de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Revista de Enfermería Herediana*, 10(2), 82-88. Recuperado de <http://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/3362>
- Robles, Y. (2018). *Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodiálisis y diálisis peritoneal del Centro de Salud Renal ESSALUD Puno 2017* (Tesis de pregrado). Recuperado de [http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/8577/Robles\\_Huamani\\_Yuli\\_Yovana.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/8577/Robles_Huamani_Yuli_Yovana.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Rosas, G. (1998). Psicología Comunitaria, Ciudad y Calidad de vida. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 2, 69-87.
- Sánchez, C., Rivadeneyra, L. y Aristil, P. (2016). Calidad de vida en pacientes bajo hemodiálisis en un hospital público de Puebla, México. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20(3), 262-270. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552016000300006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300006)
- Stanton, A., Reverson, T. y Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565-592.
- Stenvinkel, P. (2010). Enfermedad renal crónica: una prioridad de salud pública y heraldo de la enfermedad cardiovascular prematura. *Journal Intern Med*,

268(5), 456-467. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20809922>

Soriano, S. (2004). Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 24(6), 14-25. Recuperado de <https://www.revistanefrologia.com/es-definicion-clasificacion-estadios-enfermedad-renal-articulo-X0211699504030666>

Summers, J., Poston, D., Turunbull, A., Marquis, J., Hoffman, L., Mannan, H. y Wang, M. (2005). Conceptualizar y medir la calidad de vida familiar. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(2), 777-783. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16162127>

Taquire, R. (2018). *Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis. Hospital Nacional Alberto Bernales Sologuren- EsSalud – Callao, 2018* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/28022>

The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL, 1995). Position paper from the World Health Organization. *Social Scientific of Medicine*, 41, 1403-1409.

Villagra, M. y Arenas, Z. (2016). *Nivel de calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Servicio de Nefrología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2016* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/5746/60.1372.EN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vinaccia, S. y Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales con la calidad de vida de personas con enfermedad crónicas. *Revista Perspectivas en Psicología*, 1(5), 125-137. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/diver/v1n2/v1n2a02.pdf>

Wilson, I. y Cleary, P. (1995). Vinculación de variables clínicas con la calidad de vida relacionada con la salud: un modelo conceptual de los resultados del paciente. *JAMA*, 273, 59-65.

Yataco, A. (2008). *Estadios de cambio y calidad de vida en pacientes alcohólicos atendidos en los consultorios externos de farmacodependencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen* (Tesis de maestría). Recuperado de [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/2507/Yataco\\_ta.pdf?sequence=1](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/2507/Yataco_ta.pdf?sequence=1)

## **ANEXOS**

## Anexo 1: Matriz de consistencia

**Título:** “Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica según el tiempo de tratamiento con hemodiálisis de un hospital de Lima”.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
¿Existen diferencias estadísticas significativas al comparar la calidad de vida en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica de un hospital de Lima según el tiempo de tratamiento de hemodiálisis?	<p><b>Objetivo general:</b></p> <p>Determinar si existen diferencias estadísticas significativas al comparar la calidad de vida en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica según tiempo de tratamiento con hemodiálisis de un hospital de Lima.</p>	<p><b>Hipótesis general:</b></p> <p>HG: Existen diferencias estadísticas significativas de la calidad de vida, según el tiempo de tratamiento con hemodiálisis en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica de un hospital de Lima.</p>	<p><b>Calidad de vida:</b> variable cuantitativa que será medida por medio de la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes que cuenta con las siguientes dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hogar y bienestar económico.</li> <li>• Amigos, vecindario y comunidad</li> <li>• Vida familiar y familia extensa</li> <li>• Educación y ocio.</li> </ul>	<p><b>Tipo de investigación:</b></p> <p>Comparativa</p>
	<p><b>Objetivos específicos:</b></p> <p>1) Describir el nivel de calidad de vida en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis en un hospital de Lima.</p>	<p>H0: No existen diferencias estadísticas significativas de la calidad de vida, según el tiempo de tratamiento con hemodiálisis en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica de un hospital de Lima.</p> <p><b>Hipótesis específicas:</b></p>		<p><b>Diseño de investigación:</b></p> <p>No experimental</p> <p><b>Población y muestra:</b></p> <p>La población estuvo constituida por 255 pacientes que acuden al Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irgoyen.</p> <p>La muestra quedo fijada en 100 pacientes que fue seleccionada mediante un</p>



<p>2) Analizar el nivel de la dimensión hogar y bienestar económico en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis en un hospital de Lima.</p>	<p>H<sub>e1</sub>: Existen diferencias estadísticas significativas de la calidad de vida, según el sexo en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que recibe tratamiento con hemodiálisis en un hospital de Lima.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medio de comunicación.</li> <li>• Religión</li> <li>• Salud</li> </ul>	<p>muestreo no probabilístico por conveniencia.</p> <p><b>Técnica:</b> Encuesta</p> <p><b>Instrumento de medición:</b></p>
<p>3) Describir el nivel de la dimensión amigos, vecinos y comunidad en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis en un hospital de Lima.</p>	<p>H<sub>0</sub>: No existen diferencias estadísticas significativas de la calidad de vida, según el sexo de una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que recibe tratamiento con hemodiálisis en un hospital de Lima.</p>		<p>Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes, adaptado por Grimaldo et al. (2020).</p>
<p>4) Describir el nivel de la dimensión vida familia y familia extensa en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis en un hospital de Lima.</p>	<p>H<sub>e2</sub>: Existen diferencias estadísticas significativas de la calidad de vida, según el estado civil en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que recibe tratamiento con hemodiálisis en un hospital de Lima.</p>		
<p>5) Describir el nivel de la dimensión educación y ocio en</p>	<p>Lima.</p>		

---

una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis en un hospital de Lima.

H<sub>0</sub>: No existen diferencias estadísticas significativas de la calidad de vida, según el estado civil en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que recibe tratamiento con hemodiálisis en un hospital de Lima.

**6)** Precisar el nivel de la dimensión medios de comunicación en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis en un hospital de Lima.

**7)** Precisar el nivel de la dimensión religión en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis en un hospital de Lima.

**8)** Precisar el nivel de la dimensión salud en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben

---

---

tratamiento con hemodiálisis en un hospital de Lima.

**9)** Comprobar si existen diferencias significativas en la calidad de vida y sus dimensiones en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis según sexo. en un hospital de Lima

**10)** Comprobar si existen diferencias significativas en la calidad de vida y sus dimensiones en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento con hemodiálisis según estado civil. en un hospital de Lima.

---

**Anexo 2:** Protocolo del instrumento

**ESCALA DE CALIDAD DE VIDA**

*Autores:* Olson y Barnes

<b>Sexo</b>	<b>Tiempo en tratamiento</b>	<b>Estado civil</b>
(1) Masculino	(1) Hace un mes.	(1) Soltero (a).
(2) Femenino	(2) De dos a seis meses.	(2) Casado (a).
	(3) De siete a doce meses.	(3) Conviviente.
	(4) Más de un año.	(4) Divorciado (a).
		(5) Viudo (a).

**INSTRUCCIONES:**

A continuación, te presentamos oraciones referidas a diferentes aspectos de tu vida. Lee cada una de ellas y marca la alternativa que consideres conveniente. Recuerda que no hay respuestas correctas, ni incorrecta.

Que tan satisfecho estás con:	<b>ESCALA DE RESPUESTAS</b>				
	Insatisfecho 1	Satisfecho Un poco 2	Más o menos Satisfecho 3	Bastante Satisfecho 4	Completamente Satisfecho 5
<b>HOGAR Y BIENESTAR ECONOMICO</b>					
1. Tus actuales condiciones de vivienda.					
2. Tus responsabilidades en la casa.					
3. La capacidad de tu familia para satisfacer sus necesidades básicas.					
4. La capacidad de tu familia para darles lujos.					
5. La cantidad de dinero que tienes para gastar.					
<b>AMIGOS, VECINDARIO Y COMUNIDAD</b>					
6. Tus amigos.					
7. Las facilidades para hacer compras en tu comunidad.					
8. La seguridad en tu comunidad.					
9. Las facilidades para recreación (parque, campos de juegos, etc.).					
<b>VIDA FAMILIAR Y FAMILIA EXTENSA</b>					
10. Tu familia.					
11. Tus hermanos.					

12. El número de hijos en tu familia.					
13. Tu relación con tus parientes (abuelos, tíos, primos...).					
<b>EDUCACION Y OCIO</b>					
14. Tu actual situación educativa.					
15. El tiempo libre que tienes.					
16. La forma como usas tu tiempo libre.					
<b>MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>					
17. La cantidad de tiempo que los miembros de tu familia pasan viendo televisión.					
18. Calidad de los programas de televisión.					
19. Calidad del cine.					
20. La calidad de periódicos y revistas.					
<b>RELIGION</b>					
21. La vida religiosa de tu familia.					
22. La vida religiosa de tu comunidad.					
<b>SALUD</b>					
23. Tu propia salud.					
24. La salud de otros miembros de la familia.					

### Anexo 3: Consentimiento informado

#### ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Esta investigación, se encuentra bajo la responsabilidad de la Bachiller en Psicología Betsy Diana Hinostroza Casaño. El propósito de la investigación es comparar la calidad de vida de los pacientes adultos con Insuficiencia Renal Crónica según el tiempo de tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

De aceptar participar en esta investigación, se le pedirá contestar un cuestionario que dura entre 15 a 20 minutos aproximadamente. Su participación es voluntaria y la información es confidencial y anónima, la misma que no se utilizaran para ningún otro propósito diferente a esta investigación.

Yo....., por medio de la presente, acepto voluntariamente participar en esta investigación a cargo de la Bachiller en Psicología Betsy Diana Hinostroza Casaño. He sido informado(a) de que el objetivo es comparar la calidad de vida de los pacientes adultos con Insuficiencia Renal Crónica según el tiempo de tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Así mismo, se me ha manifestado que la información es confidencial y anónima, la misma que no se utilizara para ningún otro propósito diferente a la investigación en mención. Por otro lado, puedo realizar las consultas que desee a la responsable de dicha investigación.

Gracias por su participación

Firma del participante

Fecha:...../...../2020

## Anexo 4: Reporte de índice de similitud

### BETSY HINOSTROZA CASAÑO 4

#### INFORME DE ORIGINALIDAD

25%

INDICE DE SIMILITUD

25%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

#### FUENTES PRIMARIAS

1

[repositorio.ucv.edu.pe](http://repositorio.ucv.edu.pe)

Fuente de Internet

2%

2

[ateneo.unmsm.edu.pe](http://ateneo.unmsm.edu.pe)

Fuente de Internet

1%

3

[aprenderly.com](http://aprenderly.com)

Fuente de Internet

1%

4

[www.scielo.org.co](http://www.scielo.org.co)

Fuente de Internet

1%

5

[repositorio.uss.edu.pe](http://repositorio.uss.edu.pe)

Fuente de Internet

1%

6

[cybertesis.unmsm.edu.pe](http://cybertesis.unmsm.edu.pe)

Fuente de Internet

1%

7

[repositorio.upch.edu.pe](http://repositorio.upch.edu.pe)

Fuente de Internet

1%

8

[tesis.ucsm.edu.pe](http://tesis.ucsm.edu.pe)

Fuente de Internet

1%

9

[www.scribd.com](http://www.scribd.com)

Fuente de Internet

1%