

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



Trabajo de Suficiencia Profesional

Calidad de vida en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un
hospital nacional del distrito del Callao

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Presentado por:

Autora: Bachiller Jennyfer Leyla Grados Cadenas

Lima – Perú

2019

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado con mucha gratitud hacia Dios, por cuidarme y guiar mi camino.

A mí ya que me siento enorgullecida de haberlo logrado y esto demuestra que todo lo que te puedas proponer en la vida se puede hacer realidad.

A mis cuatro pilares quienes son mi hijo Nicolás, mi abuela, mi tía y mi madre, por haberme ayudado en todo lo que soy, en mi educación, tanto académica, como personal, por su incondicional apoyo en cada momento de mi existencia.

A mi mejor amiga Elluz con quien comparto desde el inicio de mi desarrollo universitario cada etapa profesional, personal y laboral.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi alma máter y docentes que pertenecen a la Facultad de Psicología, en especial al Dr. Juan Sandoval Vilchez, quién me brindo la atención y soporte durante la ejecución de la presente investigación. Al Dr. Oscar Calle Briolo, mi aprecio y admiración por impartir mediante su enseñanza un ejemplo a seguir y al Mg. Fernando Ramos Ramos por ser el principal colaborador durante todo este proceso, quién con su dirección, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo.

A Ivan Gomes y Metzy Nieto, por su apoyo incondicional y soporte para la realización de la investigación.

PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado:

Dando cumplimiento a las normas de la Directiva N° 003 – FPs y TS – 2017 de la Facultad de Psicología y Trabajo Social de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, para optar el título profesional bajo modalidad de TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL, por medio de la presente presento mi trabajo de investigación denominado **“Calidad de vida en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un Hospital Nacional del distrito del Callao.”**

Por lo que, señores miembros del Jurado, espero que esta investigación sea evaluada y merezca su aprobación.

Atentamente,

Bach. Jennyfer Grados Cadenas

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO	iii
PRESENTACIÓN.....	iv
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	13
CAPITULO I.....	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	15
1.2. Formulación del problema.....	19
1.2.1. Problema General	19
1.2.2. Problemas Específicos.....	19
1.3. Objetivos	20
1.3.1. Objetivo general	20
1.3.2. Objetivos específicos	20
1.4. Justificación e importancia	21
CAPITULO II	23
MARCO TEORICO	23
2.1. Antecedentes	23
2.1.1. Antecedentes Internacionales	23
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	25

2.2.	Bases Teóricas:.....	28
2.3.	Definiciones Conceptuales.....	39
CAPITULO III		41
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN		41
3.1.	Tipo y diseño de investigación.	41
3.1.1.	Tipo:	41
3.1.2.	Diseño:	41
3.2.	Población y muestra.....	42
3.2.1.	Población:.....	42
3.2.2.	Muestra del estudio:	43
3.3.	Identificación de la variable y su operacionalización.	44
3.4.	Técnicas e instrumentos de evaluación y diagnóstico.....	46
3.4.1.	Técnicas.....	46
3.4.2.	Instrumentos de evaluación y diagnóstico.....	47
3.4.3.	Ficha Técnica, Grimaldo (2003)	48
3.4.4.	Aplicación y calificación.....	48
3.4.5.	Baremos.....	49
3.4.6.	Validez:	53
3.4.7.	Confiabilidad.....	54
CAPITULO IV		57
PRESENTACIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS		57
4.1.	Procesamiento de los resultados	57
4.2.	Presentación de resultados.....	57
4.3.	Análisis y discusión de los resultados.	75
4.4.	Conclusiones.....	79
4.5.	Recomendaciones.....	80

CAPITULO V.....	82
PROGRAMA DE INTERVENCION	82
5.1. Denominación del programa	82
5.2. Justificación del programa.....	82
5.3. Establecimiento de objetivos	83
5.3.1. Objetivo General:	83
5.3.2. Objetivos específicos:	83
5.4. Sector al que se dirige.....	83
5.5. Establecimiento de conductas problemas - conductas metas	84
5.6. Metodología de la intervención.....	84
5.7. Instrumentos / material a utilizar.....	85
5.8. Actividades	85
BIBLIOGRAFÍA	102
ANEXOS	109
ANEXO 01: Sesión 01 – Información y orientación sobre calidad de vida	110
ANEXO 02: Sesión 01 – Actitud hacia la vida	111
ANEXO 03: Sesión 03 - Cuento “El anillo al rey”	112
ANEXO 04: Sesión 04 - Cuento “Papel estrujado”	114
ANEXO 05: Sesión 07 – Plan de vida	115
ANEXO 06: Sesión 08 – Encuesta de satisfacción del programa	116
ANEXO 07: Matriz de consistencia	118
ANEXO 08: Carta de presentación	119
ANEXO 09: Test Calidad de Vida adaptada por Grimaldo Muchotrigo	120

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la población, según género y edad:.....	42
Tabla 2 Distribución por edad de la población de los enfermos crónicos renales	42
Tabla 3 Operacionalización de las dimensiones e indicadores de la variable calidad de vida.....	44
Tabla 4 Percentiles Puntaje Total	49
Tabla 5 Categorización de los puntajes en base a los percentiles.....	51
Tabla 6 Percentiles por factor 01:	51
Tabla 7 Percentiles por factor 02	51
Tabla 8 Percentiles por factor 03	52
Tabla 9 Percentiles por factor 04	52
Tabla 10 Percentiles por factor 05	52
Tabla 11 Percentiles por factor 06	52
Tabla 12 Percentiles por factor 07	53
Tabla 13 Estadística de fiabilidad.....	54
Tabla 14 Estadística de total elemento	54
Tabla 15 Medidas estadísticas descriptivas de la variable de investigación a la Calidad de Vida	57
Tabla 16 Medidas estadísticas descriptivas de los factores pertenecientes a la Calidad de Vida:	58
Tabla 17 Nivel de Calidad de Vida	60
Tabla 18 Resultado del Factor Hogar y bienestar económico.....	62
Tabla 19 Resultado del Factor Amigos, vecindario y comunidad.....	64
Tabla 20 Resultado del Factor Vida familiar y familia extensa	66
Tabla 21 Resultado del Factor Educación y ocio	68

Tabla 22 Resultado del Factor Medios de comunicación	70
Tabla 23 Resultado del Factor Religión	72
Tabla 24 Resultado del Factor Salud	74

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Resultados del nivel de Calidad de Vida.....	61
Figura 2. Resultado de Hogar y bienestar económico como factor de la Calidad de Vida.	63
Figura 3. Resultado de Amigos, vecindario y comunidad como factor de la Calidad de Vida	65
Figura 4. Resultados de Vida familiar y familia extensa como factor de la Calidad de Vida	67
Figura 5. Resultados de Educación y ocio como factor de la Calidad de Vida	69
Figura 6. Resultados de Medios de comunicación como factor de la Calidad de Vida	71
Figura 7. Resultados de Religión como factor de la Calidad de Vida.....	73
Figura 8. Resultados de Salud como factor de la Calidad de Vida	75

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de satisfacción en cuanto a calidad de vida se refiere, en los pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao. La investigación es de tipo descriptivo y estuvo conformada por 50 participantes entre varones y mujeres cuyas edades oscilan entre los 40 a 80 años, los cuales son pacientes crónicos renales ambulatorios. Se aplicó el instrumento: Escala de calidad de vida, adaptada en el Perú por Mirian Grimaldo, esta prueba mide siete dimensiones, bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y familia extensa, educación y ocio, medios de comunicación, religión y Salud. En los resultados obtenidos se evidencia que más del 50% de los pacientes crónicos renales presentan una tendencia a baja calidad de vida, mientras que el 32,0 % se encuentra en la categoría de mala calidad de vida, el 6,0 % posee una tendencia a calidad de vida buena y el último 6,0 % de los pacientes crónicos renales está catalogado en la categoría calidad de vida óptima.

Palabras Clave: Calidad de vida, satisfacción, pacientes, salud y bienestar.

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the level of satisfaction in terms of quality of life, in chronic renal outpatients treated in a national hospital in the district of Callao. The research is descriptive and was made up of 50 participants between men and women whose ages range from 40 to 80 years, which are chronic renal outpatients. The instrument was applied: Quality of life scale, adapted in Peru by Mirian Grimaldo, this test measures seven dimensions, economic well-being, friends, neighborhood and community, family life and extended family, education and leisure, media, religion and Health. The results obtained show that more than 50% of chronic renal patients have a tendency to low quality of life, while 32.0% are in the category of poor quality of life, 6.0% have a tendency to good quality of life and the last 6.0% of chronic renal patients is classified in the optimal quality of life category.

Keywords: Quality of life, satisfaction, patients, health and well-being

INTRODUCCIÓN

Al hacer referencia sobre calidad de vida es describir un proceso dinámico, cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona y su relación con el ambiente, relacionada con los aspectos de bienestar físico, emocional, relaciones personales, bienestar material como los factores de calidad de vida.

La enfermedad renal de tipo crónica conlleva un proceso degenerativo referente a la calidad de vida de una persona durante un periodo prolongado de tiempo, iniciando por la adaptación del ser humano hacia una enfermedad incurable y de tratamiento doloso y continuo por el resto de su vida, dicha enfermedad es una de las dificultades que posee mayor tasa de pacientes en el país, donde el tratamiento se lleva mediante sesiones de hemodiálisis, dicho procedimiento incide un deterioro en el comportamiento habitual de los seres humanos arraigando consecuencias en el entorno de su vida como en su bienestar físico y emocional, las relaciones sociales, la manera de interactuar con su medio, entre otros que afectarán directa o indirectamente su calidad de vida.

Es por ello que podemos identificar distintas variables relacionadas a la calidad de vida y que estas no se consideran prioritarias dentro de la atención al paciente crónico renal.

La presente investigación tiene como objetivo general determinar la satisfacción en cuanto a calidad de vida se refiere de los pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao.

El capítulo uno está referido a la realidad problemática y su relación con la salud física, psicológica y social a nivel mundial, donde hoy en día los pacientes crónicos renales tienen más posibilidades de atención a su enfermedad, pero ello no implica que en ese tiempo puedan encontrar satisfacción y una buena calidad hacia su vida.

En el segundo capítulo se encontrara el marco teórico en el cual se aborda los antecedentes de la investigación, las bases teórica la descripción de la realidad problemática.

En el capítulo tres comprende la metodología la cual se desprenden el diseño, población estudiada y los instrumentos empleados, la definición teórica y operacionalización de la variable.

El cuarto capítulo contiene los resultados procesados, el análisis de los resultados obtenidos indicándolos mediante conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas.

Finalmente en el capítulo cinco se incluye una propuesta de un programa de intervención según los resultados obtenidos de tres sesiones y cuya base acción serían los pacientes crónicos renales y familiares de estos que velan por su bienestar.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

A nivel mundial la calidad de vida está relacionada con diversos aspectos subjetivos del ser humano, los cuales en función a su entorno y a la relevancia que cada persona de manera indistinta le da, investigaciones internacionales involucran a la calidad de vida en contextos utilizados en ámbitos diversos, como lo son la educación, la economía, la política, la ecología y hacia la salud, donde el punto en común de su significancia va relacionada a la satisfacción hacia la vida. Es importante considerar que el ser humano determina su calidad de vida en función factores sociales y su salud. Padecer una enfermedad crónica y llevar tratamiento conlleva hacia la afectación de la calidad de vida, donde los pacientes tienen la poca probabilidad de curarse de la enfermedad y optan por tratamientos de periodos largos para mejorar sus síntomas, arraigando reacciones adversas por ocasión del proceso y ello menoscaba la calidad de vida en el enfermo crónico renal. En la actualidad los estudios nacionales y locales sobre calidad de vida en pacientes crónicos son escasos, pese a ser una de las cifras más altas de mortalidad en personas, por ello mediante la presente investigación se quiere contribuir hacia la identificación de la satisfacción en la calidad de vida en pacientes crónicos.

1.1.1. A nivel internacional:

Según la OMS (1994) define el término calidad de vida supeditada bajo la percepción del hombre que tiene hacia el lugar, la vida, su entorno cultural y en función a los valores en que vive, así como en relación a sus objetivos trazados, propuestos, esperanza e inquietudes. Por ende dos personas con el mismo estado de salud pueden poseer una calidad de vida muy diferente, esto es de acuerdo a percepción de cada ser humano. Todo ello implica en la salud física, psicológica, nivel de independencia, creencias personales, relaciones sociales y el compromiso que tenga el ser humano con las características de su entorno. Dicha definición afirma que el termino calidad de vida es definida de manera

subjetiva la cual está supeditada en la perspectiva del ser humano en sus contextos ambientales, sociales y culturales.

Asimismo, Smith, Avis y Assman (1999) entienden la calidad de vida como la relación que existe entre la satisfacción con la vida y las condiciones de vida, ambos conceptos son definidos de manera subjetiva de acuerdo a los valores personales del ser humano.

Según la OPS (2017) señala que la esperanza de vida en las américas logro un aumento de 75 años, pero dichos años no se logran finiquitar ya que las personas tienen una tasa de mortalidad menor por enfermedades emergentes y no transmisibles, esto es una causal de incremento hacia la esperanza de vida, pero ello no ha significado que las personas puedan contar con más años de vida sin discapacidad.

Mediante controles preventivos y un diagnóstico oportuno, existe la probabilidad que la persona con enfermedad crónica renal pueda mejorar su calidad de vida. Estadísticamente 10 de cada 100 personas que padecen la enfermedad renal crónica, logran tener una favorable calidad de vida, con métodos previos que contrarresten las complicaciones propias de dicha enfermedad.

Del mismo modo la OMS (2014) indica que los seres humanos pueden contar con más tiempo de vida, pero ello no asegura que disfruten necesariamente de un buen estado de salud, debido a la problemática que merma la calidad de vida a nivel mundial, la carga significativa de enfermedades crónicas y reducción de bienestar que afecta la calidad de vida de los adultos mayores, alertando a los sistemas de salud hacia la toma de estrategias preventivas.

En efecto a las consideraciones anteriores la OPS/OMS (2014) estima un porcentaje considerable en el crecimiento de la esperanza de vida en América Latina, sin desestimar que las personas con enfermedades crónicas y factores de riesgo deben tomar medidas preventivas para mejorar su calidad de vida y reducir el progreso de su enfermedad.

1.1.2. A nivel nacional:

En lo que refiere a las investigaciones a nivel nacional se puede indicar que actualmente a nivel nacional existe un grupo escaso sobre las mismas, debido a la limitación de pruebas adaptadas en Perú sobre el objeto de estudio. Después de la consideración anterior se mencionan las siguientes investigaciones a nivel nacional:

Según el INEI (2015) señala que la esperanza de vida de la población peruana aumento en 15 años (72 años los hombres y 77,3 las mujeres) dichas cifras cambian en función a la tasa de mortalidad de las personas. En donde se evidencia que el incremento de población adulta mayor, es de 6,0 veces de acuerdo a la estructura poblacional peruana y según los datos obtenidos en los años 1950 y 2015.

En el último trimestre del 2018 se realizó la Encuesta Nacional de Hogares con el objetivo de analizar las condiciones de vida en el Perú, de acuerdo a las estadísticas de salud y la población con algún problema de salud crónico se estima que el 36,4% de la población en el Perú obtuvo algún problema de salud crónico. Dicho porcentaje sufrió una diferencia altamente significativa de 2,1 puntos porcentuales comprándolo con el 2017.

Según el MINSA (2017) en su publicación realizada en su portal web, afirma que los pacientes trasplantados de riñón en el Hospital Cayetano Heredia cuentan con una mejor calidad de vida gracias a los donantes beneficiarios.

1.1.3. A nivel local:

La universidad ESAN (2016) publicó un artículo sobre los diferentes conceptos de calidad en salud, tomando en consideración el análisis de Donabedian propone tres enfoques según quienes la definen: calidad absoluta donde se logra mejorar la salud del paciente, calidad individualizada quien le proporciona autonomía al paciente para poder elegir ser intervenido y calidad social quienes se relacionan como población utilizando los servicios más valorados. En el enfoque de Donabedian se concluye que cada concepto sobre calidad en salud está supeditado a las circunstancias y quien lo valore desde su punto de vista.

El diario Correo (2017) publicó un reporte periodístico titulado “Lima es una de las ciudades con más baja calidad de vida en Sudamérica” donde indica haberse desarrollado el estudio de calidad de vida mundialmente para fortalecer a las compañías hacia una mejora compensatoria y promover espacios de ocio. En dicha evaluación Lima se encuentra catalogada en el puesto 124 de 231 lo cual refleja un estancamiento en factores relacionados a la desaceleración del país.

Asimismo, el diario Andina (2016) propuso que la esperanza de vida de peruanos aumentaría en caso logre afrontarse las incidencias con las enfermedades renales, de no ser así dicha enfermedad se ubicaría como la tercera causa de muerte entre las principales en Perú.

Según la revista Semana Económica (2018) el Hospital nacional es considerado asociación público privada (APP) lugar donde se ejecutará la investigación, encontrándose ubicada en el distrito del Callao, con una antigüedad de 04 años, donde tiene como objetivo la satisfacción del usuario al 90%.

La estructura del hospital está integrada por procesos de servicios hacia la salud, informáticos, servicios generales, gestión de recursos humanos, servicios contables y servicios específicos en áreas de salud para hospitales – IBT Health

Servicios hacia la salud, conformada por cirugía, obstetricia, neonatología, hospital de día, psicología, pediatría, psiquiatría, neurología y unidad de cuidados intensivos.

Servicios informáticos está comprendido por el personal de soporte en mesa de ayuda, help desk, comunicaciones en redes y todo el material de difusión interna / externa del hospital.

Servicios generales está integrada por el personal quien brinda mantenimiento hacia el hospital, terceros y empresas prestadoras de servicio – EPS.

Gestión de recursos humanos, tiene en su área la oficina de reclutamiento, selección, seguridad y salud en el trabajo y recursos humanos como tal.

Servicios contables, cuenta con el personal administrativo del hospital conformado por contabilidad y finanzas.

IBT Health, está comprendida por servicios específicos en el hospital, los cuales son conformados por personal asistencial de odontología, farmacia, diagnóstico por imagen y nefrología.

Asimismo, el servicio de nefrología atiende a los pacientes con enfermedad renal crónica, ejecutando actividades de hemodiálisis y diálisis peritoneal de manera diaria en el hospital. Por dicho tratamiento se presentan probables complicaciones hemodinámicas y descompensación, la cual repercute en la calidad de vida que tiene la persona.

La investigación sobre calidad de vida se ejecutó en un mes, desde el día 01 hasta el día 28 del mes de febrero del 2019, conformada por 23 hombres y 27 mujeres adultos que padecen enfermedades crónicas renales ambulatorios en un hospital nacional.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema General

¿Cuál es el nivel de satisfacción en calidad de vida de los pacientes crónicos renales ambulatorios en un hospital nacional del distrito del Callao?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es el nivel de satisfacción en la calidad de vida en la dimensión bienestar económico de los pacientes crónicos renales ambulatorios en un hospital nacional del distrito del Callao?
- ¿Cuál es el nivel de satisfacción en la calidad de vida en la dimensión amigos, vecindario y comunidad de los pacientes crónicos renales ambulatorios en un hospital nacional del distrito del Callao?

- ¿Cuál es el nivel de satisfacción en la calidad de vida en la dimensión vida familiar y familia extensa de los pacientes crónicos renales ambulatorios en un hospital nacional del distrito del Callao?
- ¿Cuál es el nivel de satisfacción en la calidad de vida en la dimensión educación y ocio de los pacientes crónicos renales ambulatorios en un hospital nacional del distrito del Callao?
- ¿Cuál es el nivel de satisfacción en la calidad de vida en la dimensión medios de comunicación hacia los pacientes crónicos renales ambulatorios en un hospital nacional del distrito del Callao?
- ¿Cuál es el nivel de satisfacción en la calidad de vida en la dimensión religión a los pacientes crónicos renales ambulatorios en un hospital nacional del distrito del Callao?
- ¿Cuál es el nivel de satisfacción en la calidad de vida en la dimensión salud de los pacientes crónicos renales ambulatorios en un hospital nacional del distrito del Callao?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar el nivel de satisfacción en la calidad de vida que presenten los pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao.

1.3.2. Objetivos específicos

- Indicar el nivel de satisfacción en la calidad de vida en la dimensión bienestar económico de los pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao
- Describir el nivel de satisfacción en la calidad de vida en la dimensión amigos, vecindario y comunidad de los pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao

- Determinar el nivel de satisfacción en la calidad de vida en la dimensión vida familiar y familia extensa de los pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao
- Señalar el nivel de satisfacción en la calidad de vida en la dimensión educación y ocio de los pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao
- Describir el nivel de satisfacción en la calidad de vida en la dimensión medios de comunicación hacia los pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao
- Señalar el nivel de satisfacción en la calidad de vida en la dimensión religión a los pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao
- Indicar el nivel de satisfacción en la calidad de vida en la dimensión salud de los pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao.

1.4. Justificación e importancia

La calidad de vida de los seres humanos es una realidad problemática en el mundo, dado que se relaciona con la satisfacción del ser humano y es valorada de acuerdo a la importancia que se le asigne. En el Perú la calidad de vida en personas que padecen enfermedades crónicas encabezan la cifra más alta en cuanto a mortalidad se refiere. Por ello se ve la necesidad de ejecutar una investigación sobre la satisfacción en la calidad de vida de los pacientes crónicos renales que son atendidos ambulatoriamente en un hospital nacional del distrito del Callao.

Finalmente, frente a la problemática en la ausencia de investigaciones, se busca generar aporte sobre un tema trascendental en torno a la calidad de vida ello permitirá dar un primer paso en la clarificación de estudios y dinámicas del proceso de investigación como objeto de estudio sobre la calidad de vida en

pacientes crónicos ambulatorios. A su vez posibilitará la consideración hacia el desarrollo de nuevos criterios en la variable estudiada y la atención en las dimensiones de la calidad de vida las cuales hasta el momento a nivel nacional son poco estudiadas.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Gilabert, Anna (2015) en la provincia de Barcelona realizo la investigación sobre “La calidad de vida relacionada con la salud de los niños con parálisis cerebral infantil: grado de acuerdo entre hijos y padres” con el objetivo de determinar el grado de calidad de vida relacionada hacia la salud entre los hijos con parálisis cerebral infantil y sus padres, comparándola con un grupo control. El tipo de investigación es transversal, casi experimental y el diseño es descriptivo comparativo ya que se desarrolla la comparación entre dos grupos de población. La conformación de la población fue 288 participantes distribuidos en el grupo de estudio y el grupo control, de los cuales dentro de ello se dividieron en dos subgrupos, niños y niñas cuyas edades oscilan desde los 8 a 18 años quienes son afectos de parálisis cerebral infantil y se encuentran ejecutando tratamiento rehabilitador en el Instituto Guttmann y por el otro lado se encuentran los padres quienes a su vez se dividieron en un subgrupo de madres y otro de padres, siendo este el grupo control donde las consideraciones para la evaluación fueron las mismas, con la diferencia que los niños y niñas no contaban con discapacidad y sus padres. Se utilizó el cuestionario de Kidscreen – 52 en su versión española, la cual es un eficaz instrumento de medida dado que representa un avance en la determinación de la calidad de vida relacionada a la salud. Para concluir se determina que los infantes con parálisis cerebral no poseen una mala calidad de vida relacionada hacia la salud, excepto del bienestar físico y psicológico que presentan.

Aponte, Vaneska (2015) en el departamento de La Paz, desarrollo el estudio sobre “Calidad de vida en la tercera edad” en la cual analiza la percepción de calidad de vida en una persona de la tercera edad. El estudio de caso es de tipo cualitativo, donde al ser un estudio de caso no selecciona una muestra representativa de una población, por el contrario se considera una

muestra teórica la cual es ejecutada al azar, en el caso del presente estudio se eligió a una asistente del grupo de la iglesia San Francisco donde se utiliza como instrumento la entrevista a profundidad con categorías de estudio. Como resultados se aprecian las categorías principales de la calidad de vida en la evaluación hacia la muestra teórica, donde se puede apreciar que bajo la percepción de la evaluada en cuanto a su mejora en calidad de vida busca el apoyo de la religión y espiritualidad, así como de sus familiares y amistades.

Miranda, Irza (2015) en Guatemala, desarrolla su investigación titulada “Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica y sus familias atendidos en el instituto Guatemalteco de seguridad social y hospital nacional de Chiquimula” con el objetivo de describir la calidad de vida de las personas que padecen insuficiencia renal crónica y sus familiares. La investigación fue de tipo descriptivo de corte transversal, conformada por 24 pacientes adultas. Utilizando el cuestionario de salud SF- 36 para determinar el grado de la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. El investigador concluyo que la percepción de la calidad de vida es regular en los pacientes con insuficiencia renal crónica, dado que es una enfermedad con alta demanda y progresiva la cual ocasiona serias repercusiones en la calidad de vida del paciente y sus familiares.

Marilia, Terezinha, Faganello, Gaffuri, Sedrez, Silva y Furlan (2018) en Brasil, realizaron la investigación sobre “Salud mental y calidad de vida de personas ancianas” cuyo objetivo se plantea evaluar el estado de salud mental, índice de depresión, humor y calidad de vida de ancianos atendidos por la atención primaria. La investigación fue de tipo cuantitativo, descriptiva y de corte transversal, realizada en el 2017. Para la evaluación del objeto de estudio se escogió a una población aleatoria, conformada por 122 personas de ambos sexos, cuyas edades oscilaban entre los 60 y 99 años. Utilizando el inventario de evaluación para la calidad de vida WHOQOL – OLD / WHOQOL - BREF, la escala de depresión geriátrica y el cuestionario sociodemográfico y clínico. La mayor parte de los evaluados se considera saludable, pese a que el 40.2% presenta molestias hacia la salud, el 55.6% hace uso de antidepresivos y ansiolíticos y el 61.5% manifiesta tener depresión. Existe una considerable asociación con el aumento de los síntomas depresivos la disminución de la

calidad de vida en todos los ámbitos. Los resultados de la investigación reflejan que la correlación en calidad de vida y satisfacción muestra una considerable asociación de acuerdo a la percepción de una calidad de vida, la cual se involucra con la edad, estado civil, autopercepción y la depresión.

Vargas, Irma (2014) en la provincia de Salamanca realizó la investigación sobre “Calidad de vida relacionada con salud y redes de apoyo social en adultos mayores chilenos” el cual tuvo como objetivo analizar la relación entre la percepción de calidad de vida relacionada a la salud y la percepción de apoyo social en adultos mayores indígenas y no indígenas. La metodología utilizada fue mixta concurrente. La población estuvo conformada por personas mayores de 60 años que residían en las regiones de octava y novena del sur de Chile. Se aplicó la escala SF – 36 y Duke Unc – 11. Posteriormente en la fase cualitativa se ejecutaron grupos de discusión entre personas mayores no indígenas e indígenas. Los resultados incurrieron que la percepción en calidad de vida relacionada a la salud se encontró por debajo de los límites permisibles, con respecto a las personas mayores indígenas tuvieron como resultado una peor percepción de la calidad de vida relacionada a la salud. Se concluye que la percepción integral de salud en calidad de vida y percepción de apoyo social infiere como ausencia de la enfermedad, dado que la enfermedad para la población no indígena se concibe como un hecho individual y biológico que se origina por factores emocionales, biológicos y de estilos de vida; por el contrario, con la población indígena se concibe como una acción colectiva teniendo su origen el desequilibrio personal y del entorno.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Rosillo, Evelyn (2017) en el departamento de Tumbes realizó la investigación sobre la “Relación entre satisfacción vital y la calidad de vida del adulto mayor del caserío de Realengal” donde su objetivo fue correlacionar la satisfacción vital y la calidad de vida de los adultos mayores, donde la metodología utilizada es descriptiva correlacional, el tipo de investigación es transversal, con un diseño de investigación experimental. La conformación de la población fue de 101 adultos mayores del caserío de Realengal – Tumbes. Se

utilizó la escala de satisfacción vital y la escala de vida de Olson y Barnes, la cual es estandarizada por Grimaldo Muchotrigo, la cual es adaptada al Perú y ello sustenta su confiabilidad. Los resultados de la relación entre satisfacción vital y la calidad de vida fluctúan en el 60.4% de adultos mayores ubicados en un alto nivel de satisfacción vital, mientras que el 89% se encuentra ubicado en el nivel de más o menos satisfecho en cuanto a calidad de vida se refiere. Como conclusiones se determina que no existe relación relevante entre satisfacción vital y calidad de vida en los adultos mayores del caserío de Realengal, quienes corresponden al departamento de Tumbes.

Lozada, David (2017) en el departamento de Lima desarrollo la investigación sobre el “Clima social familiar y calidad de vida en trabajadores de una empresa privada de Lima metropolitana” el cual tuvo como objetivo determinar la relación entre clima social familiar y calidad de vida en trabajadores, utilizando una metodología correlacional con el tipo de investigación no experimental. La conformación de la población es de 538 trabajadores de una cadena de restaurantes estadounidenses y se logró obtener una muestra de 150 trabajadores de mando operativo, ambos sexos cuyas edades oscilan entre 18 a 52 años. Se utilizaron la escala de vida de Olson y Barnes y la escala de clima social familiar de Moos. Obteniendo como resultados la aceptación hacia la hipótesis de investigación, dado que se evidencia la relación entre clima social familiar y calidad de vida en trabajadores de una empresa privada de Lima Metropolitana.

Velarde, Sheyla (2018) en el departamento de Lima realizó un estudio titulado “Calidad de vida en pacientes atendidos en el área de Psicología del hospital general Arzobispo Loayza de Lima Metropolitana” donde el objetivo es determinar el nivel de calidad de vida que presentan los pacientes atendidos del área de psicología del hospital Arzobispo Loayza. El tipo de investigación que se realiza es de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo, teniendo un diseño transversal no experimental. La conformación de la población estuvo conformada por 50 personas y se logró obtener la muestra del 100% de éstas cuyas edades oscilan en 14 a 50 años de ambos sexos, las cuales pertenecen al área de psicología del Hospital general Arzobispo Loayza. Se utilizó la escala de calidad

de vida de Olson y Barnes, adaptada en Perú por Mirian Grimaldo. Como resultados se obtuvo que el 79.59% de la población evaluada posee una mala calidad de vida, entretanto el 6.12% manifiesta tener una tendencia positiva a la calidad de vida. Se concluye una alta tendencia a la mala calidad de vida de los pacientes atendidos en el área de psicología del hospital general Arzobispo Loayza.

Sarshar, Gabriela (2017) en el departamento de Lima, desarrollo la investigación sobre “Estilos de humor y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH” cuyo objetivo fue determinar la relación entre estilos de humor y calidad de vida relacionada a la salud de las personas seropositivas. El tipo de investigación es correlacional y descriptivo. La muestra se realizó con 55 pacientes, no obstante, cinco casos tuvieron que ser eliminados por no cumplir con los criterios de inclusión, con edades entre los 21 y 52 años de un hospital general de Lima y una ONG enfocada en la prevención de ITS. Los instrumentos utilizados para la medición fueron el cuestionario de estilos de humor y el cuestionario SF-36 versión 2.0 para medir la calidad de vida relacionada a la salud. En los resultados de la investigación se encontró que la muestra tiene puntajes elevados en todas las áreas y componentes que comprenden en la calidad de vida relacionada a la salud. Adicionalmente se pudo identificar una relación positiva entre el componente de la salud física en la calidad de vida y el humor de descalificación personal

Rodríguez, Sthephanie (2014) en la provincia de Trujillo, efectúa el estudio sobre el “Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso, Miramar”. El objetivo es determinar la relación entre el grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso del centro poblado Miramar, Trujillo - Perú. El método utilizado del estudio fue descriptivo, correlacional y de corte transversal. La población estuvo conformada por 124 adultos mayores, de los cuales 65 hombres y mujeres con diagnóstico de hipertensión arterial quienes asisten al puesto de salud alto Moche fueron entrevistados como parte de la muestra. Se emplearon los cuestionarios del grado de apoyo familiar- APGAR de Gabriel Smilkstein y cuestionario sobre el nivel de vida en adultos mayores hipertensivos, formulado por la autora del

estudio. De acuerdo con los objetivos de estudio entre las dimensiones sobresalientes se determinó que el 36.92% de adultos mayores hipertensos cuentan con un grado de apoyo familiar alto; el 36.92% demostraron tener un nivel de calidad de vida buena, encontrándose una correlación relevante entre las variables de apoyo familiar y calidad de vida.

Reyes, Patricia (2017) en el departamento de Lima, desarrolla la investigación sobre “Satisfacción con la vida y calidad de vida laboral”. Cuyo objetivo es establecer la relación que puede existir entre la satisfacción con la vida y la calidad de vida laboral de los profesores instituciones educativas estatales de la UGEL N°3 de Lima Metropolitana. La metodología utilizada para la investigación es de tipo y diseño descriptivo correlacional. El universo de población estuvo conformado por el grupo de profesores de instituciones educativas nacionales que conformar la UGEL N°3 de todo lo que concierne a Lima Metropolitana, en distritos como: Lima Cercado, Breña, Lince, La Victoria, Pueblo Libre, San Isidro y San Miguel, considerando 4682 profesores de enseñanza a nivel primario y secundario; tomando la muestra a 252 docentes de ambos sexos. Se utilizaron la ficha de datos, escala de satisfacción con la vida modificación basada en Diener (1985) y la escala de calidad de vida laboral como instrumentos de recolección de datos. Se concluye en haber encontrado significativamente la relación entre satisfacción con la vida y calidad de vida laboral de los docentes, pero esta correlación tiene tendencia negativa.

2.2. Bases Teóricas:

2.2.1. Calidad de Vida

De acuerdo a Ferrans (1990b) éste define la calidad de vida como el bienestar de poseen las personas, las cuales son ocasionadas por la satisfacción o insatisfacción de acuerdo a las áreas que son relevantes para quienes la valoren.

De la misma manera es un término utilizado para medir el bienestar del ser humano de manera integral, donde su tendencia existió desde la década de los 60 siendo una asociación global en función a las consideraciones materiales

en la que se desenvuelve el existir de las personas. Producto de la perspectiva y valoración de igual, mejor o peor que cada persona le asigna, de acuerdo al ambiente donde se desenvuelve. Castañeda (1986)

Por su parte Cegarra (1986) brinda al concepto calidad de vida como más que de la sola disponibilidad del problema en función a la satisfacción de necesidades, llevándolo bajo un concepto cualitativo según su modo de vista.

Tal como se puede apreciar en los conceptos mencionados anteriormente, no existen criterios únicos para poder definir la calidad de vida, ya que es un concepto inclusivo usado de manera global y dentro de ello predomina un marco común a la diversidad de definiciones con la relación que tiene hacia bienestar, satisfacción, condición y esperanza de vida, ello hace que el concepto calidad de vida pueda ampliar sus horizontes y ser utilizado por diversas áreas.

2.2.2. Reseña histórica

A lo largo de los años la definición sobre calidad de vida existió, siendo interpretada por diversos autores los cuales la definieron según su contexto, a continuación se presenta la interpretación del término por distintos fundadores, según la sucesión en la línea de tiempo:

La OMS (1948) define a la calidad de vida como un concepto multidimensional, una sensación de bienestar mediante análisis objetivos de acuerdo al estado de salud de la persona y el subjetivo relacionado a la valoración de cada ser humano.

Según Ordway (1953) citado por Benítez (2009) aparece por primera vez el término de calidad de vida, apuntando su concepto hacia las políticas sociales de los años cincuenta, siendo difícil diferenciarlo del concepto sobre el nivel de vida, el cual hace referencia a aquellas condiciones de vida en terminación cuantitativa o económica el cual remite al concepto de bienestar social.

Evidentemente la relación que tuviese la calidad de vida con la política social conlleva una escasa concomitancia y ello amerita ejecutar mayor

investigación para una correcta definición del término, por ello diversos autores coinciden en otorgarle definiciones multidisciplinarias.

Urzúa y Caqueo refieren que el concepto de calidad de vida yace después de la segunda guerra mundial, como un propósito de los investigadores queriendo conocer la perspectiva de las personas sobre su adecuado o inadecuado financiamiento. Campbell (1981)

Enseguida Olson y Barnes (1982) indican que la calidad de vida se cataloga de manera subjetiva relacionándola con la definición que le da el ser humano de acuerdo a su percepción y las posibilidades que le brinda el ambiente para lograr su satisfacción.

Posteriormente Hollanflsworth (1988) teoriza sobre la calidad de vida como la suma de la puntuación en cuanto a objetivos medibles en las condiciones de vida existen que se presencian en la salud física, relaciones sociales, actividades y ocupación, dichos indicadores sugieren presentarse como más allá de una cantidad, por el contrario se presencian como una calidad de vida.

Desde la perspectiva de Felce y Perry (1995) conceptualiza el término como la concertación que existe entre las condiciones de vida y la satisfacción personal medida por los valores y expectativas que tiene el ser humano.

Según el grupo WHOQOL (1995) la calidad de vida es la perspectiva que tiene el ser humano desde su existencia, de acuerdo a su entorno cultural, valores, objetivos y normas. Es una concepción bastante amplia, ya que abarca la salud física, psicológica, nivel de independencia, las relaciones sociales y la relación con los elementos primordiales.

Para Grimaldo (2003) la calidad de vida está ligada a la percepción de las cosas o situaciones que desarrolla una persona de acuerdo a las posibilidades que el ambiente le ofrece para lograr satisfacer sus necesidades y el cumplimiento de sus intereses en relación a los factores de bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y familia extensa, educación y ocio, medios de comunicación, religión y la salud.

Más adelante la OMS (2009) relaciona el término calidad de vida con el término salud, en dicha terminología predomina la percepción del ser humano en función a la valoración del desempeño de su vida diaria en el aspecto físico, psicológico y social. Frecuentemente la calidad de vida relacionada a la salud se utiliza indistintamente como estado de salud, calidad de vida o evaluación de necesidades.

Asimismo, la OMS realiza una implementación de un grupo de trabajo conformado por colaboradores que pertenecían en aquella época con el fin de mejorar la definición de calidad de vida, de ello resulta la creación de un nuevo instrumento para la medición de la calidad de vida vinculada a la salud física y emocional de las personas.

Vemos que según investigaciones previas se infiere que el concepto de calidad de vida es utilizado de manera global y esta es predeterminada por factores multidisciplinarios como lo biológico, psicológico y social; donde prevalece el concepto de acuerdo a la valoración que le pueda asignar cada individuo de manera distinta y según la relevancia que el ser humano en cuanto a los aspectos más significativos y subjetivos le pueda otorgar.

2.2.3. Características

Según Colomé Rodríguez (2014) en el estudio sobre la mejora de la calidad de vida del paciente en estadio terminal así como de manera similar Alvirdez (2008) indican que la calidad de vida contiene las siguientes características:

- Concepto Subjetivo: Donde la persona determina el concepto sobre su vida y la influencia que está tiene hacia su calidad.
- Concepto Universal: La capacidad con la que se discierne la calidad de vida es en base a los valores comunes y preferencias habituales en las diversas culturas.

- **Concepto Holístico:** El ser humano es un todo, donde la calidad de vida de manera íntegra involucra todos los aspectos de la vida desde el modelo biopsicosocial.
- **Concepto Dinámico:** El ser humano permuta en cuanto a sus intereses y prioridades vitales, cambiando los parámetros que significan para ellos la calidad de vida.
- **Interdependiente:** Los aspectos de la vida se relacionan ente sí viéndose reflejada en su involucramiento con el ser humano de tal modo que cuando el aspecto físico demuestra dolencia dicha condición repercute a los estados afectivos, psicológicos y sociales.

2.2.4. Componentes

Castellón y Romero (2004) determinan como componentes primordiales para una óptima calidad de vida, mencionando los siguientes de acuerdo a su consideración:

- **Salud:** objetiva y subjetiva, física y psíquica.
- **Integración social:** interacción con familiares, amigos y vecinos.
- **Actividades y ocio:** Manera de poder ocupar el tiempo y satisfacerse con la forma que ocupa el tiempo disponible,
- **Satisfacción para la vida:** donde se busca satisfacer las necesidades del individuo.
- **Educación:** El aprendizaje continuo que cada ser humano debe desarrollar.
- **Servicios sociales y sanitarios:** Las consideraciones de salud sanitaria que se debería tener.
- **Ingresos:** Los bienes materiales y económicos que tiene el ser humano.
- **Habilidades funcionales:** autonomía del ser humano y la capacidad para desarrollarse en sus actividades diarias.

- **Calidad ambiental:** Placer del ser humano hacia los aspectos objetivos del lugar donde habita.

2.2.5. Importancia

Tal como indica Schalock (2005) citado en Gómez y Sabeh (2001) refieren a la gran importancia sobre calidad de vida ya que se aplica con el fin de mejorar una comunidad hacia transformaciones de base política, social, tecnológica y económica, sin desestimar la verdadera utilidad del concepto que es relacionado a los servicios humanos buscando la mejora continua de la calidad de vida.

La importancia del estudio sobre calidad de vida en pacientes crónicos renales es avalada por el programa de la OMS Salud / Sanidad (2000), según indica desde el aspecto sanitario lo que se debe promover es proporcionar mayor calidad de vida a los años.

La insuficiencia renal crónica, constituye un problema de salud pública cada vez más importante debido a la incidencia y prevalencia de crecientes.

Para el psicólogo, estudiar calidad de vida en los pacientes con enfermedad crónica renal, es de gran interés para poder conocerlos desde una perspectiva más integral. Esto es de ayuda para determinar el nivel de satisfacción en la calidad de vida que presentan los pacientes crónicos renales ambulatorios, según sus características y situaciones de vida.

2.2.6. Factores

Referirse sobre calidad de vida es involucrarla con múltiples factores del ser humano, así como ambientales y de acuerdo a las condiciones de vida, por ello se mencionan los siguientes factores relevantes del objeto de estudio. Donde Ardilla (2003), en su estudio sobre calidad de vida: una definición integradora, indica haberse separado los aspectos objetivos y subjetivos de la calidad de vida. Los principales factores que se toman en cuenta son los siguientes:

- Bienestar emocional.
- Riqueza material y bienestar material.

- Salud.
- Trabajo y otras formas de actividad productiva.
- Relaciones familiares y sociales.
- Seguridad.
- Integración con la comunidad.

Por su parte Olson y Barnes (1982) mencionan que algunos de los factores de la calidad de vida se desarrollan alrededor del concepto y son:

- Factor 1: Hogar y bienestar económico:
- Factor 2: Amigos, vecindario y comunidad
- Factor 3: Vida familiar y extensa familia
- Factor 4: Educación y ocio
- Factor 5: Medios de comunicación
- Factor 6: Religión
- Factor 7: Salud

2.2.7. Dimensiones

De acuerdo con Alvirdez (2008) define de manera global tres dimensiones que disciernen la calidad de vida:

- **Dimensión física:** Es la aprehensión del estado físico, donde gozar de una vida con calidad involucra tener buena salud.
- **Dimensión psicológica:** Es la impresión de la persona en cuanto a su estado afectivo y cognitivo incluyendo a las creencias espirituales, personales y religiosas como relevantes hacia la vida y la actitud que se elige tener ante las situaciones.
- **Dimensión social:** Es la captación del ser humano referente a las relaciones con el medio que lo rodea y las relaciones interpersonales. Tal

como se evidencia al requerir un soporte familiar y/o social o en casos de la relación médico – paciente.

De manera semejante Colomé Rodríguez (2014) indica que la calidad de vida engloba las siguientes dimensiones:

- **Física:** Representa la perspectiva del estado físico de la salud y ausencia de enfermedad.
- **Psicológica:** Es la percepción cognitiva y afectiva del ser humano involucrándose sus creencias personales.
- **Social:** Evalúa al individuo en sus relaciones interpersonales y como desarrolla en su medio.

Por su parte Ortiz y Pueyrredón (2000) mencionan sobre la calidad de vida relacionada con la salud que comprenden desde el aspecto más vulnerable como la muerte hasta el más apreciado como la felicidad del ser humano, dividiéndolas sobre las siguientes dimensiones:

- **Dominio físico y capacidad funcional:** Se asemeja a las mediciones que son efectuadas por un médico, por encontrarse en todo lo referido al físico de la persona y como ello causa repercusión en su desarrollo intelectual.
- **Dominio psicológico:** Abarca los parámetros psicológicos que ocasionan impacto en la calidad de vida, como depresión, ansiedad y estrés.
- **Dominio de interacciones sociales:** Refiere a la interacción de las personas con sus familiares, compañeros, amigos y el medio que lo rodea.
- **Dominio de las sensaciones somáticas:** Definidas por la impresión física que genera incomodidad (dolores, náuseas, mareos) y repercute en la calidad de vida.
- **Dominio económico:** Hace indicación hacia el trabajo, considerando que la inversión económica por algún problema de salud arraiga un impacto considerable en la calidad de vida del ser humano.

- **Dominio religioso:** La medición de dicho dominio se considera tediosa, por ende, es inusual su exploración.

2.2.8. Tipos

Según refiere Olson y Barnes, citados en Summers (2005) disponen de dos tipos de calidad de vida:

- **Objetiva:** La cual está establecida por la unión que se tiene con en función a la manera de organizar una sociedad, así como los patrones de actividades laborales y consumo que identifican a los distintos grupos sociales.
- **Subjetiva:** Cuyo resultado es el grado de satisfacción e insatisfacción que pueda tener el individuo en su vida.

2.2.9. Teorías

2.2.9.1. Teoría de los dominios.

Olson y Barnes (1982) propusieron la teoría de los dominios haciendo uso de una conceptualización subjetiva para la definición de calidad de vida, vinculándola con la adaptación del ser humano entre sí mismo y el ambiente. Asimismo, plantean que una característica frecuente en los estudios de la calidad de vida es considerar los dominios de acuerdo a las experiencias vitales, vividas por de las personas, en donde cada individuo se enfoca sobre una faceta en particular sobre la experiencia de vida.

Según Grimaldo Muchotrigo (2012) cada dominio de la escala de calidad de vida de Olson y Barnes, se enfoca sobre una vertiente peculiar de la experiencia vital, donde de acuerdo a la perspectiva de cada persona se valora la calidad de vida. La forma como cada ser humano consigue satisfacer estos dominios, corresponde a un juicio individual y subjetivo de la forma como la persona logra satisfacer sus necesidades y como desarrolla sus interés con el ambiente, siendo de acuerdo a la perspectiva que posee cada uno y en función a ello tiene las posibilidades que el ambiente le brinda para poder lograr dicha satisfacción.

2.2.9.2. Teoría según Brock

Brock (1998), citado por NAVA (2012) definió la calidad de vida como una vida buena, estableciéndola en tres teorías:

- **Teoría Hedonista**, se basa en las experiencias de modo consciente como lo es el amor, felicidad, placer las cuales son complemento hacia la satisfacción de los deseos del ser humano.
- **Teoría de la satisfacción de los deseos**, se torna en lo positivo para el ser humano cuando este logra obtener lo que más anhela según su preferencia. Autores indican que las dos últimas teorías se correlacionan con bienestar.
- **Teoría de la buena vida**, se presenta cuando el ser humano ejecuta ideales característicos en autonomía. Aquí predomina la capacidad de elegir, la cual es poseedora de la persona. Enfocándose de manera primordial sobre las capacidades que posee la persona para poder desarrollar ciertas cosas básicas.

2.2.10. Modelos

2.2.10.1. Modelo de calidad de vida

Baca (1991), citado por Gonzales, Díaz, Rodríguez y Bobes (1993) ejecuto un compendio sobre los tipos de modelos referentes a calidad de vida, donde identifico dos tipos de modelos: enumerativos y complejos.

- **Modelos enumerativos:** Donde de acuerdo a las perspectivas existentes que se aproximan hacia su definición está la relación que tiene con la salud y el comprender a la calidad de vida como un listado de condiciones que el ser humano logra satisfacer en mayor o menor grado.
- **Modelos complejos:** Los cuales van en busca de un engranaje correcto para poder determinar la calidad de vida de los individuos.

Para concluir se revisará el modelo de la psicología humanista la cual fue propuesta por Maslow (1968), citado por Palomino y Lopez (1999), quién con su

representación más relevante sobre la pirámide de calidad de vida, indica cinco tipos de necesidades del ser humano que se van complementando por etapas de acuerdo a las expectativas:

- Las primeras necesidades conciernen a las fisiológicas, las cuales dan seguridad de la supervivencia del ser.
- En segunda instancia se relaciona la necesidad con la seguridad física y emocional, la cual se obtuvo por la protección y un ambiente sin factores de riesgo inminente.
- El tercer nivel se ajusta hacia las necesidades sociales, las cuales son satisfechas por el afecto, pertenecía a grupos.
- En el penúltimo nivel se tocan las necesidades de estima, aprobación y la autovaloración, así como el respeto a uno mismo.
- Como último nivel se ven las necesidades de autorrealización, figuradas por el logro de ambiciones y la libertad.

2.2.11. Enfoques

2.2.11.1. Enfoque según Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger

Los enfoques de la investigación en calidad de vida varían, pero según lo considerado por Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger (1993) es viable englobarse en dos tipos:

- **Enfoque cuantitativo:** Cuyo objetivo es operacionalizar la calidad de vida bajo los indicadores sociales objetivos como lo es la salud, el bienestar social, amistad, la educación, el estándar de vida, seguridad pública, ocio, vivienda, etc. En función al aspecto psicológico se mide subjetivamente, considerando las experiencias vitales del ser humano y el aspecto ecológico el cual mide el ajuste en los recursos que tiene el ser humano y las demandas del ambiente.

- **Enfoque cualitativo:** El cual adopta una posición de escucha activa hacia el ser humano, mientras que este relata sus experiencias, problemas, desafíos y cómo interactúan los servicios sociales para el apoyo eficaz.

2.3. Definiciones Conceptuales

2.3.1. Calidad de vida: Donde según Olson y Barnes (1982) definen a la calidad de vida como un constructo multidimensional, enlazado con distintos elementos subjetivos como lo es la salud y situaciones que expresan bienestar o incomodidad.

Por su parte Grimaldo (2003) adapta en Perú la escala de calidad de vida de Olson & Barnes, estableciendo el término en siete factores para su operacionalización. Para Olson y Barnes, citado en Grimaldo (2011) conceptualiza las dimensiones del instrumento:

2.3.2. Bienestar económico: Donde se considera el grado de satisfacción tomando en cuenta la designación de responsabilidades de los individuos del hogar y las capacidades de adquisición para poder satisfacer sus necesidades básicas.

2.3.3. Amigos, vecindario y comunidad: Se considera el nivel de satisfacción que mantiene el ser humano con los bienes materiales que tiene en el hogar para poder vivir a gusto, la capacidad económica que posee para solventar los gastos en familia y el hogar, satisfacer necesidades básicas que tiene el ser humano. También se considera las actividades dinámicas a realizar y el tiempo que se interactúa con los amigos del lugar donde frecuenta en los espacios de recreación.

2.3.4. Vida familiar y extensa familia: Se toma en cuenta la relación de afecto con sus familiares, las responsabilidades de casa, la capacidad que tiene la familia para poder brindarle la seguridad afectiva y el apoyo emocional.

2.3.5. Educación y ocio: Se indica que es la cantidad de tiempo libre que se tiene para disponer en ejecutar actividades deportivas y recreativas. Así como los programas educativos que se utilizan para poder incentivar la educación.

2.3.6. Medios de comunicación: Se evalúa a partir de cuan satisfactorio son los programas televisivos, de radio e internet revisando páginas educativas, informativas y no educativas. Así como la valoración hacia la calidad que existe en su contenido.

2.3.7. Religión: Se le asigna a la vida religiosa que sigue la familia, la frecuencia que asisten a misa y el tiempo que le pueden brindar a Dios, así como la relación que tiene con Dios.

2.3.8. Salud: Dicho factor hace referencia al grado de salud física, psicológica de manera general hacia todos los miembros que pertenecen a la familia.

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo y diseño de investigación.

3.1.1. Tipo:

El presente estudio es de tipo descriptivo, el cuál según Sabino (1992) el estudio de tipo descriptivo trabaja sobre realidades de hechos, siendo su característica primordial presentar una correcta interpretación. La investigación descriptiva hace énfasis en descubrir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, haciendo uso de criterios sistemáticos que puedan permitir poner en manifiesto la estructura que poseen y así se puede lograr obtener las anotaciones que caracterizan a la población estudiada. De la misma manera se establece que la investigación descriptiva se puede desarrollar mediante las características de la población y en un determinado tiempo.

Por su parte Tamayo M. y Tamayo (2003) comprende por investigación descriptiva como la descripción, análisis, registro e interpretación de la materia actual. El planeamiento se realiza sobre conclusiones preponderantes o en grupo de personas, cosas donde se dirige en función al presente.

3.1.2. Diseño:

El diseño de investigación es de un trabajo no experimental, de corte transversal dado que se hace uso de una variable independiente y no hace variar la intención de ninguna variable estudiada. Kerlinger y Lee (2002) indican que la investigación no experimental es la búsqueda en sistemática y basada en la experiencia, donde el científico no toma el control directo de las variables independientes a causa que sus manifestaciones ya ocurrieron o son inherentemente no manipulables. En el diseño no experimental no se manipula la variable independiente, debido a su dificultad.

Según Arnau (1995) destaca que en este tipo de investigación no existe manipulación de la variable independiente, denominando el estudio no

experimental como un conjunto de métodos y técnicas de investigación diferente de la estrategia experimental y cuasi experimental.

3.2. Población y muestra.

3.2.1. Población:

La población está conformada por 50 pacientes crónicos de insuficiencia renal de ambos sexos, cuyas edades oscilan entre los 40 a 80 años. En el lapso del 01 al 28 de febrero del 2019 se tomó las pruebas, la cual estuvo constituida por pacientes crónicos que asisten a sus consultas los días martes y jueves en un hospital del Callao

Según Arias (2006), determina que población es el conjunto finito o infinito de los componentes con características similares para los cuales se utilizan extensivas conclusiones en el estudio, siendo una característica del conocimiento científico.

Asimismo, Tamayo M. y Tamayo (2003), indica que la población es el conjunto total de un fenómeno de estudio el cual incluye la totalidad de miembros en análisis que integran mencionado fenómeno y que debe ser cuantificado para un determinado estudio integrando un conjunto de entidades que participan de un factor determinado característico y se le denomina población dado que constituye la totalidad del fenómeno que señala una investigación.

Tabla 1. Distribución de la población, según género y edad:

Genero	N° de personas	Porcentaje
Femenino	23	46%
Masculino	27	54%
Total	50	100%

Fuente: Datos recolectados para la presente investigación y plasmados en el SPSS 2019.

Tabla 2 Distribución por edad de la población de los enfermos crónicos renales

Edad	N° de personas
40 a 50	08
51 a 60	10
61 a 70	20
71 a 80	08
81 a más años	04
Total	50

Fuente: Datos recolectados para la presente investigación y plasmados en el SPSS 2019.

3.2.2. Muestra del estudio:

El tipo de muestreo es censal pues se seleccionó el 100% de la población de enfermos crónicos de insuficiencia renal de un hospital del Callao, que asiste los martes y jueves para su atención ambulatoria. La muestra está conformada por 50 pacientes. Vale la aclaración, en esta investigación no se aplicó ninguna fórmula para obtener la muestra.

Tal cual indica Hayes (1999), el método de muestreo censal es donde abarca el análisis de todos los elementos de la población e estudio, dado que es necesario saber las opiniones de todos los enfermos crónicos.

Por su parte Ramírez (1997), afirma que la muestra censal es aquella donde todas las unidades de investigación son consideradas como muestra.

Criterios de inclusión:

- Pacientes crónicos renales que aceptaron participar en la investigación con predisposición para responder la prueba.
- Pacientes crónicos renales que respondieron la totalidad de los ítems.
- Pacientes crónicos renales que pueden valerse por sí mismos y se les puede aplicar la prueba.

Criterios de exclusión:

- Pacientes crónicos renales que no aceptaron participar en la investigación.
- Pacientes crónicos renales que no respondieron la totalidad de los ítems.
- Personas que no se pueden valer por sí mismas por problemas contiguos físicos, postrados o no pueden movilizarse que contribuye a no poder tomarle la prueba.

3.3. Identificación de la variable y su operacionalización.

La variable estudiada es calidad de vida que tiene como objeto determinar el nivel de satisfacción en la calidad de vida que presenten los pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao.

En tabla que se presenta a continuación se describe las dimensiones consideradas para la variable con sus indicadores y preguntas.

Tabla 3 Operacionalización de las dimensiones e indicadores de la variable calidad de vida

Variable	Dimensiones	Nº de Ítems	Indicadores	Peso	Niveles o Categorización
Calidad de Vida	Bienestar económico. Se evalúa el grado de satisfacción que tiene el ser humano en relación a los recursos materiales que posee como vivienda y, financiamiento económico. Grimaldo (2011)	5	1,2,3,4,5	20%	
	Amigos, vecindario y comunidad. Se evalúa el grado de satisfacción con los vínculos amicales del medio donde interactúa, así como las facilidades de hacer compras en la comunidad, la seguridad y los espacios de recreación. Grimaldo (2011)	4	6,7,8,9	17%	

<p>Vida familiar y familia extensa. Se evalúa el grado de satisfacción con los miembros de la familia directa como los hermanos, pareja e hijos y a la familia extensa conformada por los tíos, primos y nietos. Grimaldo (2011)</p>	4	10,11,12,13	17%	86 a más Calidad de vida óptima123.
<p>Educación y ocio. Se evalúa el grado de satisfacción en relación a los logros obtenidos en el grado académico y el tiempo disponible para entretenerse de acuerdo a sus preferencias. Grimaldo (2011)</p>	3	14,15,16	13%	54 a 85 Tendencia a calidad de vida buena. 16 a 53 Tendencia a baja calidad de vida.
<p>Medios de comunicación. Se evalúa el grado de satisfacción respecto al contenido, calidad y tiempo que le brinda a los medios de comunicación como la televisión, cine, programas de radio. Grimaldo (2011)</p>	4	17,18,19,20	17%	Menos de 16 Mala calidad de vida.
<p>Religión. Se evalúa el grado de satisfacción con la vida religiosa de la familia, creencias y preferencias religiosas, el tiempo que le dedica a Dios a modo personal, familiar y de su comunidad. Grimaldo (2011)</p>	2	21,22	8%	
<p>Salud. Se evalúa el grado de satisfacción en relación a la salud física y psicológica, donde la primera refiere para con otros miembros de la familia nuclear. Grimaldo (2011)</p>	2	23,24	8%	

3.4. Técnicas e instrumentos de evaluación y diagnóstico.

3.4.1. Técnicas

La técnica es una manera de cómo se recaudó dicha información o como se recogieron los datos directamente en el lugar de los sucesos.

Según Trespalacios, Vásquez y Bello (2015) de la misma forma Bernal (2010) nos indican que las técnicas a emplearse en la investigación son las siguientes:

Técnica de recolección de información indirecta: Mediante esta técnica se recopilaron datos de fuentes bibliográficas y estadísticas, recurriendo a las fuentes de origen como libros, artículos y trabajo de investigación.

Se recolectan a través de canales secundarios o intermediarios, como las encuestas, entrevistas, focus grupo o haciendo revisión de fuentes secundarias

Por su parte Sampieri, Fernández y Batista (2010) indican en su libro Metodología de la investigación sobre las herramientas de recolección de datos que preceptúa el investigador:

Observación: Esta técnica indica que el investigador debe visualizar de manera profunda, ahondando en la materia observada y manteniendo un rol activo de reflexión permanente. Involucrando a todos los sentidos para una mejor perspectiva y análisis. Dado que el concepto engloba un sentido general, esto consiste en tomar notas para ir conociendo el contexto, así como interpretar significados.

Asimismo, según Tamayo M. y Tamayo (2003) dicha técnica hace referencia hacia la percepción visual, empleándose hacia la necesidad de sistematizar la información obtenida de acuerdo a las respuestas de los sentidos. La observación científica debe pasar por una serie de obstáculos abstractos como los prejuicios, emociones dado que existe la probabilidad de no ver la realidad de manera objetiva.

Sampieri, Fernández y Batista (2010) respecto a las entrevistas indican que se basa en las preguntas sobre la experiencia, valores, opiniones y creencias, así como sentimientos, emociones, sucesos, historias de vida, perspectiva del ser humano, atribuciones, etc.

3.4.2. Instrumentos de evaluación y diagnóstico.

La escala de calidad de vida fue elaborada por David Olson y Howard Barnes, con el objetivo de medir la percepción de satisfacción persona, considerando la experiencia en la vida marital, familiar, en el hogar, educación, ocio, amical, religión, medios de comunicación, entre otros.

En la adaptación de la escala para Perú se desarrollaron dos versiones; una de ellas cuenta con 43 ítems y 12 dimensiones (vida familiar, marital, amigos, familia extensa, salud, hogar, tiempo, educación, religión, empleo, medios de comunicación, bienestar económico, vecindario y comunidad). La segunda versión cuenta con 25 ítems con áreas similares a la escala anterior, pero a excepción de matrimonio y empleo.

Según lo mencionado el instrumento a utilizar para la medición y evaluación de la presente investigación será la escala de vida de Olson y Barnes, adaptada en Lima por Mirian Grimaldo Muchotrigo, 2003.

Contiene un listado de satisfacción en cuanto a calidad de vida refiere, con la finalidad de identificar los niveles de calidad de vida, su administración puede ser individual o colectiva de personas desde los 13 años a más y su tiempo de aplicación es de 15 a 20 minutos.

La escala de calidad de Vida está compuesta por 25 ítems, agrupados por siete dimensiones: Dimensión 01: (bienestar económico), Dimensión 2 (amigos, vecindario y comunidad), Dimensión 3 (vida familiar y extensa familia), Dimensión 4 (educación y ocio), Dimensión 5 (medios de comunicación), Dimensión 6 (religión), y Dimensión 7 (salud).

Los ítems que se presentan en la escala son de tipo Likert, graduada mediante las siguientes opciones: insatisfecho, poco satisfecho, más o menos satisfecho, bastante satisfecho y completamente satisfecho.

3.4.3. Ficha Técnica, Grimaldo (2003)

Nombre de la prueba	:	Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes
Autores	:	David Olson y Howard Barnes.
Adaptación	:	Mirian Pilar Grimaldo Muchotrigo - Lima
Tipo de administración	:	Individual o Colectiva.
Duración	:	Variable 20 min aproximadamente.
Nivel de aplicación	:	Desde los 13 años hacia adelante.
Finalidad	:	Identificar los niveles de calidad de vida.
Materiales	:	Hoja de encuesta y un lapicero.

La calidad de vida es la valoración del ser humano de acuerdo a su percepción para poder satisfacer sus necesidades y concretar el logro de sus intereses en relación a los factores mencionados a continuación: Factor 1 relacionado a bienestar económico, Factor 2 amigos, vecindario y comunidad, Factor 3 trata a la vida familiar y familia extensa, Factor 4 educación y ocio, Factor 5 medios de comunicación, Factor 6 religión y Factor 7 relacionado a la Salud.

3.4.4. Aplicación y calificación

Previo a la aplicación de la escala se realizó una breve presentación a cada paciente crónico renal, en su consulta ambulatoria, indicando el tema a tratar y el énfasis sobre la realización la cual no es obligatoria; así como el agradecimiento por su apoyo hacia la consolidación de estudios sobre calidad de vida en pacientes crónicos renales ambulatorios. Posteriormente se indica las instrucciones de realización, haciendo entrega de la hoja con un lapicero, a fin de obtener sus datos personales, acto seguido se menciona que cada pregunta

es en relación al nivel de satisfacción que percibe como ser humano en relación a su vida diaria, además se recalcó que no existen respuestas buenas, ni malas y solo se debe marcar una opción por pregunta. Para ello, tendrán las siguientes alternativas: Insatisfecho, un poco satisfecho, más o menos satisfecho, bastante satisfecho o completamente satisfecho.

Se califica de la siguiente manera:

En primera instancia se suman todas las puntuaciones a cada uno de los ítems respondidos, teniendo en cuenta que cada respuesta es asignada por un único puntaje correspondiente que puede estar determinado en: 1, 2, 3, 4 y 5.

Todas las puntuaciones directas que se obtuvieron en resultado se colocarán en la parte final de la prueba.

Las puntuaciones directas se convertirán en percentiles de acuerdo a las tablas de baremos correspondientes.

3.4.5. Baremos

Los baremos se presentan en percentiles para la forma individual y colectiva, obtenidos de la muestra de 50 pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao, los cuales viven en el departamento de Lima.

Tabla 4 Percentiles Puntaje Total

Puntaje Directo	Percentil
41	1
42	1
43	1
44	1
45	1
46	1
47	1

48	1
49	1
50	1
51	1
52	1
53	1
54	1
55	1
56	2
57	3

58	3
59	3
60	3
61	4
62	4
63	4
64	4
65	5
66	6
67	7
68	8
69	8
70	9
71	10
72	11
73	12
74	13
75	14
76	15
77	17
78	20
79	23
80	25
81	27
82	30
83	32
84	34
85	36
86	39
87	42
88	45
89	48

90	51
91	54
92	57
93	61
94	64
95	67
96	71
97	75
98	78
99	80
100	82
101	84
102	86
103	88
104	90
105	91
106	92
107	94
108	95
109	95
110	96
111	97
112	98
113	99
114	99
115	99.2
116	99.3
117	99.5
118	99.5
119	99.6
120	99.7
121	99.8

Tabla 5 Categorización de los puntajes en base a los percentiles

Puntajes	Categoría
86 a más	Calidad de vida óptima.
54 a 85	Tendencia a calidad de vida buena.
16 a 53	Tendencia a baja calidad de vida.
Menos de 16	Mala calidad de vida

Tabla 6 Percentiles por factor 01:

Puntaje Directo	Percentil
4	1
5	1
6	1
7	2
8	5
9	8
10	12
11	16
12	23
13	32
14	43
15	55
16	68
17	79
18	87
19	93
20	98

Tabla 7 Percentiles por factor 02

Puntaje Directo	Percentil
4	1
5	1
6	1
7	1
8	2
9	5
10	9
11	14
12	22
13	33
14	45
15	58
16	70
17	82
18	90
19	95
20	99

Tabla 8 Percentiles por factor 03

Puntaje Directo	Percentil
3	1
4	1
5	1
6	3
7	5
8	9
9	14
10	22
11	33
12	47
13	62
14	78
15	93

Tabla 9 Percentiles por factor 04

Puntaje Directo	Percentil
3	1
4	1
5	2
6	5
7	8
8	15
9	27
10	41
11	57
12	73

13	85
14	93
15	98

Tabla 10 Percentiles por factor 05

Puntaje Directo	Percentil
3	1
4	2
5	3
6	7
7	15
8	26
9	38
10	53
11	68
12	80
13	88
14	94
15	98

Tabla 11 Percentiles por factor 06

Puntaje Directo	Percentil
2	1
3	3
4	6
5	15
6	31
7	52

8	74
9	89
10	97

Tabla 12 Percentiles por factor 07

Puntaje Directo	Percentil
2	1
3	1
4	3
5	8
6	19
7	38
8	62
9	83
10	96

3.4.6. Validez:

A momentos de aplicar el coeficiente r de Pearson, para establecer el análisis correlacional entre la escala de calidad de vida de Olson y Barnes, la prueba de Autoeficacia General y el Inventario de Emociones Positivas y negativas (SPANAS). Se logró recabar una baja correlación entre la prueba de autoeficacia y la escala de calidad de vida, lo cual indica que estos constructos mantienen su independencia. Siendo así se observa una baja correlación en el inventario de emociones positivas y negativas (SPANAS). Con ello se comprueba la validez divergente de la escala de calidad de vida con los otros instrumentos aplicados. Los análisis realizados pueden señalar que la escala de calidad de vida posee validez de constructo para medir la calidad de vida en grupos poblaciones similares a la muestra estudiada, dado que se observan resultados concordantes con los teóricamente esperados.

La validez del constructo fue estudiada a partir del análisis de ítems, desde donde se observó que los pacientes crónicos renales respondieran de manera variable en los ítems. Al analizar las tablas de distribución porcentual, se obtuvo

que en todos los casos el porcentaje de respuestas no contestadas ha sido mínima y por el contrario respondieron a los ítems presentados.

3.4.7. Confiabilidad

La escala de calidad de vida muestra índices de confiabilidad aceptables en lo que respecta a su consistencia interna, lo cual es indicador positivo para su precisión al momento de su aplicabilidad.

Olson y Barnes (1982) definieron la confiabilidad de la escala mediante el método test retest. Se trabajó aplicando la escala de calidad de vida, adaptada por Grimaldo (2003) con 50 pacientes crónicos renales ambulatorios. El tiempo que transcurrió entre la aplicación de la escala, fue de 15 días.

La confiabilidad del instrumento es a través del Alfa de Cronbach, donde:

Tabla 13 Estadística de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N° de elementos
.835	24

Cabe destacar que se considera un instrumento fiable cuando el valor del Alfa de Cronbach se encuentra dentro del límite de 0.7 a 0.9 que indica una buena consistencia interna para la escala.

Carmines y Zeller (1979) establecen sobre la confiabilidad como regla general, no debe ser inferior a 0.80.

La confiabilidad de acuerdo a los ítems es:

Tabla 14 Estadística de total elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido.	Correlación total de elementos corregida.	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido.
hbe1	70.68	61.872	.488	.824
hbe2	70.59	63.449	.382	.829
hbe3	70.63	61.538	.493	.824
hbe4	70.73	65.001	.259	.834
hbe5	70.71	64.162	.352	.830
avc1	71.59	64.299	.424	.828
avc2	71.51	62.256	.586	.822
avc3	72.49	64.206	.327	.831
avc4	72.27	62.801	.461	.826
vfe1	71.63	63.188	.471	.826
vfe2	71.66	63.180	.487	.825
vfe3	71.68	64.172	.408	.828
vfe4	71.61	63.144	.491	.825

eo1	72.05	61.348	.611	.820
eo2	71.83	60.945	.514	.823
eo3	71.27	64.301	.301	.833
mc1	72.02	64.424	.340	.831
mc2	72.10	61.890	.626	.820
mc3	72.20	65.261	.385	.829
mc4	71.59	65.149	.211	.837
r1	71.90	65.390	.239	.835
r2	71.93	65.520	.213	.836
s1	70.93	66.220	.194	.836
s2	71.00	67.800	.048	.842

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. Procesamiento de los resultados

En cuanto se reunió la información se procedió a:

- Tabular la información, codificarla y transferirla a una base de datos la cual es computarizada (IBM SPSS versión 22, Excel 2013.Ink).
- Se definió la distribución de las frecuencias y la incidencia participativa (porcentajes) de los datos del instrumento de investigación.
- Se aplicaron las siguientes técnicas estadísticas:

Valor máximo y valor mínimo

Media aritmética:

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

4.2. Presentación de resultados

Tabla 15 Medidas estadísticas descriptivas de la variable de investigación a la Calidad de Vida

Válido	50
Perdidos	0
Media	77,40
Mínimo	45
Máximo	103

El estudio realizado a 50 pacientes crónicos renales ambulatorios, sobre Calidad de vida, tiene como interpretación los siguientes datos:

Una **media** de 77,40 que se categoriza como “Tendencia a baja calidad de vida”

Un valor **mínimo** de 45 que se categoriza como “Mala calidad de vida”

Un valor **máximo** de 103 que se categoriza como “Calidad de vida óptima”

Tabla 16 Medidas estadísticas descriptivas de los factores pertenecientes a la Calidad de Vida:

Estadísticos descriptivos

	Hogar y Bienestar económico	Amigos, vecindario y comunidad	Vida familiar y extensa familia	Educación y ocio	Medios de comunicación	Religión	Salud
Válido	50	50	50	50	50	50	50
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Media	15,74	11,74	15,38	9,70	11,34	7,52	5,98
Mínimo	5	6	6	3	5	4	2
Máximo	24	20	20	15	20	10	9

Correspondiente a las dimensiones que abarca la Calidad de vida se puede visualizar los siguientes resultados:

- En el factor hogar y bienestar económico denota lo siguiente:

Una **media** de 15,74 que se categoriza como “Tendencia a baja Calidad de vida”

Un valor **mínimo** de 5 que se categoriza como “Mala Calidad de vida”

Un valor **máximo** de 24 que se categoriza como “Calidad de vida óptima”

- En el factor amigos, vecindario y comunidad se puede observar:

Una **media** de 11,74 que se categoriza como “Tendencia a baja Calidad de vida”

Un valor **mínimo** de 6 que se categoriza como “Mala Calidad de vida”

Un valor **máximo** de 20 que se categoriza como “Calidad de vida óptima”

- En el factor vida familiar y extensa familia se visualiza:

Una **media** de 15,38 que se categoriza como “Calidad de vida óptima”

Un valor **mínimo** de 6 que se categoriza como “Mala Calidad de vida”

Un valor **máximo** de 20 que se categoriza como “Calidad de vida óptima”

- En el factor educación y ocio se contempla:

Una **media** de 9,70 que se categoriza como “Tendencia a baja Calidad de vida”

Un valor **mínimo** de 3 que se categoriza como “Mala Calidad de vida”

Un valor **máximo** de 15 que se categoriza como “Calidad de vida óptima”

- En el factor medios de comunicación se acata:

Una **media** de 11,34 que se categoriza como “Tendencia a Calidad de vida buena”

Un valor **mínimo** de 5 que se categoriza como “Mala Calidad de vida”

Un valor **máximo** de 20 que se categoriza como “Calidad de vida óptima”

- En el factor religión:

Una **media** de 7,52 que se categoriza como “Tendencia a baja Calidad de vida”

Un valor **mínimo** de 4 que se categoriza como “Mala Calidad de vida”

Un valor **máximo** de 10 que se categoriza como “Calidad de vida óptima”

- En el factor salud se observa:

Una **media** de 5,98 que se categoriza como “Tendencia a baja Calidad de vida”

Un valor **mínimo** de 2 que se categoriza como “Mala Calidad de vida”

Un valor **máximo** de 9 que se categoriza como “Tendencia a Calidad de vida buena”

En relación a los resultados que se mencionaron, a continuación, se verificara las tablas estadísticas con fines de visualizar la alta incidencia, referente a las dimensiones de Calidad de Vida.

Tabla 17 Nivel de Calidad de Vida

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
	Mala Calidad de Vida	16	32,0	32,0	32,0
	Tendencia a baja Calidad de Vida	28	56,0	56,0	88,0
Válido	Tendencia a Calidad de Vida buena	3	6,0	6,0	94,0
	Calidad de Vida optima	3	6,0	6,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Comentario

El nivel de calidad de vida en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao, se considera mediante la categoría “**Tendencia a baja calidad de vida**”, obteniendo los siguientes resultados:

- El 56,0 % se considera la categoría “**Tendencia a baja calidad de vida**”.
- El 32,0 % se considera la categoría “Mala calidad de vida”
- El 6,0 % se considera la categoría “Tendencia a calidad de vida buena”
- El 6,0 % se considera la categoría “**Calidad de vida óptima**”

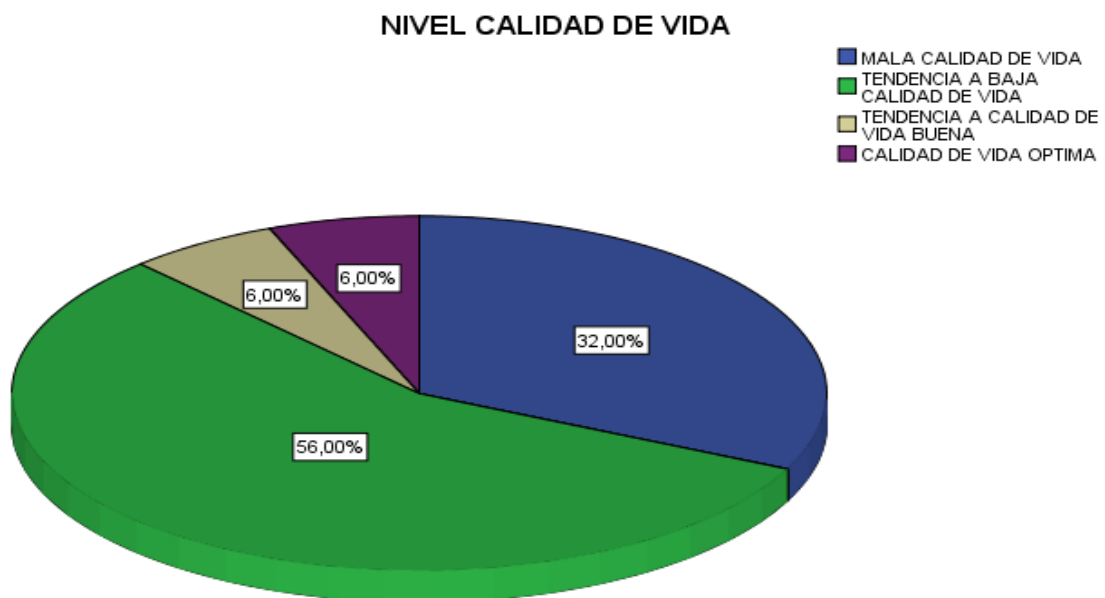


Figura 1. Resultados del nivel de Calidad de Vida

Comentario:

El nivel de calidad de vida en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao, se considera en “**Tendencia a baja calidad de vida**”, obteniendo los siguientes resultados:

- El 56,0 % se considera la categoría “**Tendencia a baja calidad de vida**”.
- El 6,0 % se considera la categoría “**Calidad de vida óptima**”

Tabla 18 Resultado del Factor Hogar y bienestar económico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
	Mala Calidad de Vida	7	14,0	14,0	14,0
	Tendencia a baja Calidad de Vida	9	18,0	18,0	32,0
Válido	Tendencia a Calidad de Vida buena	17	34,0	34,0	66,0
	Calidad de Vida optima	17	34,0	34,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Comentario

El factor de hogar y bienestar económico en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao, se considera mediante la categoría **“Tendencia a calidad de vida buena”** y **“Calidad de vida óptima”**, obteniendo los siguientes resultados:

- El 34,0 % se considera la categoría **“Tendencia a calidad de vida buena”** y **“Calidad de vida óptima”**.
- El 18,0 % se considera la categoría **“Tendencia a baja calidad de vida”**
- El 14,0 % se considera la categoría **“Mala calidad de vida”**

NIVEL Hogar y Bienestar economico

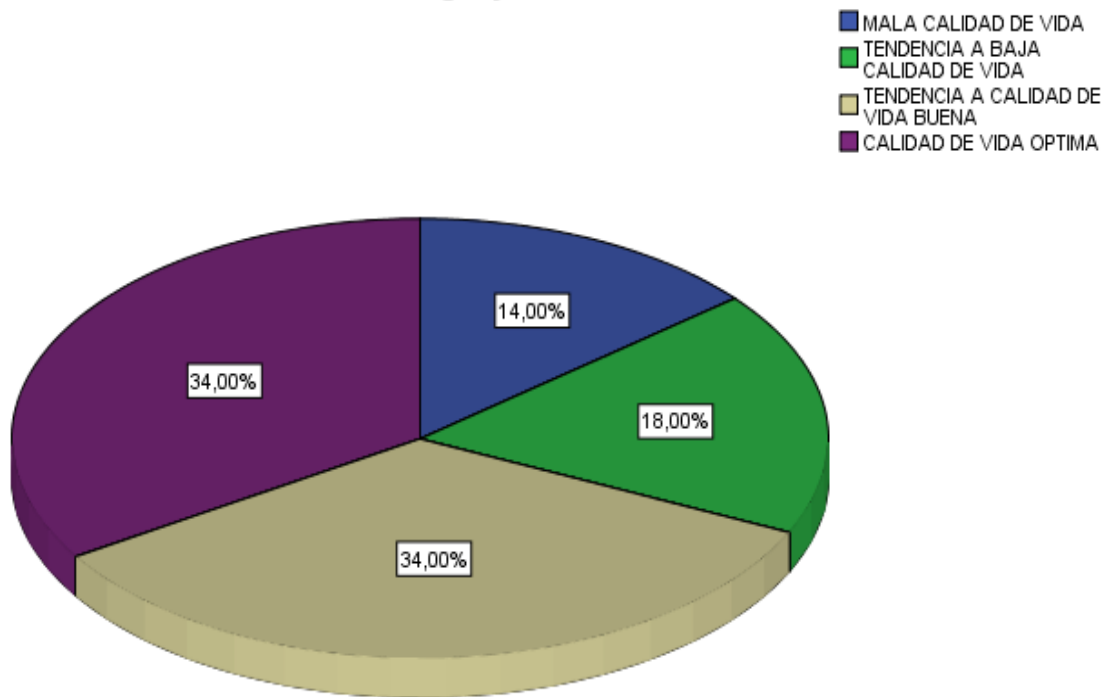


Figura 2. Resultado de Hogar y bienestar económico como factor de la Calidad de Vida.

Comentario:

El nivel de Hogar y bienestar económico en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao, se considera en **“Tendencia a calidad de vida buena”** y **“Calidad de vida óptima”**, obteniendo los siguientes datos:

- El 34,0 % se considera la categoría **“Tendencia a calidad de vida buena”** y **“Calidad de vida óptima”**.
- El 14,0 % se considera la categoría **“Mala calidad de vida”**

Tabla 19 Resultado del Factor Amigos, vecindario y comunidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
	Mala Calidad de Vida	24	48,0	48,0
	Tendencia a baja Calidad de Vida	12	24,0	72,0
Válido	Tendencia a Calidad de Vida buena	12	24,0	96,0
	Calidad de Vida optima	2	4,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0

Comentario

El factor Amigos, vecindario y comunidad en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao, se considera mediante la categoría “**Mala calidad de vida**”, obteniendo los siguientes resultados:

- El 48,0 % se considera la categoría “**Mala calidad de vida**”
- El 24,0 % se considera la categoría “Tendencia a baja calidad de vida”.
- El 24,0 % se considera la categoría “Tendencia a calidad de vida buena”
- El 4,0 % se considera la categoría “**Calidad de vida óptima**”

NIVEL Amigos, vecindario y comunidad

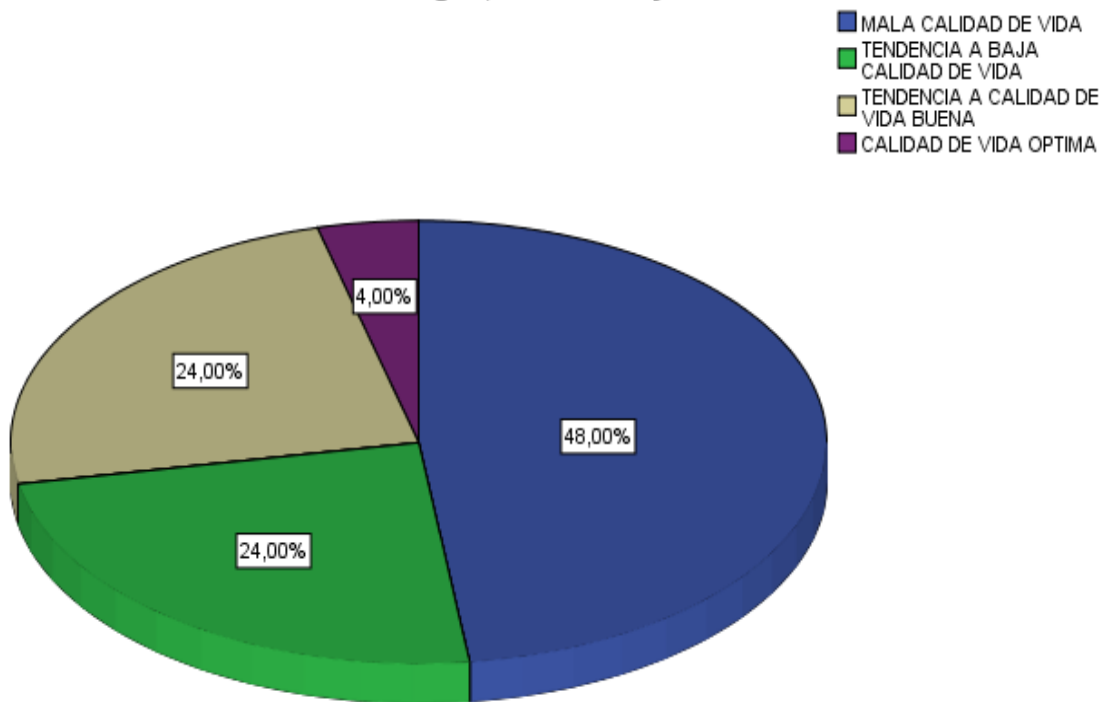


Figura 3. Resultado de Amigos, vecindario y comunidad como factor de la Calidad de Vida

Comentario:

El nivel de Amigos, vecindario y comunidad en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao, se considera en “**Mala calidad de vida**”, obteniendo los siguientes datos:

- El 48,0 % se considera la categoría “**Mala calidad de vida**”
- El 4,0 % se considera la categoría “**Calidad de vida óptima**”

Tabla 20 Resultado del Factor Vida familiar y familia extensa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
	Mala Calidad de Vida	5	10,0	10,0	10,0
	Tendencia a baja Calidad de Vida	6	12,0	12,0	22,0
Válido	Tendencia a Calidad de Vida buena	4	8,0	8,0	30,0
	Calidad de Vida optima	35	70,0	70,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Comentario

El factor Vida familiar y extensa familia en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao, se considera mediante la categoría “**Calidad de vida óptima**”, obteniendo los siguientes resultados:

- El 70,0 % se considera la categoría “**Calidad de vida óptima**”
- El 12,0 % se considera la categoría “Tendencia a baja calidad de vida”.
- El 10,0 % se considera la categoría “Mala calidad de vida”
- El 8,0 % se considera la categoría “**Tendencia calidad de vida buena**”

NIVEL Vida familiar y extensa familia

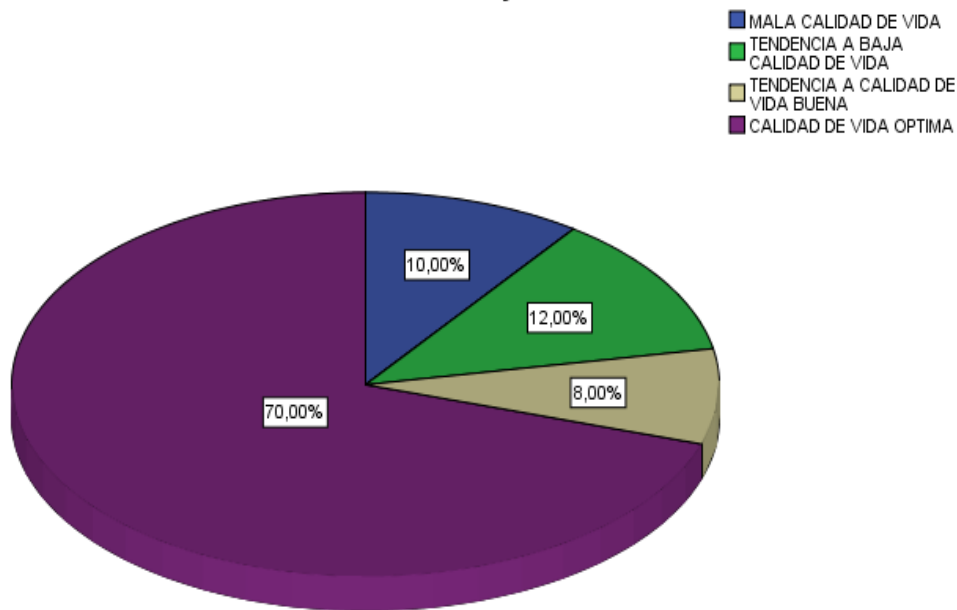


Figura 4. Resultados de Vida familiar y familia extensa como factor de la Calidad de Vida

Comentario:

El nivel de Amigos, vecindario y comunidad en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao, se considera en “**Calidad de vida óptima**”, obteniendo los siguientes datos:

- El 70,0 % se considera la categoría “**Calidad de vida óptima**”
- El 8,0 % se considera la categoría “**Tendencia calidad de vida buena**”

Tabla 21 Resultado del Factor Educación y ocio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
	Mala Calidad de Vida	15	30,0	30,0	30,0
	Tendencia a baja Calidad de Vida	10	20,0	20,0	50,0
Válido	Tendencia a Calidad de Vida buena	23	46,0	46,0	96,0
	Calidad de Vida optima	2	4,0	4,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Comentario

El factor Educación y ocio en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao, se considera mediante la categoría “**Tendencia a calidad de vida buena**”, obteniendo los siguientes resultados:

- El 46,0 % se considera la categoría “**Tendencia a calidad de vida buena**”.
- El 30,0 % se considera la categoría “Mala calidad de vida”
- El 20,0 % se considera la categoría “Tendencia a baja calidad de vida”
- El 4,0 % se considera la categoría “**Calidad de vida óptima**”

NIVEL Educación y ocio

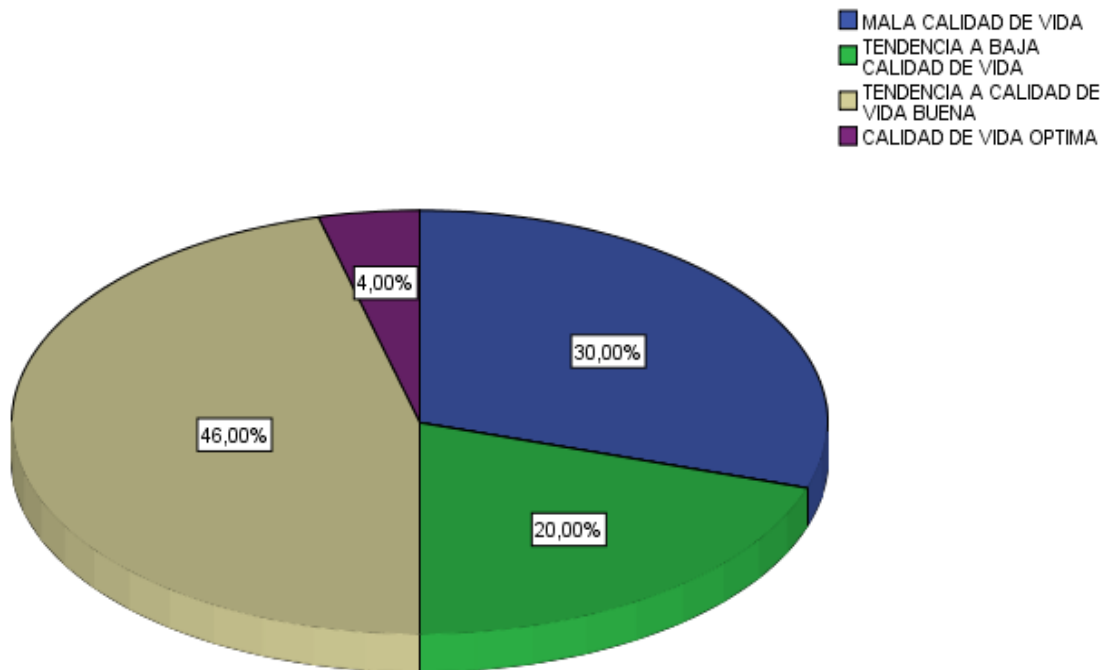


Figura 5. Resultados de Educación y ocio como factor de la Calidad de Vida

Comentario:

El nivel de Educación y ocio en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao, se considera en “**Tendencia a calidad de vida buena**”, obteniendo los siguientes datos:

- El 46,0 % se considera la categoría “**Tendencia a calidad de vida buena**”.
- El 4,0 % se considera la categoría “**Tendencia calidad de vida óptima**”

Tabla 22 Resultado del Factor Medios de comunicación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado	
Válido	Mala Calidad de Vida	8	16,0	16,0	16,0
	Tendencia a baja Calidad de Vida	11	22,0	22,0	38,0
	Tendencia a Calidad de Vida buena	11	22,0	22,0	60,0
	Calidad de Vida optima	20	40,0	40,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Comentario

El factor Medios de comunicación en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao, se considera mediante la categoría “**Calidad de vida óptima**”, obteniendo los siguientes resultados:

- El 40,0 % se considera la categoría “**Calidad de vida óptima.**”
- El 22,0 % se considera la categoría “Tendencia a baja calidad de vida”.
- El 22,0 % se considera la categoría “Tendencia a calidad de vida buena”
- El 16,0 % se considera la categoría “**Mala calidad de vida**”

NIVEL Medios de comunicación

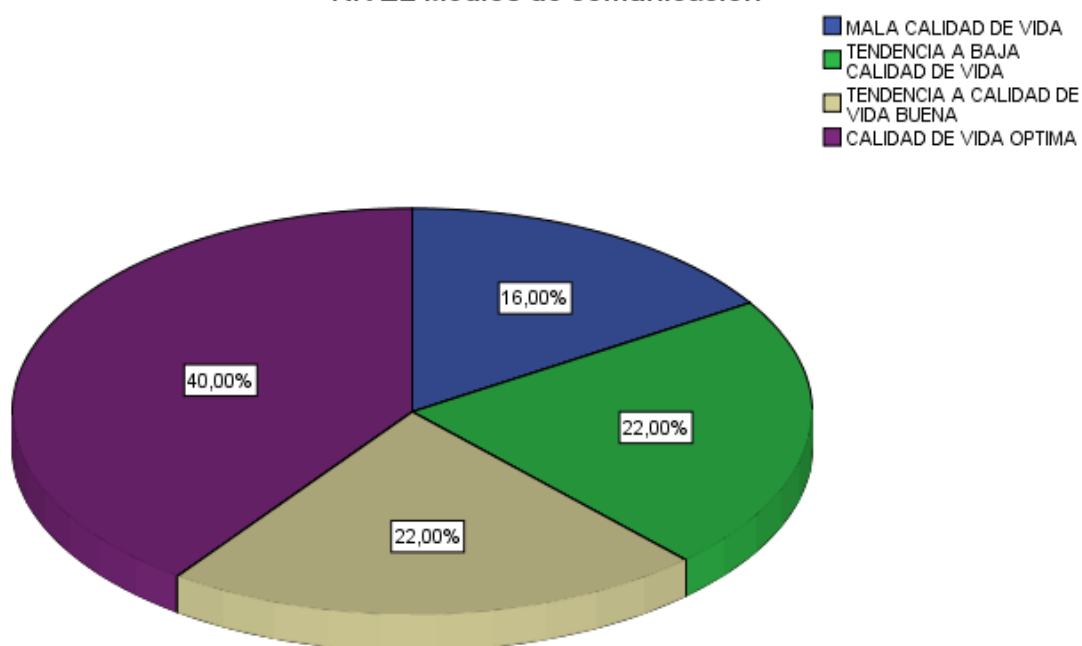


Figura 6. Resultados de Medios de comunicación como factor de la Calidad de Vida

Comentario:

El nivel sobre medios de comunicación en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao, se considera en “**Calidad de vida óptima**”, obteniendo los siguientes datos:

- El 40,0 % se considera la categoría “**Calidad de vida óptima**.”
- El 16,0 % se considera la categoría “**Mala calidad de vida**”

Tabla 23 Resultado del Factor Religión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
	Mala Calidad de Vida	4	8,0	8,0
	Tendencia a baja Calidad de Vida	18	36,0	44,0
Válido	Tendencia a Calidad de Vida buena	12	24,0	68,0
	Calidad de Vida optima	16	32,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0

Comentario

El factor Religión en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao, se considera mediante la categoría “**Tendencia a baja calidad de vida**”, obteniendo los siguientes resultados:

- El 36,0 % se considera la categoría “**Tendencia a baja calidad de vida**”.
- El 32,0 % se considera la categoría “Calidad de vida óptima”
- El 24,0 % se considera la categoría “Tendencia a calidad de vida buena”
- El 8,0 % se considera la categoría “**Mala calidad de vida**”

NIVEL Religión

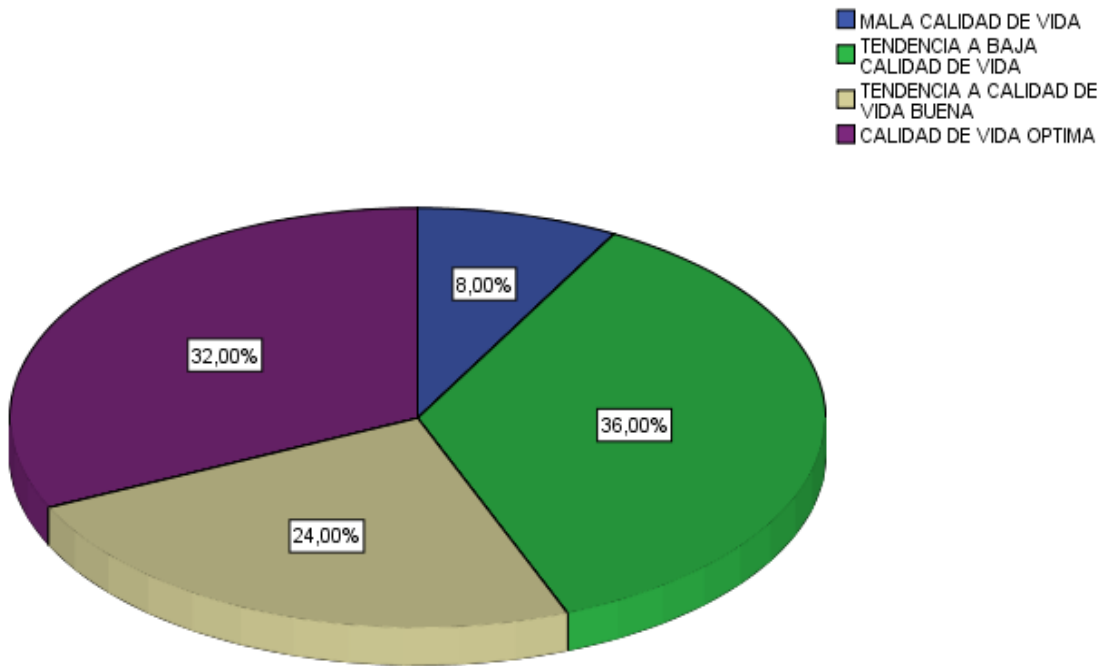


Figura 7. Resultados de Religión como factor de la Calidad de Vida

Comentario:

El nivel religión en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao, se considera en “**Tendencia a baja calidad de vida**”, obteniendo los siguientes datos:

- El 36,0 % se considera la categoría “**Tendencia a baja calidad de vida**”.
- El 8,0 % se considera la categoría “**Mala calidad de vida**”

Tabla 24 Resultado del Factor Salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Válido	Mala Calidad de Vida	22	44,0	44,0	44,0
	Tendencia a baja Calidad de Vida	19	38,0	38,0	82,0
	Tendencia a Calidad de Vida buena	9	18,0	18,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Comentario

El factor salud en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao, se considera mediante la categoría “**Mala calidad de vida**”, obteniendo los siguientes resultados:

- El 44,0 % se considera la categoría “**Mala calidad de vida**”
- El 38,0 % se considera la categoría “Tendencia a baja calidad de vida”.
- El 18,0 % se considera la categoría “**Tendencia a calidad de vida buena**”

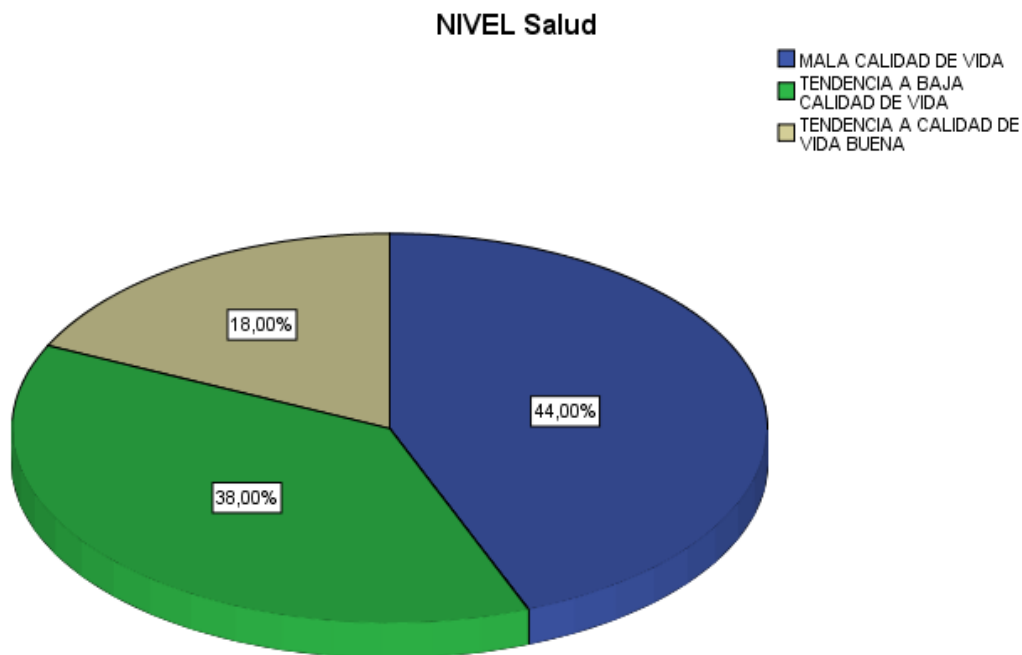


Figura 8. Resultados de Salud como factor de la Calidad de Vida

Comentario:

El nivel de salud en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao, se considera en “**Mala calidad de vida**”, obteniendo los siguientes datos:

- El 44,0 % se considera la categoría “**Mala calidad de vida**”
- El 18,0 % se considera la categoría “**Tendencia a calidad de vida buena**”

4.3. Análisis y discusión de los resultados.

Descripción del objetivo general.

El presente estudio tuvo como objetivo general determinar el nivel de satisfacción en la calidad de vida pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao, contando con 50 personas con enfermedad crónica para la evaluación de

la escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes, adaptado por Grimaldo Muchotrigo (Perú, 2003). Obteniendo como resultado un 56% que corresponde a la categoría de **“Tendencia a baja Calidad de Vida”** haciendo referencia que los evaluados poseen un estado de bienestar físico, mental y social con limitaciones y necesidades de mejora. Por otro lado, se obtiene un 6% referente a la categoría de **“Calidad de Vida óptima”** donde señala un grupo reducido que se encuentra en un estado pleno de bienestar físico, mental y social.

Los resultados pueden explicarse en función a la población de los entrevistados ya que son adultos, adultos mayores que padecen una enfermedad crónica renal la cual es relacionada hacia una tendencia a baja calidad de vida, por sus condiciones de salud física y mental. Existe la probabilidad que los entrevistados no estén logrando satisfacer sus necesidades básicas y por lo tanto la percepción que tienen de calidad de vida es en tendencia baja. Dichos resultados concuerdan con un estudio realizado por Patricio Walter la cual fue titulada “Calidad de vida en estudiantes de una universidad particular de Lima”, en el cual se presentaron los siguientes resultados, en el 18,2% de la población se encontró que representaba una mala calidad de Vida, el 28,9% de la población se encontró que el 40,1% de la población presenta una tendencia a buena Calidad de Vida, mientras que el 12,8 % de la población se encontró que posee una Óptima Calidad de Vida.

Asimismo, Tello Sullca en su estudio sobre “Calidad de vida y bienestar psicológico en estudiantes de psicología de una universidad nacional de lima metropolitana” contempla los siguientes resultados que coinciden con la investigación sobre los niveles de la calidad de vida, en la cual el 48.5% posee una baja calidad de vida - tendencia y mala calidad - por otro lado el 51,5% posee un puntaje satisfactorio el cual corresponde a la tendencia buena y óptima.

En la actualidad se carece de investigaciones sobre el nivel de satisfacción en la variable estudiada, lo cual no permite poder comparar

los resultados con otras investigaciones, por ello se sugiere investigar en contextos similares, con el objetivo de ampliar el conocimiento en esta variable.

Con respecto a nuestro primer **objetivo específico**, sobre determinar el nivel de satisfacción en bienestar económico en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao. Los resultados obtenidos muestran que el 34% se encuentran en la categoría de **Tendencia a calidad de vida buena - Calidad de vida**. Y el 14% se encuentra en **Mala Calidad de Vida**, lo cual nos hace visualizar que un porcentaje considerable de los enfermos crónicos considera la satisfacción hacia los medios materiales que la persona posee, la vivienda para poder vivir plácidamente, la capacidad económica para poder cubrir los gastos de una alimentación familiar idónea, la capacidad económica para satisfacer la necesidad de vestido, educativas, recreativas, así como el de salud de la familia, entre otros ítems.

Con respecto a nuestro segundo **objetivo específico**, sobre determinar el nivel de satisfacción de **amigos, vecindario y comunidad** en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao, se obtiene como resultados un 48%, el cual se encuentra en la categoría de **Mala Calidad de Vida** y en el 4% que considera una **Calidad de Vida óptima**, lo cual hace referencia que el mayor porcentaje predomina hacia la inseguridad en el lugar donde la persona vive para trasladarse y ello le representa un peligro, así como los espacios de recreación (parques, campos de juegos, etc.) en la comunidad, las pocas facilidades para las prácticas deportivas (lozas deportivas, gimnasios, etc.) entre otros.

Con respecto a nuestro tercer **objetivo específico**, sobre determinar el nivel de satisfacción en **vida familiar y familia extensa** en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao. Los resultados obtenidos nos muestran que el 70%

posee una **Calidad de Vida óptima** y el 8% se categoriza en una **tendencia a Calidad de Vida buena**, lo cual se relaciona con mayor proporción hacia el afecto en el grupo de apoyo primario, las responsabilidades de casa, la capacidad que tiene la familia para brindarle seguridad afectiva y apoyo emocional.

Con respecto a nuestro cuarto **objetivo específico**, sobre determinar el nivel de satisfacción en **educación y ocio** en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao, obtiene como resultado el 46% que denota una tendencia a **Calidad de Vida buena** a diferencia del 4% que se encuentra en una **Calidad de Vida óptima**, para ello en este factor se puede encontrar que existe una relación afectiva con los hijos, hijas, dificultades en los compromisos domésticos en la casa y la capacidad del hogar para brindarle seguridad afectiva, así como satisfacer la necesidad de amor hacia los miembros de su hogar, también el tiempo que pasa con la familia.

Con respecto a nuestro quinto **objetivo específico**, sobre determinar el nivel de satisfacción en **medios de comunicación** en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao. Los resultados obtenidos nos muestran que el 40% presenta una **Calidad de Vida óptima** y el 16% se encuentra en una **Mala Calidad de Vida**. En el presente factor se encuentra un alto grado de satisfacción en relación al contenido de los programas de televisión nacional de señal abierta y señal cerrada; la cantidad de tiempo que pasan viendo televisión; el contenido de los programas de radio y la calidad del cine.

Con respecto a nuestro sexto **objetivo específico**, sobre determinar el nivel de satisfacción en **religión** sobre pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao. Dicho factor comprende la vida religiosa de la familia, la frecuencia de asistencia a misa, la relación que el evaluado tiene con Dios, el tiempo

que le brinda a Dios. Los resultados obtenidos nos muestran que el 36% se encuentra en la categoría de **tendencia a Baja Calidad de Vida** y el 8% se encuentra en una **mala Calidad de Vida**, donde los evaluados manifiestan su baja creencia, relación y apoyo con Dios.

Con respecto a nuestro séptimo **objetivo específico**, sobre determinar el nivel de satisfacción en **salud** en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao. El factor salud está conformada por salud física y psicológica, la primera es referente a los otros miembros de la familia nuclear y lo comprende el factor de salud. Se obtiene como resultado que un 44% se categoriza en una **Mala Calidad de Vida** y el 18% se encuentra en una **tendencia de Calidad de Vida buena**. Lo cual indica que existe una alta tendencia en los evaluados que se presentan problemas de índole físico y psicológico en los evaluados y sus miembros que conforman la familia.

4.4. Conclusiones

- El nivel de Calidad de vida predominante en los pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao, se encuentra en la categoría con **tendencia a baja Calidad de Vida**.
- El nivel de Hogar y bienestar económico como factor de la Calidad de Vida en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao, se considera en **Tendencia a Calidad de Vida buena y Calidad de Vida óptima**.
- El nivel de Amigos, vecindario y comunidad como factor de la Calidad de Vida en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao, se considera en **Mala calidad de Vida**.
- El nivel de Vida familiar y familia extensa como factor de la Calidad de Vida en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao, se considera en **Calidad de Vida óptima**.

- El nivel de Educación y ocio como factor de la Calidad de Vida en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao, se considera en **Tendencia a Calidad de Vida buena.**
- El nivel sobre medios de comunicación como factor de la Calidad de Vida en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao, se considera en **Calidad de Vida óptima.**
- El factor Religión como factor de la Calidad de Vida en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao, se considera mediante la categoría **Tendencia a baja Calidad de Vida.**
- El nivel de salud como factor de la Calidad de Vida en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao, se considera en **Mala Calidad de Vida.**

4.5. Recomendaciones

En base a los resultados y las conclusiones obtenidas se establecerán las siguientes recomendaciones.

- Se recomienda diseñar un programa de intervención en la cual participen los pacientes y sus familiares, para ser parte de la mejora continua respecto a la calidad de vida, incluyendo los siete factores, los cuales son: Hogar y bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y familia extensa, educación y ocio, medios de comunicación, religión y salud en los pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao.
- Brindar y promover los conocimientos adquiridos en el programa de intervención, para facilitar ayuda necesaria e idónea en beneficio de los pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao.

- Implementar en el servicio de Nefrología del hospital nacional del distrito del Callao el programa de intervención de manera gratuita a favor de los pacientes.
- Aplicar la evaluación de la Calidad de Vida a los pacientes crónicos renales ambulatorios y como parte de la mejora continua derivarlos hacia el programa de Calidad de Vida.

CAPITULO V

PROGRAMA DE INTERVENCION

5.1. Denominación del programa

Rescatando la satisfacción en la calidad de vida de los pacientes crónicos renales ambulatorios, volviendo a vivir te ayuda a sonreír.

5.2. Justificación del programa

Según la investigación ejecutada sobre calidad de vida en pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del Callao, ésta indica que el 56% se encuentra en la tendencia a baja calidad de vida, donde involucra como factores predominantes a la salud y la región; en el primer factor se considera oportuno intervenir hacia la aceptación de los cambios en salud física y psicológica de los pacientes, así como su familia nuclear, otro factor el cual se ve involucrado por poseer los indicadores en tendencia baja es el de religión donde mediante el presente programa se establecerán medidas para la mejora del paciente en los dos factores relevantes de observación.

Cabe señalar que la calidad de vida en los pacientes es una problemática a nivel mundial, dado que se relaciona con la satisfacción que posee la persona y es valorada de acuerdo a la consideración que el ser humano le otorgue, dicha estimación se relaciona con la importancia de la calidad de vida en los pacientes crónicos renales puesto que al mejorar la satisfacción en su calidad de vida se estaría contrarrestando las consecuencias de los síntomas físicos, relaciones sociales, la manera de interactuar con el medio, la relación con la comunidad y familia reduciendo el impacto en los cambios emocionales del paciente, entre otros que podrían afectar de manera directa o indirecta en la calidad de vida.

Los pacientes crónicos renales se encuentran cursando por una serie de cambios físicos, los cuales involucran sus hábitos, costumbres y sus

esferas emocionales, durante el proceso de adaptación de la enfermedad y el tratamiento de hemodiálisis.

Con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente crónico renal se establecen actividades plasmadas en el presente programa de intervención, los cuales pretenden tener como resultado la satisfacción en la calidad de vida de los pacientes crónicos renales, mediante el fortalecimiento emocional, afrontamiento de la enfermedad eligiendo como hacer frente a la situación en la cual se encuentran, promoviendo el autocuidado, así como una nueva oportunidad de vivir con calidad.

5.3. Establecimiento de objetivos

5.3.1. Objetivo General:

Aumentar la satisfacción de la calidad de vida de los pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao.

5.3.2. Objetivos específicos:

Disminuir el número de pacientes con tendencia a baja calidad de vida.

Orientar al paciente con enfermedad crónica renal para el afrontamiento y asimilación de los cambios emocionales.

Promover el autocuidado en los pacientes crónicos renales.

Establecer la interacción con el entorno del paciente crónico renal.

5.4. Sector al que se dirige

El presente programa está dirigido a los pacientes crónicos renales ambulatorios que son atendidos en un hospital nacional del Callao, los cuales no poseen con una óptima calidad de vida.

5.5. Establecimiento de conductas problemas - conductas metas

Conductas problemáticas:

Tras los hallazgos encontrados en la investigación, sobre calidad de vida en los pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao, se refleja que el 56% de dichos pacientes se considera en la categoría: Tendencia a baja calidad de vida, los cuales se presentan mediante cambios físicos, emocionales y problemas comportamentales que afectan la calidad de vida, siendo los siguientes:

- Pacientes que muestran frustración, angustia, depresión y apatía por padecer de una enfermedad crónica.
- Ausencia en el autocuidado y satisfacción.
- Falta de interacción con las personas, pérdida del sentido de vida, no encontrar un para que en la vida.

Conductas metas:

Una vez concluido el programa de intervención se busca que los pacientes crónicos puedan cumplir con las siguientes conductas:

- Pacientes que eligen como estar ante su padecimiento, con nuevas perspectivas ante su enfermedad.
- Capacidad de afronte y aceptación a sí mismo en los pacientes con enfermedad crónica renal.
- Pacientes los cuales asistan a todos sus tratamientos de hemodiálisis.

5.6. Metodología de la intervención

La metodología de intervención para el desarrollo del programa de intervención, se realizará bajo los siguientes parámetros:

Número de sesiones:	Ocho a desarrollar, una sesión semanal.
Duración:	120 minutos por cada sesión.
Número de personas:	15 personas por sesión.
Días en la semana a desarrollar las sesiones:	Dos veces a la semana.
Lugar:	Sala de formación que corresponde al hospital nacional del distrito del Callao.
Financiamiento:	Autofinanciado.
Metodología:	Dinámica, participativa, diálogo constante, trípticos, presentaciones en power point y material didáctico.

5.7. Instrumentos / material a utilizar

Los materiales a utilizar en el programa, serán autofinanciados y entregados a los pacientes crónicos renales:

- Laptop
- Hojas de colores, papel bond
- Sillas
- Proyector
- Sala de capacitación.
- Lapiceros, colores, crayolas, plumones de diferentes colores.
- USB y parlante inalámbrico.
- Suvenir, bocaditos, manualidades.

5.8. Actividades

Sesión 01

1. Nombre del Taller	Información y orientación sobre Calidad de Vida
----------------------	---

2. Objetivo	Aumentar la satisfacción en calidad de vida de los pacientes crónicos renales ambulatorios.
3. Duración	120 minutos
4. Actividades	
4.1. Inicio	<p>Presentación y descripción del taller, donde se explicará a los participantes los conceptos sobre salud y calidad de vida interactuando con ellos sobre ejemplos del día a día relacionados a los conceptos principales del programa de intervención, se dará la indicación sobre las sesiones a realizarse y los objetivos del taller. Dinámica rompe hielo llamada “La palabra secreta” para la presentación de los pacientes crónicos renales.</p>
4.2. Desarrollo	<p>Se dividirán tres (03) equipos de quince (15) pacientes, donde se distribuirá cinco papeles por cada equipo, cada hoja contendrá una palabra: calidad, satisfacción, vida, salud, bienestar, esperanza, pacientes, etc.</p> <p>En síntesis se hará recordar a los participantes sobre los conceptos las palabras anteriormente indicadas.</p> <p>Posteriormente se formarán los equipos y se realizará la entrega del material de trabajo, dándose la consigna de cómo se realizará el ejercicio, siguiendo las pautas: los participantes retirarán uno de los papeles los cuales contienen</p>

4.3. Cierre	<p>una palabra descrita y cada uno comentará el significado que eso le atribuye como ser humano. Enseguida el equipo elige uno de los papeles descritos y realizará un lema en relación a la palabra elegida.</p> <p>De manera general cada equipo se presentará, indicando el nombre de sus integrantes y el lema elegido.</p> <p>Fin de la presentación</p>
5. Materiales	<p>Al cierre de la presentación se brindará a los participantes un material de lectura, el cual esta descrito en el anexo dos (02) sesión uno (01), sobre la actitud hacia la vida, de lo cual será el tema a tratar en el próximo taller. Asimismo se indicará a los participantes su asistencia en la próxima sesión.</p> <p>Cinta adhesiva</p> <p>Papeles</p> <p>Lapiceros</p>
6. Bibliografía	<p>Ángeles Noblejas de la Flor e Isabel Rodríguez Fernandez. (2005). <i>Logoterapia, una ayuda para afrontar la adversidad</i>. Aloma: revista de psicología, ciencias de l'educació i de l'esport Blanquera, 16, 105-116.</p>

Sesión 02

1. Nombre del Taller	Actitudes ante la vida
----------------------	------------------------

2. Objetivo	Aumentar la satisfacción en calidad de vida de los pacientes crónicos renales ambulatorios.
3. Duración	120 minutos
4. Actividades	
4.1. Inicio	<p>Presentación del psicólogo y explicar sobre las actitudes hacia la vida, capacidad de afronte que tiene el ser humano ante una situación crítica.</p> <p>Dinámica sobre actitud hacia la vida:</p> <p>Todos los participantes deberán realizar un círculo, acto seguido se señalará en cada grupo el lugar de una persona y se elige a un participante, quién se dirigirá hacia donde esa persona se encuentra, pero bajo la consideración de encontrarse molesto por salir del lugar que le correspondería. Nuevamente se señalará a cualquier persona que se encuentra al frente y se realiza el intercambio de lugar, esta vez mirando hacia abajo, se vuelve hacer el cambio de lugar considerando que la persona cuenta con mucha prisa, con cuidado de no lastimar a las otras personas de tu alrededor y en caso se haya lastimado alguien se deberá pedir las disculpas mediante un abrazo fraternal. Posteriormente se les dirá a dos personas quienes se encuentren al lado los aspectos positivos que pueda visualizar en él.</p>
4.2. Desarrollo	<p>El psicólogo hablará sobre la actitud empática, positiva y asertiva que deberán tener los pacientes</p>

hacia la vida, logrando así poder mejorar su calidad.

Fin de la presentación

Dinámica grupal de relajación, donde se aporta las vivencias ocurridas en el taller, cómo reaccionarían los participantes ante una situación que les ocasiona incomodidad y la actitud que eligen para afrontar el problema; de fondo se coloca un video auditivo para los participantes.

4.3. Cierre

Nombre: Música para relajarse.

Resumen: La melodía, por el impacto en las respuestas fisiológicas, está encaminadas a responder favorablemente ante estímulos emocionales.

Tiempo de duración: 3'19"

Link:

https://www.youtube.com/watch?v=m4WHRi5xs_Q

5. Materiales

-

Sesión 03

1. Nombre del Taller	Interactuando
----------------------	---------------

2. Objetivo	Aumentar la satisfacción en calidad de vida de los pacientes crónicos renales ambulatorios.
3. Duración	120 minutos
4. Actividades	
4.1. Inicio	<p>El psicólogo realizará la presentación del taller “Interactuando” donde el conocimiento es un modo de presencia; un modo de relación (sujeto - objeto); un modo de actividad.</p> <p>Se le otorgará a todos los participantes una hoja de papel A-5, donde de manera individual confeccionarán un cono de papel (similar a los conos de helado, dejando un ancho extremo y otro angosto) Cada participante caminará diferentes objetos que se encuentran en la sala de capacitación mirando detenidamente el medio que lo rodea a través del cono de papel que desarrollo, intercambiando la vista, primero por la parte angosta y posteriormente por la parte ancha. Una vez hayan culminado la interacción, el psicólogo le realizará las siguientes interrogantes:</p> <p>¿Cuáles son las sensaciones al mirar por uno y otro lado?</p> <p>¿Qué emociones pudieron percibir?</p> <p>Fin de la presentación</p>
4.2. Desarrollo	
4.3. Cierre	<p>El psicólogo retoma las conclusiones generales del taller, que se hubiesen efectuado por grupo y</p>

serán relacionadas con las ideas fuerzas que orientan el taller.

Asimismo se deja a los participantes en el anexo tres (03) una la lectura complementaria llamada “el anillo al rey” que profundizará el tema de aceptación, afronte hacia la vida, así como templar las emociones y aceptar que hay cosas que no se podrían cambiar.

5. Materiales

Hoja de papel A-5

6. Bibliografía

Graziano Paola. (2016-2019). El anillo del Rey. Barcelona. Psicología Estratégica. Recuperado de <https://psicologia-estrategica.com/el-anillo-del-rey/>

Sesión 04

1. Nombre del Taller	Calidad emocional
----------------------	-------------------

2. Objetivo	Orientar al paciente con enfermedad crónica renal para el afrontamiento y asimilación de los cambios emocionales.
3. Duración	120 minutos
4. Actividades	
4.1. Inicio	Presentación, conceptos sobre inteligencia emocional y su relación con la calidad de vida. Dinámica “Expresión en calidad emocional”: Se agruparán equipos de cinco participantes, encontrándose todos de pie y formando un círculo. Un participante se deberá de colocar en el medio del círculo, frente a la persona ubicada en la derecha del lugar que dejó vacío. El participante que se encuentra en el medio del círculo observará durante unos minutos a la persona que tiene en frente, mientras mira a la persona explorando que sentimientos le genera el contemplarla.
4.2. Desarrollo	Posteriormente se expresará lo que se siente sin palabras, por medio de contacto físico, lenguaje no verbal o dinámicas. Luego esto se repite con la siguiente persona y sucesivamente hasta regresar a su puesto en el círculo. El participante situado a su derecha ocupa el centro del círculo y realiza la misma dinámica, hasta que todos los participantes la hayan desarrollado de manera satisfactoria.

4.3. Cierre	<p>Cuando se termine, todos los participantes se sentarán en el círculo y compartirán las experiencias que obtuvieron.</p> <p>Se conversará con todos los participantes sobre las emociones positivas y negativas que se tienen, así como la importancia que es actuar con calidad emocional para así tener la mejor percepción de sí mismo. Asimismo se da la indicación de practicar una lectura dinámica sobre el “papel estrujado” anexo cuatro (04) con el objetivo que los participantes puedan identificar sus emociones y comentarlas en el próximo taller.</p> <p>Se agradecerá la asistencia a los participantes.</p>
5. Materiales	<p>Sillas</p> <p>Graziano Paola. (2016-2019). El anillo del Rey. Barcelona. Psicología Estratégica. Recuperado de https://psicologia-estrategica.com/el-papel-arrugado/</p>
6. Bibliografía	<p>Recuperado de https://psicologia-estrategica.com/el-papel-arrugado/</p>

Sesión 05

1. Nombre del Taller	Asertividad y calidad
----------------------	-----------------------

2. Objetivo	Aumentar la satisfacción en calidad de vida de los pacientes crónicos renales ambulatorios.
3. Duración	120 minutos
4. Actividades	
4.1. Inicio	<p>El psicólogo se presentará explicando el tema a trabajar en la sesión, recordando las pautas de grupo.</p> <p>Dinámica “Manejo de asertividad”</p>
4.2. Desarrollo	<p>Se hará entrega a cada participante de un globo inflado y un alfiler, donde la consiga para ganar es mantener el globo inflado por el lapso de un minuto.</p> <p>Durante la ejecución de la dinámica se observará que muchos de los participantes intentarán reventar el globo de algún compañero. Una vez se haya culminado el minuto se detendrán los participantes. Asimismo se indicará que la consigna era mantener el globo inflado por un minuto, más no reventar el globo del compañero.</p> <p>Por tal se indicará que si fuésemos asertivos no habría la necesidad de pasar por el otro, cuando todos podríamos ganar.</p>
4.3. Cierre	<p>Se realizarán preguntas sobre el tema explicado, con el objetivo de llegar a la conclusión del uso del estilo asertivo en sus relaciones interpersonales.</p>

Para ello se dará el plumón de pizarra a uno de los participantes y la persona pasará a escribir la idea sobre el estilo asertivo en los papelógrafos; luego el participante le dará el plumón a otro de sus compañeros para que se repita la actividad; así sucesivamente hasta que todos hayan escrito su idea en la pizarra.

En ese momento el psicólogo unirá las ideas e indicará una conclusión global.

Se agradecerá la asistencia a los participantes.

5. Materiales

Globos

Alfileres

Papelógrafos

Plumones

Sesión 06

1. Nombre del Taller	Interactúo contigo
----------------------	--------------------

2. Objetivo	Orientar al paciente con enfermedad crónica renal para su interacción con el entorno.
3. Duración	120 minutos
4. Actividades	
4.1. Inicio	Presentación y explicación sobre el taller interactúo contigo. Dinámica “el espejo de interacción”: En dos filas al frente, cada persona observa a su pareja de pies a cabeza. En primera instancia de frente, luego de perfil y al último de espaldas.
4.2. Desarrollo	Uno de ellos simulara ser el espejo y la otra persona realizará ante él una serie de expresiones desde las positivas como alegría, carismático, sonriente; hasta las negativas, molestia, incomodidad, tristeza. Después de un momento se cambian de roles. Se conversará con todos los participantes sobre la importancia de la interacción y el conocerse unos a otros.
4.3. Cierre	El psicólogo realizará una ronda de preguntas sobre la interacción de unos a otros: <ul style="list-style-type: none">• Escucho a la persona que me está hablando• Trato de procesar y analizar la información dada.• Respiro y digo lo que opino

-
- Digo a la persona que entiendo lo que desea o lo que piensa, pero yo tengo otra idea opuesta.
 - Agradezco que me haya escuchado.

Se agradecerá la asistencia a los participantes.

5. Materiales

Sillas

Sesión 07

1. Nombre del Taller	Plan de vida
----------------------	--------------

2. Objetivo	Aumentar la satisfacción en calidad de vida de los pacientes crónicos renales ambulatorios.
3. Duración	120 minutos
4. Actividades	<p>El psicólogo se presentará el tema sobre plan de vida, donde hará referencia que cada persona es constructora de su vida y es el entono parte de los elementos que permiten dicha construcción. Asimismo resaltará que la autonomía se demuestra tomando las decisiones que corresponden y asumiendo las consecuencias que la derivan.</p> <p>Dinámica “Plan de Vida”</p> <p>Se formarán grupos de cinco participantes, donde se les entregará los carteles con frases que indican lo siguiente: “Si no planificas tu vida, la vida se encargará de planificar tu fracaso”</p> <p>4.1.</p> <p>4.2. Inicio</p> <p>4.3. Desarrollo</p> <p>Los representantes de grupo tendrán la consigan de leer la frase descrita en el cartel y expresar su análisis crítico delante de los demás participantes. Sucesivamente cada representante brindará su apreciación hacia todos los miembros, comparando los análisis anteriores con cada concepto indicado.</p> <p>4.4. Cierre</p> <p>Se realizará una retroalimentación sobre el tema trabajado “plan de Vida” Donde se dejará una actividad para presentar en el próximo taller.</p>

Cada participante deberá escribir en tiras de papel ideas y conceptos referentes a calidad de vida, como por ejemplo: Hacer lo que me gusta, conocer sitios nuevos, pasar tiempo en familia, tiempo libre con actividades divertidas, tener proyectos de futuro, disponer de mi propio dinero, sentirme bien físicamente, etc.

En la próxima sesión deberán llevar las tiras de papel ordenadas según la importancia de su vida, en referencia se deja el anexo 03.

Se agradecerá la asistencia a los participantes.

5. Materiales

Carteles con frases
Plumones

Sesión 08

1. Nombre del Taller	Resiliencia en la calidad de vida
----------------------	-----------------------------------

2. Objetivo	Pacientes los cuales asistan a todos sus tratamientos de hemodiálisis.
3. Duración	120 minutos
4. Actividades	
4.1. Inicio	<p>El psicólogo se presentará explicando el tema a trabajar en la sesión, recordando las pautas de grupo.</p> <p>Dinámica “Enredados ”:</p> <p>El psicólogo pedirá que los participantes formen grupos y cada grupo a su vez formará un círculo. Una vez formados el psicólogo pasara una cinta elástica alrededor de los brazos y muñecas de cada participante del grupo.</p>
4.2. Desarrollo	<p>Luego se dará la indicación de desenredarse para que todos los miembros del grupo puedan liberarse. Con dicha dinámica pretenderá ser resiliente a los problemas como:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cambio de roles• Positivo y negativo• Carga emocional
4.3. Cierre	<p>Al finalizar se explicará al grupo sobre los conflictos que en este caso representaba la cinta y las formas de superarlos buscando soluciones en los cuales todos puedan salir ganando.</p> <p>Asimismo se les hará entrega a los participantes de una encuesta de satisfacción del programa</p>

con el objetivo que tomar en consideración los puntos críticos y mejora continua.

Se agradecerá la asistencia de los pacientes.

5. Materiales

Cinta elástica

BIBLIOGRAFÍA

- Alvirdez, G. (2008). Calidad de vida: un caleidoscopio. (2008). Revista de la Universidad del Valle de Atemajac, (51), 1-85. Recuperado de: <http://revista.univa.mx/n51/Art.JorgedelPozoMarx.html>
- Anguera, M. T., Arnau, J., Ato, M., Martínez, R., & Pascual, J. V. G. (1995). Métodos de investigación en psicología.
- Aponte, V. (2015). Calidad de vida en la tercera edad (Tesis de Licenciatura). Universidad Católica Boliviana, La Paz, Bolivia.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. Revista Latinoamericana de psicología, 35(2), 161-164.
- Arias, F. (2006). El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica. (5ª. ed.) Caracas - Venezuela: Episteme
- Benítez, J.M. (2009). Calidad de vida y funcionalidad en la depresión. SEMERGEN. 35 (1), 50-56. Barcelona. España.
- Campbell, A. (1981) The sense of well-being in america. McGraw-Hill, New York: Russell Sage Foundation. 61 (4), 332-333.
- Carmines, E. G., & Zeller, R. A. (1979). Reliability and validity assessment (Vol. 17). Sage publications.
- Castañeda, E., & Seminario sobre Calidad de Vida, Organización Social y Opinión Pública. (1988). Calidad de vida y cambio: Las reformas institucionales y la opinión pública. Caracas, Venezuela: Editorial Texto.
- Castellón A, Romero V. (2004). Autopercepción de la calidad de vida. Revista Multidisciplinar Gerontol. 14(3),131-7.
- Cegarra, A. M. (1986). Notas conceptuales sobre: modo de vida, calidad de vida, nivel de vida, género y estilo de vida. Economía y ciencias sociales. Caracas, Venezuela 25 (1), 93-103.

- Dennis, R., Williams, W., Giangreco, M., & Cloninger, C. (1994). Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad. *Siglo cero*, 25(155), 5-18.
- Diario Andina. (2016). Esperanza de vida de peruanos aumentaría hasta en 5 años al 2040. *Diario Andina*. Obtenido de <https://andina.pe/agencia/noticia-esperanza-vida-peruanos-aumentaria-hasta-5-anos-al-2040-728752.aspx>
- Diario Correo. (2018). Lima es una de las ciudades con más baja calidad de vida en Sudamérica. *Diario Correo*. Obtenido de <https://diariocorreo.pe/peru/lima-es-una-de-las-ciudades-con-mas-baja-calidad-de-vida-en-sudamerica-810373/>
- Diario Semana económica. (2018). IBT Group, gestor de hospitales de Essalud: No hay privatización de la sanidad. *Diario Semana económica*. Obtenido de <http://semanaeconomica.com/article/sectores-y-empresas/salud/324237-ibt-group-gestor-de-hospitales-de-essalud-no-hay-privatizacion-de-la-sanidad/>
- ESAN. (2016). Los diferentes conceptos de calidad en salud. Conexión ESAN. Obtenido de <https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2016/05/los-diferentes-conceptos-de-calidad-en-salud/>
- Evaluación de la Calidad de Vida, Grupo WHOQOL, 1994. ¿Por qué Calidad de Vida?, Grupo WHOQOL. En: *Foro Mundial de la Salud*, OMS, Ginebra, 1996
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in developmental disabilities*, 16, 51 - 74.
- Ferrans, C. E. (1990b). Quality of Life: Conceptual Issues. *Seminars in Oncology Nursing*, 6 (4), 248 - 254.
- García, M. & Rodríguez, N. (2005). La noción de calidad de vida desde diversas perspectivas. *Revista de investigación*, 57, 49-68.

- Gilabert, A. (2015). La calidad de vida relacionada con la salud de los niños con parálisis cerebral infantil: grado de acuerdo entre hijos y padres (Tesis doctoral). Universitat Ramon Llull, Barcelona, España.
- Gómez, M., & Sabeh, E. (2001). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Recuperado de: <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>.
- Grimaldo, M. (2003). Manual técnico de la escala de calidad de vida de Barnes y Olson. Lima: Universidad de San Martín de Porres.
- Grimaldo, M. (2009). Calidad de vida en estudiantes de secundaria de la ciudad de Lima. *Informes Psicológicos*, 11(12), 33-47.
- Grimaldo, M. (2009). Calidad de vida y afectos en escolares de Lima. Documento presentado en el XXXII Congreso Interamericano de Psicología, 29 de julio-2 de agosto 2009 (pág. 445). Guatemala: Sociedad Interamericana de Psicología.
- Grimaldo, M. (2012). Estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud. *Psicología y Salud*, 22(1), 75-87.
- HAYES, B. (1999). Diseños de encuestas, usos y métodos de análisis estadístico. México: Edit.Oxford.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., & Batista, P. (2010). Metodología de la Investigación.(5ta. Edición). México: Editorial Mc Graw Hill. Campos, W.(2010). Apuntes de Metodología de la Investigación Científica.
- Hollanflsworth Jr. (1988) Evaluating the impact of medical treatment on the quality of life: A 5-year update. *Social Science and Medicine*, 26, 425-434.
- INEI. (2015). Esperanza de vida de población peruana aumentó en 15 años en las últimas cuatro décadas. INEI, 188, 2.
- INEI. (2018). Condiciones de Vida en el Perú. INFORME TÉCNICO, 4, 84.

- Kerlinger, F. N., Lee, H. B., Pineda, L. E., & Mora Magaña, I. (2002). Investigación del comportamiento.
- Lozada, D. (2017). Clima social familiar y calidad de vida en trabajadores de una empresa privada de Lima Metropolitana (Tesis de Licenciatura). Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú.
- Marilia, Terezinha, Faganello, Gaffuri, Sedrez, Silva & Furlan (2018). Saúde mental e qualidade de vida de pessoas idosas. *Avances en Enfermería*, 36 (3), 302-310.
- MINSA. (2017). Hospital Cayetano Heredia realiza trasplante de riñón a paciente número 100. MINSA, 010, 2.
- MINSA. (2017). Pacientes del Hospital Cayetano trasplantados de riñón tienen ahora una mejor calidad de vida. Ministerio de Salud. Recuperado de: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/14337-pacientes-del-hospital-cayetano-trasplantados-de-rinon-tienen-ahora-una-mejor-calidad-de-vida>
- Miranda, I. (2015). Calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y sus familias atendidos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital Nacional de Chiquimula. Guatemala 2014 (Tesis de Posgrado). Universidad Rafael Landívar, La antigua Guatemala, Guatemala.
- Nava, G. (2012). La calidad de vida: Análisis multidimensional. *Revista de Enfermería Neurológica*, 11(3), 129-137.
- Olson D., & Barnes, H. (1982). Calidad de Vida. (paper).
- OMS. (2014). Envejecer bien, una prioridad mundial. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/es/>

- OMS. Statement developed by WHO Quality of Life Working Group. Publicado en el Glosario de Promoción de la Salud de la OMS 1998. OMS/HPR/HEP/98,1 Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1994.
- OPS. (2014). Crece el número de enfermos renales entre los mayores de 60 años con diabetes e hipertensión. Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=2636:crece-numero-enfermos-renales-entre-mayores-60-anos-diabetes-hipertension&Itemid=900
- OPS. (2016). El diagnóstico oportuno puede mejorar la calidad de vida de una persona que cursa una enfermedad no transmisible. Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de https://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=1563:el-diagnostico-oportuno-puede-mejorar-la-calidad-de-vida-de-una-persona-que-cursa-una-enfermedad-no-transmisible&Itemid=255
- OPS. (2017). La esperanza de vida en las Américas aumenta a 75 años. Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13722:life-expectancy-in-the-americas-increases-to-75-years&Itemid=1926&lang=es
- Organización Mundial de la Salud (1998). Glosario de Promoción de la Salud (1ra Ed.) Ginebra, Suiza.
- Ortiz, Z. y Pueyrredón, C. (2000). Calidad de vida relacionada con la salud. Sesión pública ordinaria de la Academia Nacional de Medicina. 78(1), 121-129
- Ramírez, T. (1997). Cómo hacer un proyecto de investigación. Caracas, Venezuela: Panapo.
- Reyes, P. (2017). Satisfacción con la vida y calidad de vida laboral (Tesis de Posgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

- Rodríguez, R. C. (2014). La mejora de la Calidad de Vida del Paciente en Estadio Terminal. UVS Fajardo, 1(1), 1-6.
- Rodríguez, S. (2014). Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso. Miramar, 2012 (Tesis de Licenciatura). Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.
- Rosillo, E. (2017). Relación entre satisfacción vital y la calidad de vida del adulto mayor del caserío de Realengal - Tumbes, 2016 (Tesis de Licenciatura). Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Tumbes, Perú.
- Sabino, C. A. (1992). El proceso de investigación 1(4),1-88. Buenos Aires. Argentina.
- Sarshar, G. (2017). Estilos de humor y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Smith, K., Avis, N. y Assmann, S. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: a meta-analysis. Quality of Life Research, 8, 447-459
- Summers, J. A., Poston, D. J., Turnbull, A. P., Marquis, J., Hoffman, L., Mannan, H., & Wang, M. (2005). Conceptualizing and measuring family quality of life. Journal of intellectual disability research, 49(10), 777-783.
- Tamayo. (2003). El proceso de la investigación científica, 4, 110-172.
- The World Health Organization Quality of Life assessment (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social Science and Medicine, 41(10):1403-1409.
- Trespacios, J.A.; Vázquez, R.; Bello, L. (2015): Investigación de mercados: Métodos de recogida y análisis de la información para la toma de decisiones en marketing. Thomson, Madrid.

Urzúa M, Alfonso, y Caqueo-Urizar, Alejandra. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica. *Terapia psicológica*, 30 (1), 61-71. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>

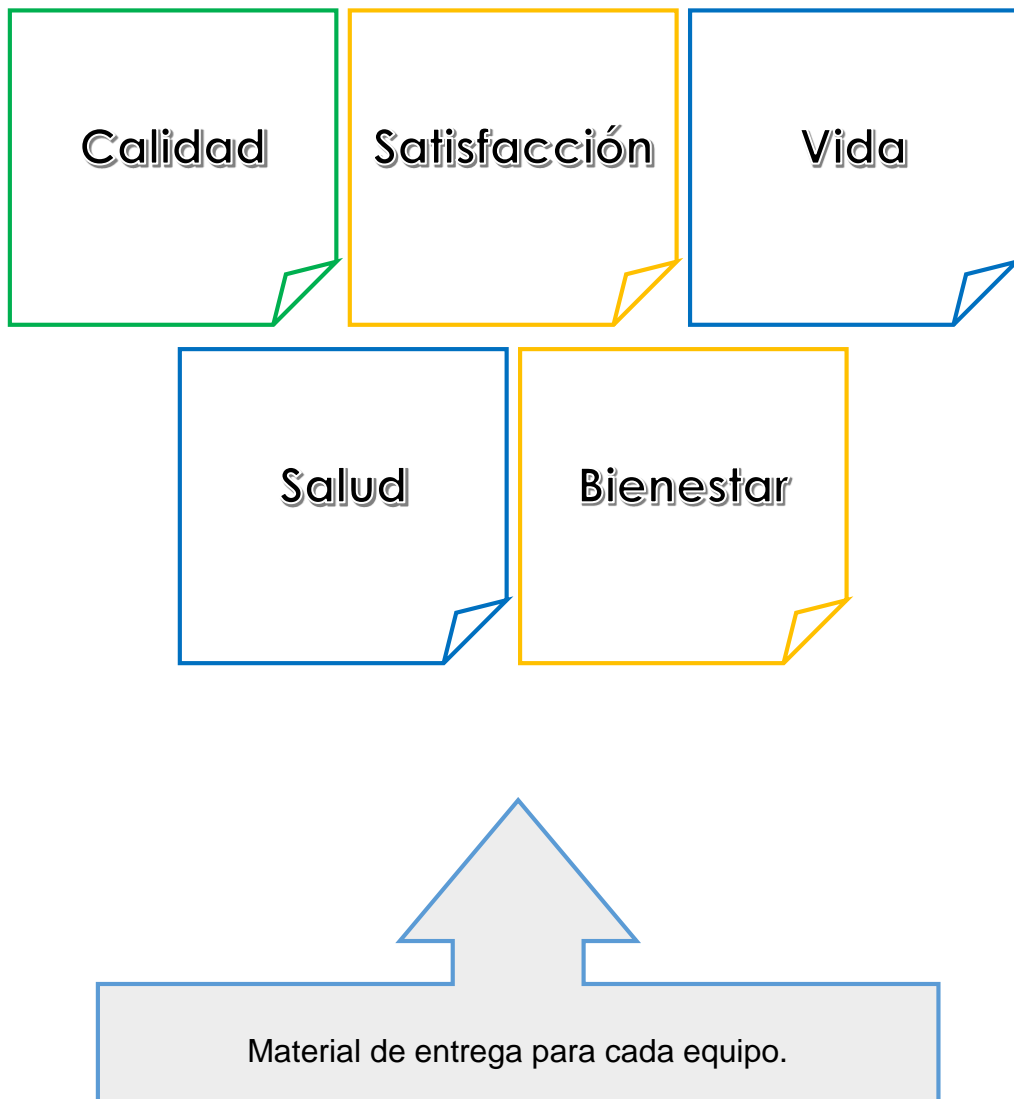
Vargas, I. (2014). Calidad de vida relacionada con salud y redes de apoyo social en adultos mayores chilenos (Tesis de Doctorado). Universidad D Salamanca, Salamanca, España.

Velarde, S. (2018). Calidad de vida en pacientes atendidos en el área de Psicología del Hospital General Arzobispo Loayza de Lima Metropolitana (Tesis de Licenciatura). Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima, Perú.

World Health Organization. (1948). Constitution.

ANEXOS

ANEXO 01: Sesión 01 – Información y orientación sobre calidad de vida



ANEXO 02: Sesión 01 – Actitud hacia la vida

“ACTITUD HACIA LA VIDA”

Las personas contamos con valores de actitud que se enfocan en darnos a elegir la postura con la cual vas a vivir y afrontar la vida tanto en aspectos vigorosos, como en los momentos de crisis, de acuerdo a los puntos de quiebre, circunstancias adversas, eventos negativos, el ser humano podrá elegir siempre la actitud de cómo afrontarla.

Esta elección es libre para cada ser humano nunca se pierde, permanece intacta, pero hace falta ser consciente para asumirla y manifestarla. La actitud hacia una enfermedad, un evento adverso o en su defecto hacia la muerte de un ser querido.

No obstante, **la actitud a elegir debe ser en torno a situaciones que vivimos**, donde también puede optarse por una actitud positiva al expresar las emociones, apreciar a un ser humano, valorar tu trabajo, valorarte a ti mismo he ahí donde radica el sentido de vida de cada ser humano.



ANEXO 03: Sesión 03 - Cuento “El anillo al rey”

“EL ANILLO AL REY”

Una vez, un rey reunió a los sabios de su corte y les dijo: - "He mandado hacer un precioso anillo con un diamante. Quiero guardar, oculto dentro del anillo, algunas palabras que puedan ayudarme en los momentos difíciles. Tiene que ser pequeño, de tal forma que quepa debajo del diamante de mi anillo". Todos aquellos que escucharon los deseos del rey, eran eruditos que podían haber escrito grandes tratados... pero ¿pensar un mensaje que contuviera dos o tres palabras y que copará debajo de un diamante de un anillo? Muy difícil. El rey tenía muy próximo a él, un sirviente muy querido. Este hombre, que había sido también sirviente de su padre, y había cuidado de él cuando su madre había muerto. El rey, por esos motivos, también lo consultó. Y éste le dijo: - "No soy un sabio, ni un erudito, pero conozco el mensaje" - "¿Cómo lo sabes preguntó el rey"?



“Durante mi larga vida en Palacio, me he encontrado con todo tipo de gente, y en una oportunidad me encontré con un maestro, yo lo acompañe hasta la puerta para despedirlo y como gesto de agradecimiento me dio este mensaje”. En ese momento el anciano escribió en un diminuto papel el mencionado mensaje. Lo dobló y se lo entregó al rey. - “Pero no lo leas”, dijo. “Mantenlo guardado en el anillo. Ábrelo sólo cuando no encuentres salida en una situación”. Ese momento no tardó en llegar, el país fue invadido. Estaba huyendo a caballo para salvar su vida, mientras sus enemigos lo perseguían. En un momento, llegó a un lugar donde el camino se acababa, y frente a él había un precipicio y un profundo valle. Caer por él, sería fatal. Podía escuchar el trote de los caballos, las voces, la proximidad del enemigo. Fue entonces cuando recordó lo del anillo. Sacó el papel, lo abrió y allí encontró un pequeño mensaje tremendamente valioso para el momento... Simplemente decía “ESTO TAMBIEN PASARÁ”.



En ese momento fue consciente que se cernía sobre él, un gran silencio. Los enemigos que lo perseguían debían haberse perdido en el bosque, o debían haberse equivocado de camino. Pero lo cierto es que lo rodeó un inmenso silencio. Ya no se sentía el trotar de los caballos. El rey se sintió profundamente agradecido al sirviente y al maestro desconocido. Dobló el papel, volvió a guardarlo en el anillo, reunió nuevamente su ejército y reconquistó su reinado. Días después el anciano estaba a su lado y le dijo: - "Apreciado rey, ha llegado el momento de que leas nuevamente el mensaje del anillo" - "¿Qué quieres decir?", preguntó el rey. "Ahora estoy viviendo una situación de euforia y alegría, las personas celebran mi retorno, hemos vencido al enemigo". - "Escucha", dijo el anciano. "Este mensaje no es solamente para situaciones desesperadas, también es para situaciones placenteras. No es sólo para cuando te sientes derrotado, también lo es para cuando te sientas victorioso. No es sólo para cuando eres el último, sino también para cuando eres el primero". El rey abrió el anillo y leyó el mensaje... "ESTO TAMBIEN PASARÁ"



Y, nuevamente sintió la misma paz, el mismo silencio, en medio de la muchedumbre que celebraba y bailaba. El rey pudo terminar de comprender el mensaje. Lo malo era tan transitorio como lo bueno. Entonces el anciano le dijo: - "Recuerda que todo pasa. Ningún acontecimiento ni ninguna emoción son permanentes. Como el día y la noche; hay momentos de alegría y momentos de tristeza. Acéptalos como parte de la dualidad de la naturaleza porque son la naturaleza misma de las cosas."



ANEXO 04: Sesión 04 - Cuento “Papel estrujado”



“PAPEL ESTRUJADO”

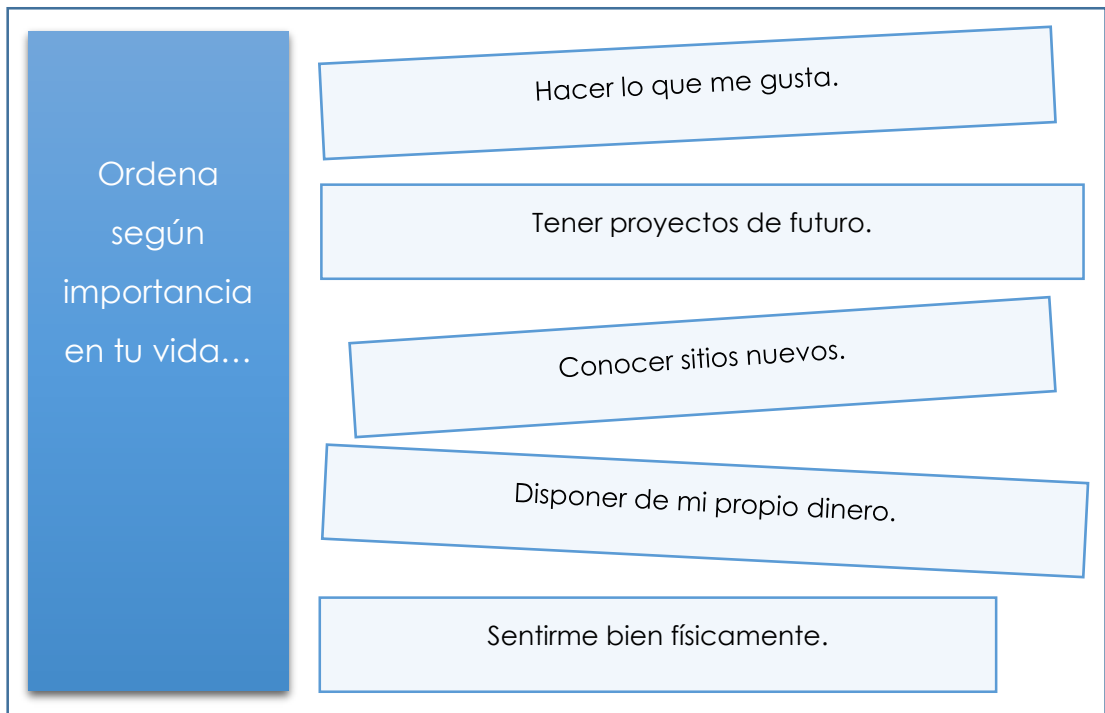
Contaba un predicador que, cuando era niño, su carácter impulsivo lo hacía estallar en cólera a la menor provocación. Luego de que sucedía, casi siempre se sentía avergonzado y batallaba por pedir excusas a quien había ofendido. Un día su maestro, que lo vio dando justificaciones después de una explosión de ira a uno de sus compañeros de clase, lo llevó al salón, le entregó una hoja de papel lisa y le dijo: ¡Arrúgalo!

El muchacho, no sin cierta sorpresa, obedeció e hizo con el papel una bolita. Ahora, volvió a decirle el maestro, déjalo como estaba antes. Por supuesto que no pudo dejarlo como estaba. Por más que trataba, el papel siempre permanecía lleno de pliegues y de arrugas.

Entonces el maestro manifestó: El corazón de las personas es como ese papel. La huella que dejas con tu ofensa será tan difícil de borrar como esas arrugas y esos pliegues.

Así aprendió a ser más comprensivo y más paciente, recordando, cuando está a punto de estallar, el ejemplo del papel arrugado

ANEXO 05: Sesión 07 – Plan de vida



Ordena según importancia en tu vida...

- Hacer lo que me gusta.
- Tener proyectos de futuro.
- Conocer sitios nuevos.
- Disponer de mi propio dinero.
- Sentirme bien físicamente.

The diagram consists of a large blue vertical rectangle on the left containing the text 'Ordena según importancia en tu vida...'. To its right are five light blue horizontal bars of varying lengths and orientations, each containing a life goal. The bars are arranged from top to bottom in the order listed in the bulleted list.

ANEXO 06: Sesión 08 – Encuesta de satisfacción del programa

Encuesta

Su opinión es muy importante para nosotros. Nos es sumamente útil para seguir organizando y mejorando el programa de intervención para pacientes crónicos renales.

Sírvase dedicar unos minutos a responder las preguntas, que figuran a continuación, marcando con una (X):

Valor de 1 a 5 (1 insatisfacción total, 5 satisfacción total)		
CONTENIDO DE LOS TALLERES	El contenido de los talleres han cubierto sus expectativas	① ② ③ ④ ⑤
	Los temas se han tratado con la profundidad que esperaba	① ② ③ ④ ⑤
METODOLOGÍA ORGANIZACIÓN	La duración del taller ha sido adecuada al programa.	① ② ③ ④ ⑤
	La metodología se ha adecuado a los contenidos	① ② ③ ④ ⑤
	Las condiciones ambientales (sala de capacitación, recursos utilizados) han sido adecuadas.	① ② ③ ④ ⑤
PROFESIONAL PSICOLOGO	El psicólogo domina la materia	① ② ③ ④ ⑤
	Los contenidos se han expuesto con la debida claridad	① ② ③ ④ ⑤
	Motiva y despierta interés en los participantes.	① ② ③ ④ ⑤

VALORACIÓN SUGERENCIAS	Los talleres recibidos mejoran mi calidad de vida	① ② ③ ④ ⑤
	Comentarios y/o sugerencias: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

¡Gracias por su tiempo!

ANEXO 07: Matriz de consistencia

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	METODOLOGÍA
<p>1. PROBLEMA GENERAL.</p> <p>¿Cuál es el nivel de satisfacción en calidad de vida de los pacientes crónicos renales ambulatorios en un hospital nacional del distrito del Callao?</p>	<p>1. OBJETIVO GENERAL.</p> <p>Determinar el nivel de satisfacción en la calidad de vida que presenten los pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao</p>	<p>1. POBLACIÓN</p> <p>La población está conformada por 50 pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao.</p>
<p>2. PROBLEMAS ESPECIFICOS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es el nivel de satisfacción en bienestar económico de los pacientes crónicos renales ambulatorios en un hospital nacional del distrito del Callao? - ¿Cuál es el nivel de satisfacción de amigos, vecindario y comunidad de los pacientes crónicos renales ambulatorios en un hospital nacional del distrito del Callao? - ¿Cuál es el nivel de satisfacción de vida familiar y familia extensa de los pacientes crónicos renales ambulatorios en un hospital nacional del distrito del Callao? - ¿Cuál es el nivel de satisfacción en educación y ocio de los pacientes crónicos renales ambulatorios en un hospital nacional del distrito del Callao? - ¿Cuál es el nivel de satisfacción en medios de comunicación hacia los pacientes crónicos renales ambulatorios en un hospital nacional del distrito del Callao? - ¿Cuál es el nivel de satisfacción en religión a los pacientes crónicos renales ambulatorios en un hospital nacional del distrito del Callao? - ¿Cuál es el nivel de satisfacción en salud de los pacientes crónicos renales ambulatorios en un hospital nacional del distrito del Callao? 	<p>2. OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicar el nivel de satisfacción en bienestar económico de los pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao - Describir el nivel de satisfacción de amigos, vecindario y comunidad de los pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao - Determinar el nivel de satisfacción de vida familiar y familia extensa de los pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao - Señalar el nivel de satisfacción en educación y ocio de los pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao - Describir el nivel de satisfacción en medios de comunicación hacia los pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao - Señalar el nivel de satisfacción en religión a los pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao - Indicar el nivel de satisfacción en salud de los pacientes crónicos renales ambulatorios atendidos en un hospital nacional del distrito del Callao. 	<p>2. MUESTRA</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50 pacientes crónicos de insuficiencia renal. <p>3. TÉCNICA DE LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA.</p> <p>No probabilística.</p> <p>4. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.</p> <p>Es una investigación de tipo descriptiva – transversal, de nivel aplicativo y no experimental.</p> <p>5. VARIABLE DE ESTUDIO</p> <p>Calidad de Vida</p>

ANEXO 08: Carta de presentación



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega

Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

Facultad de Psicología y Trabajo Social

Lima, 30 de Enero del 2019

Carta N° 226-2019-DFPTS

Doctora

NELLY SEMINARIO

JEFA DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA

HOSPITAL ALBERTO L. BARTON THOMPSON

Presente.-

Luego de recibir mis saludos y muestras de respeto, presento a la señorita **Jennyfer Leyla GRADOS CADENAS**, Bachiller de la Carrera Profesional de Psicología de nuestra Facultad, identificada con código 72-0505040, quien desea realizar una muestra representativa de Investigación en la Institución que usted dirige; para poder así optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología, bajo la Modalidad de Suficiencia Profesional.

Agradezco la atención a la presente carta y renuevo mis cordiales saludos.

Atentamente,



Dr. RAMIRO GÓMEZ SALAS
Decano (e)
Facultad de Psicología y Trabajo Social

ROS/wh
Id. 1020746

Hospital Alberto Barton Thompson
Dra. Nelly Roberto Seminario Alegre
Médico Nefrólogo
C.O.P. N° 114.000

ANEXO 09: Test Calidad de Vida adaptada por Grimaldo Muchotrigo

ENCUESTA

Sexo: F M

Edad:

Estado Civil:

Grado de Instrucción:

Fecha:/...../2019

Instrucciones:

A continuación, le presentamos oraciones referidas a diferentes aspectos de tu vida. Lea cada una de ellas y marca con una (X) la alternativa que consideres conveniente.

Recuerda que no hay respuestas correctas, ni incorrectas.

1: Insatisfecho

4: Bastante satisfecho

2: Un poco satisfecho

5: Completamente satisfecho

3: Más o menos satisfecho

Item	Que tan Satisfecho estás con:	1 Insatisfecho	2 Un poco satisfecho	3 Más o menos satisfecho	4 Bastante satisfecho	5 Completamente satisfecho
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					
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.)					
10	Tu familia					

Item	Que tan Satisfecho estás con:	1 Insatisfecho	2 Un poco satisfecho	3 Mas o menos satisfecho	4 Bastante satisfecho	5 Completamente satisfecho
11	Tus hermanos					
12	El número de hijos en tu familia					
13	Tu relación con tus parientes (abuelos, tíos, primos...)					
14	Tu actual situación escolar					
15	El tiempo libre que tienes					
16	La forma como usas tu tiempo libre					
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					
21	La vida religiosa de tu familia					
22	La vida religiosa de tu comunidad					
23	Tu propia salud					
24	La salud de otros miembros de la familia					