

**“Calidad de Vida de las personas hemodializadas en un hospital de alta complejidad”**

---

Seminario Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería.

***AUTORES:***

*BÁRBARA ACEVEDO GODOY*

*SINDY BUSTAMANTE ESCOBAR*

*PALOMA BARROS FLORES*

*GONZALO PALACIOS ARISMENDI*

*CARLA ROJAS GALAZ*

*ANGELA SILVA OLAVE*

*VALERIA VERDEJO PACHECO*

**DOCENTE GUÍA:** PAULINA HURTADO ARENAS

## AGRADECIMIENTOS

El estudio desarrollado a continuación es el resultado de meses de trabajo, de un equipo de siete futuros profesionales enfermeros que han puesto su fuerza, tolerancia, tiempo, resiliencia, perseverancia, alegría, competencias y diferencias, para llevar a cabo un estudio que aporte a la disciplina y a la formación de enfermería.

Esta gran misión que hoy ha completado su proceso llenándonos de orgullo ha sido producto de la participación directa e indirecta de muchas personas. Es por lo anterior que los agradecimientos van dirigidos a todos aquellos que hicieron posible este valioso y exitoso estudio.

Brindamos gratitud a todos los que colaboraron en las diferentes etapas de elaboración de éste estudio. A la estadística de grupo WHOQOL de la OMS, Sibel Volkan quién nos facilitó la versión en español del instrumento utilizado, a las docentes de la escuela de enfermería de la Universidad de Valparaíso, Doña Paola Puebla, Doña Gabriela Monardes y a Don Cristóbal Rocco estudiante de quinto año de la carrera de ingeniería estadística de la Universidad de Valparaíso.

Por otra parte, agradecemos a nuestra docente guía Paulina Hurtado Arenas quien nos apoyó en las decisiones, nos reforzó y exigió con excelencia en los momentos que más necesitamos.

También queremos agradecer al hospital de alta complejidad médica Carlos Van Buren y a todos los funcionarios quienes facilitaron sus dependencias y entregaron parte de su tiempo para ayudarnos, como también a las personas hemodializadas a quienes les aplicamos el instrumento.

Finalmente queremos agradecer a nuestras familias quienes se han esforzado día a día para el cumplimiento de nuestras metas, nos han brindado su apoyo incondicional y nos recargan de amor y seguridad emocional para afrontar los momentos más difíciles.

## RESUMEN

Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, que identifica la calidad de vida en las personas hemodializadas en el año 2013, en la unidad de diálisis del hospital de alta complejidad médica Carlos Van Buren. La muestra está constituida por 38 usuarios de la unidad anteriormente descrita.

Se utiliza la metodología de recolección de datos mediante el cuestionario WHOQOL-BREF, de escala tipo likert. El instrumento es aplicado por los estudiantes tesistas y analizado estadísticamente a través de los programas “Software Epi Info™ 7.1.1.0” y “Microsoft Excel”.

En este estudio se concluye que la clasificación de calidad de vida global es de tipo *regular*, con un 57,8%, seguida de un 36,94% que tipifica su calidad de vida como *baja*, y un porcentaje muy por debajo de estos que clasifica su calidad de vida como *buena* con sólo un 5,26%.

Al finalizar el estudio se logró identificar que la CV a través de la satisfacción de sus dimensiones en las personas hemodializadas; es de regular a mala, destacándose las dimensiones física y relación social como las más afectadas, con una satisfacción baja y las dimensiones Psicológica y Ambiente como las mejores evaluadas con una satisfacción moderada.

**Palabras claves:** Calidad de vida, Persona hemodializada, Dimensiones.

## ABSTRACT

Transversal, descriptive and quantitative study that identifies the quality of life in people in treatment of hemodialysis in the year 2013, medical high complexity Carlos Van Buren hospital dialysis unit. The sample consists of 38 users of the above unit.

The methodology of data collection using the WHOQOL-BREF questionnaire scale likert-type is used. The instrument is applied by thesis students and statistically analyzed through programs “Software Epi Info™ 7.1.1.0” and “Microsoft Excel”.

In this study it is concluded that the classification of overall quality of life is of regular type, with 57.8%, followed by 36.94% which defines quality of life as low, and a percentage well below those that rated their quality of life as good with only 5.26%.

At the end of the study was identified that the quality of life (QL) through the satisfaction dimensions in people in treatment of hemodialysis, is regular to poor, emphasizing the physical dimensions and social relationship as the most affected, with a low satisfaction, and dimensions psychological and environment as the best evaluated with moderate satisfaction.

**Key words:** quality of life, people in treatment of hemodialysis, dimensions.

## II. ÍNDICE DE MATERIAS

### CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÓN

---

<b>1.1 Introducción</b>	14-15
1.1.1 Justificación	16-17
1.1.2 Antecedentes de otras investigaciones	18
1.1.3 Motivación del estudio	18
1.1.4 Objetivo y propósito del estudio	19
<b>1.2 Planteamiento del problema</b>	20
<b>1.3 Objetivos generales y específicos</b>	20

### CAPÍTULO 2 MARCO CONCEPTUAL

---

<b>2.1 Resumen de estudios afines al problema</b>	21-26
<b>2.2 Fundamentos teóricos de la investigación</b>	
2.2.1 Calidad de Vida	
2.2.1.1 Evolución del concepto	26-28
2.2.1.2 Historia del proyecto WHOQOL	28-29
2.2.1.3 Fundamentos para el desarrollo del cuestionario WHOQOL	29-30
2.2.1.4 Validación de WHOQOL-BREF	31
2.2.1.5 Dimensiones en relación a Calidad de vida	31
2.2.1.6 Calidad de Vida relacionada con la Salud en personas hemodializadas	32-33
2.2.2 Antecedentes de Hemodiálisis en Chile	33-34
2.2.3 Rol del Profesional Enfermero/a en la calidad de vida de personas	35-37

2.2.4 Teoría del Autocuidado según Dorothea Orem	37-39
<b>2.3 Definición de términos</b>	40-41
<b>2.4 Operacionalización de variables</b>	41-43

## **CAPÍTULO 3 MATERIAL Y MÉTODOS**

---

<b>3.1 Diseño de la investigación</b>	44
<b>3.2 Población en estudio</b>	44
<b>3.3 Selección de la muestra</b>	44
3.3.1 Criterios de exclusión	44
<b>3.4 Descripción del instrumento</b>	44-46
<b>3.5 Procedimiento de recolección de datos</b>	
3.5.1 Criterios del análisis de datos	46-47
3.5.2 Autorizaciones	48
3.5.3 Plan de recolección de los datos y organización del trabajo en terreno.	48
<b>3.6 Procesamiento y análisis de datos</b>	
3.6.1 Scoring del cuestionario WHOQOL-BREF	49-51
3.6.2 Programa estadístico	52
3.6.3 Confiabilidad del instrumento	52

## **CAPÍTULO 4 RESULTADOS**

---

<b>4.1 Características de la muestra</b>	53-57
<b>4.2 Presentación en tablas, gráficos y figuras relevantes para el estudio</b>	
<b>4.2.1 Análisis descriptivo</b>	58-76

## **CAPÍTULO 5 DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

---

<b>5.1 Discusión</b>	77-81
<b>5.2 Limitaciones de la investigación</b>	82
<b>5.3 Conclusiones</b>	83-85
<b>5.4 Sugerencias</b>	86

## **CAPÍTULO 6 REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS Y ANEXOS**

---

<b>6.1 Referencias bibliográficas</b>	87-92
<b>6.2 Anexos</b>	
6.2.1 Tablas de resultados	93-103
6.2.2 Consentimiento informado	104-106
6.2.3 Instructivo cuestionario calidad de vida en personas hemodializadas	107-112
6.2.4 Instrumento: “Calidad de vida en personas hemodializadas”	113-116
6.2.5 Aprobación de comité científico del hospital Carlos van Buren	117
6.2.6 Permiso de utilización de la versión en español del cuestionario WHOQOL-BREF	118-123

### III. ÍNDICE DE GRÁFICOS

#### ANTECEDENTES DE LA MUESTRA

---

Gráfico N°1	Distribución de personas hemodializadas por rango de edad y género	53
Gráfico N°2	Distribución de personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y género	54
Gráfico N°3	Distribución de personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y rango de edad	55
Gráfico N°4	Distribución de personas hemodializadas por genero, rango de edad y tiempo de tratamiento	57

#### ANÁLISIS DESCRIPTIVO

---

##### **Calidad de Vida Global**

Gráfico N°5	Distribución de personas hemodializadas por clasificación de calidad de vida global	58
Gráfico N°6	Satisfacción de las personas hemodializadas por dimensión	59
Gráfico N°7	Distribución de personas hemodializadas según satisfacción por dimensión	60

##### **Dimensión Física**

Gráfico N°8	Satisfacción en la dimensión física de las personas hemodializadas por rango de edad y género	61
-------------	---	----

Gráfico N°9	Satisfacción en la dimensión física de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y género	62
Gráfico N°10	Satisfacción en la dimensión física de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y rango de edad	63
Gráfico N°11	Satisfacción en la dimensión física de las personas hemodializadas por género, rango de edad y tiempo de tratamiento	64

### **Dimensión Psicológica**

Gráfico N°12	Satisfacción en la dimensión psicológica de las personas hemodializadas por rango de edad y género	65
Gráfico N°13	Satisfacción en la dimensión psicológica de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y género	66
Gráfico N°14	Satisfacción en la dimensión psicológica de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y rango de edad	67
Gráfico N°15	Satisfacción en la dimensión psicológica de las personas hemodializadas por género, rango de edad y tiempo de tratamiento	68

### **Dimensión Relación Social**

Gráfico N°16	Satisfacción en la dimensión relación social de las personas hemodializadas por rango de edad y género	69
Gráfico N°17	Satisfacción en la dimensión relación social de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y género	70
Gráfico N°18	Satisfacción en la dimensión relación social de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y rango de edad	71
Gráfico N°19	Satisfacción en la dimensión relación social de las personas hemodializadas por género, rango de edad y tiempo de tratamiento	72

### **Dimensión Ambiente**

Gráfico N°20	Satisfacción en la dimensión ambiente de las personas hemodializadas por rango de edad y género	73
Gráfico N°21	Satisfacción en la dimensión ambiente de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y género	74
Gráfico N°22	Satisfacción en la dimensión ambiente de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y rango de edad	75
Gráfico N°23	Satisfacción en la dimensión ambiente de las personas hemodializadas por género, rango de edad y tiempo de tratamiento	76

### III. ÍNDICE DE TABLAS

#### ANTECEDENTES DE LA MUESTRA

---

Tabla N°1	Distribución de personas hemodializadas por rango de edad y género	93
Tabla N°2	Distribución de personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y género	93
Tabla N°3	Distribución de personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y rango de edad	94
Tabla N°4	Distribución de personas hemodializadas por genero, rango de edad y tiempo de tratamiento	94

#### ANÁLISIS DESCRIPTIVO

---

##### **Calidad de Vida Global**

Tabla N°5	Distribución de personas hemodializadas por clasificación de calidad de vida global	95
Tabla N°6	Satisfacción de las personas hemodializadas por dimensión	95
Tabla N°7	Distribución de personas hemodializadas según satisfacción por dimensión	95

##### **Dimensión Física**

Tabla N°8	Satisfacción en la dimensión física de las personas hemodializadas por rango de edad y género	96
Tabla N°9	Satisfacción en la dimensión física de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y género	96

Tabla N°10	Satisfacción en la dimensión física de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y rango de edad	97
Tabla N°11	Satisfacción en la dimensión física de las personas hemodializadas por género, rango de edad y tiempo de tratamiento	97
<b>Dimensión Psicológica</b>		
Tabla N°12	Satisfacción en la dimensión psicológica de las personas hemodializadas por rango de edad y género	98
Tabla N°13	Satisfacción en la dimensión psicológica de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y género	98
Tabla N°14	Satisfacción en la dimensión psicológica de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y rango de edad	99
Tabla N°15	Satisfacción en la dimensión psicológica de las personas hemodializadas por género, rango de edad y tiempo de tratamiento	99
<b>Dimensión Relación Social</b>		
Tabla N°16	Satisfacción en la dimensión relación social de las personas hemodializadas por rango de edad y género	100
Tabla N°17	Satisfacción en la dimensión relación social de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y género	100
Tabla N°18	Satisfacción en la dimensión relación social de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y rango de edad	101
Tabla N°19	Satisfacción en la dimensión relación social de las personas hemodializadas por género, rango de edad y tiempo de tratamiento	101

### **Dimensión Ambiente**

Tabla N°20	Satisfacción en la dimensión ambiente de las personas hemodializadas por rango de edad y género	102
Tabla N°21	Satisfacción en la dimensión ambiente de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y género	102
Tabla N°22	Satisfacción en la dimensión ambiente de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y rango de edad	103
Tabla N°23	Satisfacción en la dimensión ambiente de las personas hemodializadas por género, rango de edad y tiempo de tratamiento	103

## CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÓN

---

### 1.1 Introducción

Desde la década del 60` el concepto Calidad de Vida (CV) ha estado presente a nivel mundial, sin embargo la instalación de este término dentro del campo de la salud es incipiente en nuestro país. El paradigma de salud desde el año 1998 se transforma, ya que no se sustenta en un enfoque biomédico, sino que el campo de acción se extiende a uno biopsicosocial, orientado a una perspectiva integral de la persona, constituyendo un mayor desafío para el profesional enfermero/a en la actualidad. (Schwartzmann, 2003).

En Chile, el sector salud impulsó en la década pasada cambios en la reforma de salud, cuyo primer eje fue la definición de objetivos sanitarios 2000-2010, los cuales plantearon no sólo intervenir en la recuperación y rehabilitación de las personas, sino también otorgar CV mediante la prevención y la promoción de la salud. (Garcés, Meneses, Moya, & Zúñiga, 2008). Además, determinaron factores asociados a estilos de vida, redes de apoyo social y condiciones de los diversos entornos en que los individuos y las familias se desenvuelven, como trabajo, comunidad, espacio físico, entre otros; que influyen en su nivel de salud, afectando a su vez la CV de la población. (Ministerio de Salud, 2006)

En julio del año 2010, el Ministerio de Salud (MINSAL) dio inicio a la planificación de las acciones del sector durante la década 2011-2020. El objetivo general del proceso fue la identificación de los desafíos sanitarios de la próxima década, el diseño de las estrategias y recopilar información sistemática, confiable y oportuna acerca de la CV y la salud de la población; con el fin de sustentar el desarrollo y evaluación de las políticas e intervenciones en salud, fundamentales para la creación de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020. (Ministerio de Salud, 2012)

La información obtenida demuestra que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) presentan un incremento significativo que responden a un cambio demográfico y epidemiológico, asociado al envejecimiento de la población, lo cual influye en la CV de las personas. (Ministerio de Salud, 2012) Dentro de estas patologías se encuentra la enfermedad renal crónica (ERC), cuya prevalencia se estima en un 10%. (Flores, 2010)

Las personas con enfermedad renal crónica en etapa terminal, requieren de terapia de sustitución renal, lo que genera que esta enfermedad y su tratamiento produzcan un gran impacto en la CV de la persona, familia y entorno, limitando al individuo en sus roles y en la realización de actividades de la vida diaria. Frente a estos antecedentes resulta significativo para el profesional enfermero/a estudiar ¿Cuál es la calidad de vida de las personas hemodializadas?

La relevancia de este estudio como futuros profesionales enfermeros/as es contribuir con información actualizada y confiable, respecto de los factores que se relacionan con la CV en la persona hemodializada y otorgar información útil para futuras investigaciones relacionadas con el tema.

### 1.1.1 Justificación del problema

En Chile el número de personas en diálisis ha experimentado un aumento exponencial, en el año 1980 las personas que se encontraban en tratamiento de sustitución renal (TSR) correspondían a 12.7 personas por millón de población (PMP) y en la actualidad corresponden a 944 PMP, cuya prevalencia se estima en 16.231 personas. (Poblete, 2011) Por consiguiente, el MINSAL considera a partir del año 2005 la Insuficiencia renal crónica (IRC) y a partir del año 2010 la ERC como patologías incorporadas en el Plan de Garantías Explícitas en Salud (GES), asegurando a las personas el acceso, oportunidad y protección financiera al tratamiento, mediante el cual sus expectativas de vida aumentan, pero no necesariamente su CV. (Ministerio de Salud, 2005).

En la región de Antofagasta se realizó un estudio que comparó la CV en personas portadoras de ECNT con personas sanas. Los resultados obtenidos determinaron que un 50% de los crónicos y un 65% de los no crónicos declararon tener una CV normal, mientras que un 24.2% de los crónicos declaran no tener una buena CV, en contraposición a sólo un 2.5% de los no crónicos. (Urzúa, 2008)

En la región de Valparaíso, el número de personas hemodializadas desde la década de los 80 ha ido en aumento, llegando hoy a 1.674 personas, distribuidas equitativamente entre hombres y mujeres; de los cuales 18% son atendidos en centros de la red pública y 87% en centros de la red privada. De estos centros sólo el 39.8% cuenta con Psicólogo, un 28.2% con Asistente Social y sólo el 4,4 % de los centros de diálisis utilizan algún índice de CV como The Kidney Disease Quality of Life (KDQOL), Short Form 36 Health Survey (SF-36) u otro. (Poblete, 2011).

La CV es producto de múltiples influencias, y se ve afectada por el proceso de salud-enfermedad, es por esto que el cuestionario World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) se desarrolló en el contexto de cuatro dimensiones de CV: física, psicológica, relación

social y ambiente, los cuales poseen una fuerte y positiva relación con el concepto de CV y salud. (Lotfy y otros, 2004)

La incorporación y el rol que en la actualidad desempeña el profesional enfermero/a en la planificación, control, y seguimiento de la hemodiálisis, han sido graduales en el área de tratamiento, la profesión ha demostrado su capacidad de adaptarse y dar respuesta de forma adecuada a las necesidades de esta población, como la preparación, seguridad y cuidados específicos que permitirán que las personas hemodializadas y los profesionales enfermero/as puedan optimizar los cuidados y el tiempo en cada sesión de hemodiálisis. (Salud Preventiva Andina, 2011)

Es imprescindible para optimizar el cuidado, conocer las características personales y la percepción que tienen sobre su CV las personas insertas en el tratamiento de hemodiálisis, lo que permitirá al profesional enfermero/a generar una perspectiva holística que incluye valores, creencias y percepciones. El conocimiento incorporado permitirá realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida de estas personas. Por ende, el quehacer de enfermería debe incorporar la educación para la salud, en relación a las necesidades específicas de éste grupo. (Mera, 2007)

El modo en que las personas reaccionan frente a la IRC y los problemas que derivan de ella, le generan alteraciones físicas, psicológicas y sociales, el afrontamiento y resiliencia depende de la personalidad previa y sus redes de apoyo. Por lo anterior, es importante que el equipo multidisciplinario y en especial el profesional enfermero/a se convierta en un apoyo trascendental, que ayudará a disminuir las tensiones que alteran la CV de las personas hemodializadas. (Azcárraga, 2004)

### 1.1.2 Antecedentes de otras investigaciones.

A nivel internacional

- En el año 2010 Rosario K., en Veracruz, México, realizó un estudio titulado “Calidad de vida en paciente con hemodiálisis y diálisis peritoneal ambulatoria del sur de Veracruz”, utilizando el cuestionario WHOQOL-BREF.

A nivel nacional

- En el año 2005, Rodríguez. M., en Concepción, Chile, realizó un estudio titulado “Calidad de vida en pacientes renales hemodializados”, utilizando el instrumento genérico de salud SF-36.

- En el año 2007, Mera M., en Valdivia, Chile, realizó un estudio titulado “Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis Centro Médico Dial-Sur. Osorno Chile 2006”, utilizando el cuestionario de salud SF-36.

### 1.1.3 Motivación del estudio

El desafío actual para el profesional enfermero/a es contribuir a mejorar la CV otorgando un cuidado integral, que no sólo garantice una técnica segura, sino que contribuya también a mejorar otros aspectos de la terapia como son; la adherencia al tratamiento farmacológico y dietético, la ayuda y acompañamiento a la persona junto a su familia en el proceso de aceptación y correcto manejo de su enfermedad” (Catoni, 2001). Este desafío requiere de un profesional enfermero/a actualizado y competente el cual a través de medios de integración, estímulo y capacitación entregados en base a lineamientos ministeriales permitan fortalecer y apoyar el desempeño laboral, para que de esta manera logren cumplir el objetivo de mejorar la CV en las personas hemodializadas. (Azcárraga, 2004)

#### 1.1.4 Objetivo y propósito del estudio

Los antecedentes demuestran que es poco frecuente encontrar estudios de evaluación e intervención para identificar la CV, añadiendo un sesgo que no permite mejorar la adaptación a la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y readaptación social. Por ello, es necesario estudiar la CV de las personas hemodializadas, considerando que el enfoque biopsicosocial fomenta la participación de los individuos en el ciclo salud-enfermedad, transformándolos en los principales protagonistas del proceso, para lo cual es fundamental tomar en cuenta la percepción del usuario, sus deseos y motivaciones en el proceso de toma de decisiones en temas salud, así como en la evaluación de CV, permitiendo mayor autocuidado y generando responsabilidad respecto a su enfermedad.

Es imperativo estudiar la CV de las personas que se hemodializan, con el fin de conocer al ser humano en su totalidad, de tal manera de realizar intervenciones atingentes de acuerdo a las necesidades detectadas.

El propósito de éste estudio es conocer la CV de las personas hemodializada a través de la satisfacción de sus dimensiones: física, psicológica, relación social y ambiente, aportando antecedentes a centros de diálisis para el diseño de estrategias que contribuyan a que estas personas tengan una mejor CV.

## 1.2 Planteamiento del problema

Calidad de vida de las personas hemodializadas, en un hospital de alta complejidad, comuna de Valparaíso, año 2013.

### Pregunta de Investigación:

¿Cuál es la calidad de vida de las personas hemodializadas, en un hospital de alta complejidad, comuna de Valparaíso, año 2013?

## 1.3 Objetivos generales y específicos

### Objetivo general:

Conocer la calidad de vida de las personas hemodializadas, a través de la satisfacción de sus dimensiones, en un hospital de alta complejidad.

### Objetivos específicos:

- Determinar la calidad de vida según satisfacción de la dimensión física en personas hemodializadas.
- Determinar la calidad de vida según satisfacción de la dimensión psicológica en personas hemodializadas.
- Determinar la calidad de vida según satisfacción de la dimensión relación social en personas hemodializadas.
- Determinar la calidad de vida según satisfacción de la dimensión ambiente en personas hemodializadas.

## CAPÍTULO 2 MARCO CONCEPTUAL

---

### 2.1 Resumen de estudios afines al problema

**Gil, J.M.**, en el año 2003, publicó un estudio titulado “Calidad de vida relacionado con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis” en Jaén, España. Dado el creciente interés en la medición de calidad de vida relacionado con la salud (CVRS) y que es ampliamente aceptado que la CV es uno de los marcadores de resultados de tratamiento en diálisis crónica, el objetivo del estudio es valorar la CV de los usuarios en hemodiálisis crónica con edad igual o superior a 75 años y evaluar cómo influyen diferentes factores (sociodemográficos, analíticos, capacidad funcional y autosuficiencia, depresión y deterioro cognitivo) en los resultados. Para ello se utilizó el Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-SFTM). Paralelamente se recogieron datos demográficos, analíticos, de comorbilidad (índice de Charlson), depresión (Yesavage), autosuficiencia (Karnofsky) y deterioro cognitivo (Mini-examen cognoscitivo). Se evaluó la influencia de estos factores sobre las diferentes dimensiones del KDQOL-SFTM y se compararon resultados de la población de la ciudad de Jaén con los de la población general española ajustados para la edad y el género.

Se incluyeron 51 usuarios (24 hombres) con una edad media de  $79,5 \pm 3,7$  años y  $39 \pm 56$  meses en diálisis. En la población utilizada las mujeres muestran peor CV que los hombres, la CV de los ancianos hemodializados es inferior a la de la población general de igual género y edad y no se modificó con factores relacionados con la insuficiencia renal crónica terminal y su tratamiento. La presencia de deterioro cognitivo o depresión tuvo una importante repercusión sobre el bienestar de los usuarios, lo cual justificaría un abordaje diagnóstico y terapéutico más amplio en estas personas.

**Rosario K.**, en el año 2010 realizó un estudio titulado “Calidad de vida en paciente con hemodiálisis y diálisis peritoneal ambulatoria del sur de Veracruz” en Veracruz, México,

utilizando el cuestionario WHOQOL-BREF. Estudio descriptivo transversal comparativo, que tuvo como objetivo determinar cómo perciben la calidad de vida los pacientes de hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), utilizando el instrumento WHOQOL-BREF a una muestra de 72 pacientes en programas de diálisis de una unidad hospitalaria de la Zona Sur de Veracruz. Los resultados demostraron la percepción de una mejor calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis ya que la consideran de regular a buena (91.7%) en relación a los pacientes de DPCA que se encuentran de regular a mala (94.4). El área de la CV mejor preservada en hemodiálisis es la Salud Psicológica mientras que en DPCA la Salud física es la menos afectada. Existe una mejor percepción de calidad de vida en la mujer que en el hombre con relación a hemodiálisis, en DPCA en la mayoría de hombres y mujeres la perciben de regular a mala (94.4%).

**Schwartzmann, L.**, en el año 2003 realizó un estudio titulado “Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales” en Montevideo, Uruguay. El objetivo del estudio fue revisar la importancia del concepto de calidad de vida relacionado con la salud (CVRS) como un aporte fundamental en la evaluación de resultados en salud, cuando fueron insuficientes las medidas tradicionales de morbilidad y expectativa de vida. Se destaca la importancia de tomar en cuenta la percepción de la persona, sus deseos y motivaciones en el proceso de toma de decisiones en salud así como en la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria. Se discuten los aspectos conceptuales del constructo “CVRS”, sus alcances y sus limitaciones, así como su desarrollo histórico a partir de tres principios básicos: la investigación del concepto de felicidad en la psicología, la de indicadores sociales en la sociología y la investigación del estado de salud en las ciencias médicas. Se señala asimismo la relatividad histórico-cultural del concepto así como la variabilidad de las prioridades en distintos momentos de la vida, permitiendo un diseño científico de intervenciones destinadas a promover el bienestar psicosocial que mejore la calidad de vida de los usuarios.

**Mera M.**, en el año 2007, realizó un estudio titulado “Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis Centro Médico Dial-Sur. Osorno Chile 2006”, en Valdivia, utilizando el cuestionario de salud SF-36. El propósito de esta investigación es valorar la Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis, en el Centro Médico Dial-Sur, de la ciudad de Osorno, según sus características personales, tiempo en tratamiento y la presencia de patologías crónicas asociadas. El diseño metodológico que se utilizó para realizar este estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento que consta de tres ítems, los cuales son: un instructivo, el Cuestionario de Antecedentes Personales y el Cuestionario de Salud SF-36, creado por John Ware y traducido al español por Alonso y cols. (1995). Fue aplicado a 22 pacientes, que aceptaron voluntariamente participar en el estudio y que cumplían con los criterios de inclusión previamente establecidos. La investigación permitió determinar que en el grupo de pacientes en estudio predomina: el grupo etáreo adulto mayor, casados, presencia de red de apoyo familiar, con escolaridad de enseñanza básica incompleta, de procedencia urbana, con más de dos patologías asociadas por paciente y en tratamiento por un periodo entre 1 y 2 años. Según las Áreas del cuestionario de salud SF-36, se puede concluir: que el Área Estado Funcional es percibida como de Regular a Mala (60,7%); el Área de Bienestar como Buena (40,9%), la Percepción de Salud General como Buena (31,8%) y el Cambio de Salud en el tiempo como Muy Buena (45,54%). Se concluyó que la percepción de la calidad de vida es Buena.

**Rodríguez, M.**, en el año 2005, realizó un estudio titulado “Calidad de vida en pacientes renales hemodializados” en Concepción, Chile. Es un estudio descriptivo de corte transversal, cuyo objetivo fue conocer las características personales y calidad de vida de personas con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo renal. El grupo de estudio estuvo constituido por 90 usuarios, la calidad de vida se midió a través del cuestionario genérico de salud SF-36. Aproximadamente la mitad de los usuarios tenían entre 45 y 64 años, la distribución por género fue prácticamente similar, tres cuartas partes de los sujetos se declararon con pareja, más de la

mitad poseía baja escolaridad y todos poseían algún sistema previsional. El valor más alto de calidad de vida fue 81,8 y el más bajo 3,25. Por lo que se pudo concluir que aproximadamente la mitad de las personas encuestadas tenía una calidad de vida por sobre el nivel promedio.

**Arquinigo, G.**, en el año 2008, realizó un estudio titulado “Capacidad de autocuidado del paciente en hemodiálisis periódica del centro de hemodiálisis de EsSalud 2006-2007” en Lima, Perú. El estudio describe que las personas en tratamiento de hemodiálisis deben cambiar su estilo de vida para sobrevivir, aprendiendo y realizando actividades para cuidar de sí mismos, con las modificaciones que le impone la enfermedad; todo ello le permitirá sentirse bien, mantenerse en su entorno social, laboral y familiar independientemente. La investigación tuvo por objetivo determinar la capacidad de autocuidado en los usuarios que reciben hemodiálisis periódica, tomando como marco referencial a la Teoría general de autocuidado de Dorothea Orem. El estudio es descriptivo de corte transversal, realizado en 218 personas que recibían hemodiálisis en el Centro de Hemodiálisis de ESSalud, seleccionados por muestreo probabilístico. Se utilizó como instrumento: La Valoración de Capacidad de autocuidado. La cual fue clasificada en: alto, medio y bajo.

Los resultados fueron: 59% muestra nivel alto de capacidad de autocuidado; dentro del cual el 79% presento nivel alto en la habilidad para realizar las actividades de la vida diaria y un 53% nivel medio en conocimientos para realizar acciones de autocuidado frente a la enfermedad; concluyéndose que los usuarios evidenciaron un alto nivel de capacidad de autocuidado; frente a las actividades de la vida cotidiana; sin embargo evidenciaron un nivel medio de conocimientos para hacer frente a la enfermedad.

**Bunout, D. y otros**, en el año 2011 realizaron un estudio titulado “Validación del cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF en adultos mayores chilenos” en Santiago, Chile. El estudio está adaptado para evaluar las propiedades psicométricas de la versión española del WHOQOL-BREF. Una adaptación cultural de la versión española del WHOQOL-BREF fue estudiada y aplicada en un estudio piloto, seguido de ese estudio se modificó la escala para aplicarlo al grupo

de 1186 mujeres adultos mayores de 72 +- 8 años y 334 hombres de 72+- 7 años. La consistencia interna de las propiedades psicométricas, la correlación de las respuestas de cada ítem y la validación de este cuestionario fue evaluada. Una confirmación del factor de análisis fue hecho para verificar si las dimensiones describían lo mismo que la versión original del cuestionario. Los resultados confirmaron que las dimensiones física, psicológica, relaciones sociales y ambiente que fueron descritas en la versión original se mantuvieron.

El cuestionario tiene una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.88 para el total de la escala y con un ranking de 0.70 a 0.79 en cada dimensión. En este estudio se concluye que la evaluación de la versión del WHOQOL-BREF fue aceptada, validada y sugerida como medida fiable y estructuralmente válida en relación al modelo propuesto inicial de evaluación de calidad de vida de la OMS, por lo que se recomienda este cuestionario para su uso en nuestro medio en estudios poblacionales y estudios clínicos.

**Lucas, R.**, en el año 2011, realizó un estudio titulado “Cuestionario sobre Calidad de Vida emitida por Organización Mundial de la Salud (OMS): Desarrollo y Validación de Estudios en Español”, en Barcelona, España. El estudio describe las propiedades psicométricas del cuestionario de CV de la OMS en español. Durante su desarrollo, participaron en pruebas de terreno del WHOQOL – 100 y WHOQOL–BREF mil ochenta y dos personas con dolencias físicas, personas sanas, usuarios con esquizofrenia y familias cuidadoras de éstos. Se realizaron autoevaluaciones, en conjunto con cuestionarios sobre la condición sociodemográfica y de salud. Los análisis se realizaron utilizando los clásicos métodos psicométricos. Ambas versiones del WHOQOL mostraron propiedades psicométricas satisfactorias como sigue: aceptabilidad, coherencia interna, evidencia de validez convergente y discriminante.

El WHOQOL-100 y WHOQOL-BREF resultaron ser apropiados para usar en personas con diferentes condiciones de salud, incluyendo esquizofrenia y en diferentes poblaciones, incluyendo cuidadores de usuarios. Las pruebas españolas en terreno son las primeras en informar el uso del WHOQOL en personas con esquizofrenia y cuidadores de enfermos. Estos resultados indican que ambas versiones son herramientas útiles para evaluar estos grupos, como

el WHOQOL que incluye dimensiones importantes, a menudo omitidas por otras mediciones genéricas de CV.

**Urzúa, A.**, en el año 2011 realizó un estudio titulado “Calidad de vida: una revisión teórica del concepto” en Antofagasta, Chile. El objetivo del estudio fue realizar una revisión bibliográfica del concepto CV, el cual comenzó a utilizarse cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud o como medida de bienestar. Pese a esto, no existe una definición única del concepto ni una completa diferenciación con otros conceptos similares, siendo frecuentemente mal utilizada. El trabajo presenta una revisión teórica del concepto, así como una clasificación de los distintos modelos de definiciones, incluyendo una propuesta de modelo centrado en la evaluación cognitiva. Se desarrollan también los principales problemas de la investigación en el área de la CV.

## **2.2 Fundamentos teóricos de la investigación**

### **2.2.1 Calidad de vida**

#### **2.2.1.1 Evolución del Concepto**

Hasta la década de los 50', el estado de salud de la población era medido por la tasa de mortalidad y esperanza de vida, medida que resultó ineficaz para diferenciar el estado de salud en los países desarrollados de occidente al alcanzar un equilibrio en estos valores, también la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, como consecuencia de la disminución o eliminación de las enfermedades infecciosas, y el desarrollo de tecnologías médicas que atenuaban el dolor y el malestar, lo que no implicaba necesariamente una prolongación de la vida, hicieron necesaria la aparición de otras medidas de resultados más sensibles. (Schwartzmann, 2003)

La OMS en 1948 definió CV como "... un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad", convirtiéndose en pionera en el desarrollo del concepto CVRS. Sin embargo, esta definición no pasó de ser un enunciado, pues la práctica

médica y las evaluaciones poblacionales de salud se desvincularon cada vez más de este concepto. Es así, como en 1991 se avanza en la definición de CV y en algunos consensos básicos que permitan ir dando a este complejo campo cierta unidad. Con este avance se logra crear puntos de consenso que son la base de la creación del cuestionario de CV World Health Organization Quality of Life -100 (WHOQOL-100) de la OMS. (Schwartzmann, 2003)

Los puntos de consenso para la evaluación de CV son:

1. *Subjetivas*: Recoger la percepción de la persona involucrada.
2. *Multidimensionales*: Relevar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal, etc.
3. *Incluir sentimientos positivos y negativos*.
4. Registrar la *variabilidad en el tiempo*: La edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran. (Schwartzmann, 2003)

A diferencia de otros cuestionarios, el WHOQOL-100 parte de un marco teórico para su construcción, desarrollando el cuestionario en forma simultánea en distintas culturas, utilizando metodologías cualitativas en grupos focales, evaluando la pertinencia para los futuros usuarios de los aspectos incluidos en la evaluación. (Schwartzmann, 2003)

Los aspectos importantes y formas de preguntar acerca de la CV se elaboraron sobre la base de las declaraciones formuladas por los usuarios con diferentes enfermedades, así como por profesionales de la salud en una variedad de culturas. (Schwartzmann, 2003)

#### 2.2.1.2 Historia del proyecto WHOQOL

La División de Salud Mental de la OMS inició en 1991 el proyecto WHOQOL que tenía por objetivo desarrollar un cuestionario internacional transcultural; el WHOQOL, para evaluar la CV. (The University of Melbourne, 2007)

En el inicio del proyecto participaron en colaboración, 15 países a lo largo de todo el mundo (Australia, Croacia, Francia, India (dos centros), Israel, Japón, Países Bajos, Panamá, Rusia

Federación, España, Tailandia, Reino Unido, Estados Unidos de América, y Zimbabwe). Con el paso del tiempo y el desarrollo, nuevos campos fueron involucrándose y actualmente más de 30 unidades del mundo participan de esta iniciativa. Todos los centros participantes se denominan colectivamente como el grupo WHOQOL. (The University of Melbourne, 2007)

A partir de este proyecto surgieron 15 primeras versiones nacionales del cuestionario WHOQOL, los cuales se desarrollaron de acuerdo a un protocolo estandarizado. (WHO, 1993)

El plan culminó con el desarrollo de la WHOQOL-100, World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) y la CHINESE-AUSTRALIAN (CA-WHOQOL) específico para Australia. (The University of Melbourne, 2007)

### 2.2.1.3 Fundamentos para el desarrollo del cuestionario WHOQOL

Respecto a la CV han surgido cuatro principios a partir de la literatura, estos han sido el marco que guió el desarrollo del cuestionario WHOQOL. (The University of Melbourne, 2007)

El *primero* de estos principios, describe la importancia que tiene la evaluación exhaustiva de la CV. Las evaluaciones físicas por sí solas no son suficientes como indicadores de la misma, ya que existe una baja correlación entre la percepción de la CV y las capacidades funcionales. Se reconoce que en la medición de CV se debe incluir la salud física y el funcionamiento del día a día de la persona, además del bienestar psicológico, relaciones sociales y el medio ambiente. (Pearlman & Uhlmann, 1988)

El *segundo* principio, hace referencia a la importancia que tiene la evaluación subjetiva de CV de las personas. Varios estudios han demostrado que la calificación realizada por los profesionales de la salud a las personas con enfermedad crónica es significativamente diferente a la que los usuarios perciben por sí mismos. Este tipo de estudios ponen en evidencia la discrepancia entre la evaluación interna y externa de CV. En base a lo anterior, es importante que la calificación de

CV sea subjetiva, ya que la percepción de ésta se ve alterada en función de las propias expectativas, formuladas a partir de las experiencias de vida. Es por esto que el enfoque adoptado por el cuestionario WHOQOL incluye puntuaciones subjetivas de CV. (Cummins, 1995)

El *tercer* principio, plantea la importancia que tienen las diferentes dimensiones (física, psicológica, relación social y ambiente) de CV, los cuales son fundamentales para una evaluación global de la misma. Las diferentes habilidades o discapacidades, circunstancias o relaciones sociales de cada individuo son determinantes en la variación de CV entre las personas, y el cuestionario WHOQOL es sensible a esta. (The University of Melbourne, 2007)

El *cuarto* y último principio, hace hincapié en la relevancia cultural en la medición de CV. Los cuestionarios de CV deben ser culturalmente sensibles. “Sartorius y sus colegas enfatizan que la traducción directa de un cuestionario para su uso en otro entorno cultural puede estar abierto a fuentes serias de error debido a idiosincrasias culturales y las expresiones idiomáticas del lenguaje no pueden ser tomadas en cuenta”. Debido al aumento de la demanda de evaluación transcultural de CV se genera la necesidad de desarrollar medidas internacionales para su medición. (The University of Melbourne, 2007)

Asimismo, se generan tres características fundamentales del proceso de desarrollo que aseguran que el WHOQOL es una medida internacional relevante para una amplia gama de culturas.

En primer lugar, el WHOQOL fue creado a nivel internacional, desarrollado en forma concurrente y en pruebas de campo, junto con la colaboración internacional en curso, lo que ha maximizado la comparabilidad transcultural. (The University of Melbourne, 2007)

En segundo lugar, el uso de grupos de discusión en la fase de desarrollo inicial ha asegurado la sensibilidad cultural, la importancia del lenguaje y los conceptos incluidos en cada versión específica del cuestionario WHOQOL. (The University of Melbourne, 2007)

Y en tercer y último lugar, el uso de un método de traducción de probada eficacia de la OMS, que implica un proceso interactivo de traducción directa e inversa y un proceso de revisión por parte de grupos monolingües y bilingües, ha asegurado conceptual, semántica y técnicamente la equivalencia de las versiones en distintos idiomas del WHOQOL. (Sartorius y Kuyken, 1994)

#### 2.2.1.4 Validación del WHOQOL-BREF

En la década del 90' la OMS reunió un grupo de investigadores de diferentes países para obtener una definición consensuada que permita medir CV, desarrollando un cuestionario que fuese aplicable transculturalmente. El primero de estos fue el WHOQOL-100, del cual se seleccionó la mejor pregunta de cada ítem, obteniéndose el WHOQOL-BREF, que incluye 26 preguntas que cubren las cuatro dimensiones: física, psicológica, relación social y ambiente, produciendo un perfil de CV. Este cuestionario fue creado en 1991 y validado en español por el grupo WHOQOL de la OMS, en el año 1997. El estudio que validó el cuestionario en español se realizó en España, en éste se efectuaron pruebas en terreno a mil ochenta y dos personas con dolencias físicas, sanas, con esquizofrenia y familiares cuidadores de éstas, entre los años 1995 y 1997. (Lucas, 2011)

La validación en Chile fue realizada por el Proyecto de Investigación: Calidad de Vida y Envejecimiento, Domeyko-Universidad de Chile, en Santiago el año 2011, a través del estudio “Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos”. El equipo de investigación revisó las definiciones sobre CV y los aspectos involucrados en la generación de este cuestionario, la redacción de las preguntas y si estas eran comprensibles para el lenguaje usado en Chile, teniendo presente el contenido que mide su versión original. Los resultados concluyen que la aplicación del WHOQOL-BREF en adultos mayores chilenos ofrece medidas fiables y estructuralmente válidas en relación al modelo

propuesto inicial de evaluación de CV de la OMS con un alfa de cronbach 0,88 para el total de la escala y de 0,70 a 0,79 en cada dimensión. Por lo anterior, este estudio recomienda el cuestionario para su uso en estudios poblacionales y clínicos en Chile. (Bunout y otros, 2011)

#### 2.2.1.5 Dimensiones en relación a Calidad de vida.

Los estudios que han utilizado el cuestionario WHOQOL-BREF consideran una amplia gama de agentes que influyen significativa y multidimensionalmente en la percepción que un individuo tiene sobre su CV, y la manera en que percibe bienestar o malestar referente a las diversas aristas de su vida. (Urzúa, 2010)

Las personas juzgan su situación objetiva en cada uno de las dimensiones evaluadas de acuerdo a estándares de comparación basados en aspiraciones, expectativas, sentimientos o tomando como referencia a un grupo de pares, necesidades personales y valores. Entre los agentes que influyen en la percepción, el proceso de comparación se constituye en un elemento esencial, puesto que los estándares y referencias que se utilicen van a modelar el tipo de respuesta y la valoración otorgada a cada una de las dimensiones evaluadas. (Urzúa, 2010)

El grupo WHOQOL en 1994 desarrolla cuatro dimensiones de evaluación: física, psicológica, relación social y ambiente, las cuales tendrían implícito el proceso de comparación y de valoración por parte de los sujetos. Para los autores, evaluar positiva o negativamente la CV dependerá de la relación establecida entre dos factores, por un lado la valoración de la dimensión como tal, la cual lleva implícita la comparación y por otro la importancia que la persona otorgue a la misma. (Caqueo, 2012)

El cruce de todas estas comparaciones sería uno de los principales determinantes al momento de evaluar la CV, ya que la brecha percibida entre un estado real y el ideal determinaría la

satisfacción (a mayor brecha, mayor insatisfacción), y por ende, el nivel de bienestar por cada dimensión. (Urzúa, 2010)

#### 2.2.1.6 Calidad de vida relacionada con la salud en personas hemodializadas.

El concepto de CVRS aparece en un momento en que la esperanza de vida ha aumentado significativamente y en el que predomina la convicción de que el rol de los profesionales de la salud no debe ser únicamente el de proporcionar muchos años de vida a las personas, sino aportar una mejora en la calidad de los años vividos. (Aja y otros, 2011)

Específicamente la CVRS designa los juicios de valor que una persona realiza acerca de las consecuencias de su enfermedad o tratamiento. Es un concepto unipersonal y multidimensional, centrado en el usuario que valora diferentes aspectos de su vida: salud física y sintomatología, capacidad funcional, bienestar emocional, psicológico y capacidad social; concepto que no siempre coincide con las estimaciones realizadas por el equipo multidisciplinario de salud. (Borrego y otros, 2003)

En las personas hemodializadas la prolongación de los años vividos se debe en parte a las nuevas tecnologías en la rehabilitación y a la mayor accesibilidad al tratamiento de hemodiálisis para usuarios que no son candidatos a trasplante renal, estos avances han permitido un aumento de expectativa de vida, pero no necesariamente ha generado un incremento en su CV. (Urzúa, 2011)

La hemodiálisis genera cambios en el estilo de vida y conductas cotidianas de las personas que se someten a ella, tales como la dieta alimentaria, la ingesta de líquidos y uso de medicamentos. El tratamiento produce también efectos adversos a nivel físico y psicológico, tales como depresión, ansiedad y trastornos de conducta. En este grupo además se observan efectos a nivel psicosocial, tales como; problemas de disfunción sexual y problemas socioeconómicos. (Urzúa, 2011)

Parte de este estudio queda evidenciado en la cuenta de hemodiálisis crónica 2011 realizada por el Dr. Hugo Poblete que señala que el 20,7% de las personas tienen una actividad normal con limitaciones, 10,5% actividad muy limitada y 6,2% es incapaz de cuidarse. (Poblete, 2011)

Todos estos cambios y efectos anteriormente descritos inciden directamente en la CV de las personas. A raíz de esto las personas hemodializadas han demostrado un interés creciente respecto de qué manera su enfermedad y los tratamientos que reciben afectan su capacidad funcional y su CV en general. (Castro & Rodríguez, 2002).

### 2.2.2 Antecedentes de Hemodiálisis en Chile

La primera hemodiálisis en Chile se realizó en el año 1958 en el Hospital San Borja a través del Servicio Nacional de Salud (S.N.S), donde participaron médicos en su realización, tecnólogos médicos en la preparación de baño de diálisis y profesionales enfermeros/as en el cuidado del usuario. Los primeros beneficiados con esta nueva terapia fueron personas del Servicio de Seguro Social y con insuficiencia renal aguda (IRA). (Catoni, 2001)

En el año 1970, disponían de hemodiálisis cinco Hospitales en todo el país, entre ellos el Hospital Deformes de Valparaíso. Desde el principio la realidad impuso la necesidad de priorizar debido a la escasez de recursos, por lo que se establecieron criterios para seleccionar a los usuarios que entrarían al programa de crónicos. (Catoni, 2001)

En la misma década se descubre la posibilidad de financiar a los usuarios afiliados al Servicio Médico de Empleados (SERMENA) a través de la ley de medicina preventiva, utilizando el diagnóstico de hipertensión arterial (HTA). (Catoni, 2001) En 1975 se crea la Asociación de Dializados (ASODI) por los familiares de personas renales crónicas. (Poblete, 2011)

En 1977 ASODI logra el decreto n° 1772, que permite a ésta asociación realizar la importación anual de insumos para hemodiálisis, con un 80% de bonificación por parte del Estado, en consecuencia de este logro y otros, aumentó el número de personas que acceden al tratamiento y se crean nuevas unidades de hemodiálisis, entre ellas la primera privada; Diálisis Ltda. (1978). A

pesar de los logros anteriormente obtenidos, en el año 1980 la demanda es aún muy alta. (Catoni, 2001)

En esta misma fecha, el Dr. Hugo Poblete inicia la “Cuenta de Hemodiálisis Crónica” de realización anual, la que evidencia un total de 143 personas en hemodiálisis en el país. Por lo anterior, ASODI, las personas en tratamiento, sus familiares y abogados piden ayuda económica gubernamental que permita salvar más vidas, basándose en el derecho a la vida y a la salud otorgada en la constitución política del estado, obteniendo a través del poder judicial un fallo a favor de los usuarios. (Catoni, 2001)

En la segunda mitad de la década de los 80, el logro de financiamiento, los esfuerzos que el gobierno realizó para motivar a la empresa privada y la falta de restricciones para instalar centros de hemodiálisis; provocaron una gran expansión en el área. Las cifras se acercaron al 100% de cobertura, aunque continuó siendo difícil acceder al tratamiento de sustitución renal para las personas que viven lejos de ciudades importantes, indigentes y afiliadas al Fondo Nacional de Salud (FONASA) sin libre elección. (Catoni, 2001)

En las décadas siguientes destacan los adelantos tecnológicos, los avances en el tratamiento integral de los usuarios y el hecho de delegar la técnica y el cuidado de la persona hemodializada de parte del médico hacia el profesional enfermero/a, ya que la demanda de usuarios sobrepasaba la dotación médica. Por lo anterior, los profesionales enfermeros/as comienzan a especializarse en postítulos con mención en nefrourología, como también a delegar algunas actividades al técnico paramédico de enfermería. (Catoni, 2001)

### 2.2.3 Rol del profesional Enfermero/a en la calidad de vida de personas hemodializadas

La Gestión del Cuidado en enfermería se entiende como el ejercicio profesional enfermero sustentado en la disciplina, la ciencia y el arte del cuidar, que se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados oportunos, seguros e integrales, asegurando la continuidad de la atención. (Catoni, 2001)

Cuando la persona hemodializada inicia su tratamiento sustitutivo de la función renal conserva capacidades de autocuidado, pero al mismo tiempo se convierte en una persona dependiente del sistema sanitario el resto de su vida. En este sentido, la formación de los profesionales de la salud resulta relevante, ya que los resultados obtenidos en las personas para mejorar su CV dependen en gran medida de su intervención. (Azcárraga y otros 2005)

La función por excelencia del profesional enfermero/a es contribuir a la resolución de los problemas de salud de la población en las áreas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de los usuarios; para cumplir con las exigencias de cada área de desempeño y otorgar un cuidado integral. La formación del profesional enfermero/a nefrourológico debe estar dirigida al desarrollo de competencias en las cuatro áreas del rol profesional: asistencial, gestión, investigación y educación. Al mismo tiempo se hace necesario incorporar en la formación de pre y post grado programas que promuevan y valoren la CV, facilitando el desarrollo de capacidades que apoyen un estado de equilibrio y armonía del profesional enfermero/a en su labor asistencial. (Zúñiga, 2004)

Desde el momento en que los médicos delegaron las primeras hemodiálisis a los profesionales enfermeros/as resultó natural, que éstos se hicieran cargo de la formación de las próximas generaciones en el área. Se debe a ellos la estandarización de la técnica y el cuidado de las personas, la organización del terreno práctico en la unidad de diálisis, la expansión del rol

preocupándose de la educación de las personas y más tarde, del entrenamiento de familiares cuando se iniciaron los programas de diálisis en el hogar. (Catoni, 2001)

En 1977 nace la sociedad chilena de enfermería en diálisis y trasplante renal a raíz de la necesidad de comunicarse e intercambiar experiencias entre los profesionales y cuya finalidad es promover el desarrollo de la especialidad en beneficio de los usuarios. (Catoni, 2001)

En la década de los 80' gracias al logro de financiamiento se produce un aumento exponencial de personas con hemodiálisis crónica, comienza a ser insuficiente el número de profesionales enfermeros/as que se especializan en esta área. Los centros de diálisis apremiados por la necesidad comienzan a entrenar a nuevos profesionales en un corto plazo, se trata de una formación dirigida especialmente a la técnica, muchas veces en desmedro de un cuidado integral del usuario. (Catoni, 2001)

El año 1986 la Pontificia Universidad Católica y la Universidad de Chile, abren un postítulo para profesionales enfermeros/as con mención en nefrourología. (Catoni, 2001)

En la actualidad el profesional enfermero/a debe contribuir a mejorar la CV, otorgando un cuidado integral a la persona en tratamiento de hemodiálisis. (Catoni, 2001)

Es indispensable que el profesional enfermero/a, encargado/a de los cuidados de las personas en tratamiento de sustitución renal, valore frecuentemente no sólo los parámetros de capacidad funcional, sino también los conocimientos frente a la enfermedad con el fin de realizar las intervenciones necesarias de acuerdo a las características y situación de vida por la que está atravesando cada individuo, colaborando así a que el cuidado de enfermería se enfoque en ayudarlos a satisfacer plenamente sus necesidades, lo que incrementaría su conocimiento de las múltiples alternativas que tienen en relación a su salud. (Arquinigo, 2013)

El conocimiento acerca de las capacidades de autocuidado de las personas hemodializadas, posibilitará al profesional enfermero/a determinar las aptitudes frente al desarrollo en la vida cotidiana, el afrontamiento de la patología y la identificación del déficit de autocuidado, lo que permitirá establecer un adecuado plan de cuidados de enfermería con diagnósticos y objetivos acordes a las reales necesidades del individuo. Lo anterior garantiza el éxito del autocuidado, asegura la utilización eficiente de los recursos sanitarios y contribuye a mejorar la CV de los usuarios. (Arquinigo, 2013)

#### 2.2.4 Teoría del Autocuidado según Dorothea Orem

Dorothea Orem, enfermera estadounidense, nació en Baltimore, Maryland en el año 1914; realizó su carrera profesional en la Providence Hospital School of Nursing de Washington D.C. A principios de la década de 1930 obtuvo el diploma de Enfermería; en 1946 obtuvo un Master of Science in Nursing Education en Catholic University of America; durante su práctica profesional fue enfermera quirúrgica, supervisora y profesora de ciencias biológicas. No tuvo un autor que influyó en su teoría, pero si se ha sentido inspirada por varios profesionales relacionados con la enfermería como son: Florence Nightingale, Hildegard Peplau, Martha Rogers, entre otros. (Banfield & Berbiglia, 2011)

La Teoría General del Autocuidado de Dorotea Orem está compuesta por tres sub-teorías: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería. (Arquinigo, 2013)

Define autocuidado como la actividad aprendida por los individuos orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, con el fin de regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Señala además tres requisitos que se desean alcanzar con las prácticas de autocuidado, los cuales corresponden a requisitos universales, del desarrollo y de desviación de la salud. El autocuidado podría

considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir con bienestar. (Arquinigo, 2013)

El déficit de autocuidado se da cuando la relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica y la capacidad de autocuidado desarrollada no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente. Aquí actúan los sistemas de enfermería. (Marriner, 2003)

Los sistemas de enfermería son las acciones que realizan los profesionales enfermeros/as de acuerdo a las necesidades terapéuticas de autocuidado de las personas para proteger y regular el desarrollo de las actividades de autocuidado de los mismos. Considera el concepto “auto” como la totalidad de un individuo, donde no sólo incluye sus necesidades físicas, sino también las necesidades psicológicas y espirituales, y el concepto “cuidado” como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. Las capacidades de autocuidado están directamente influenciadas por la cultura, el grupo social en el que está inserta la persona, el conocimiento de habilidades de autocuidado y el repertorio para mantenerlas, así como por la capacidad para hacer frente a las dificultades con las que se encuentra a lo largo de su historia. (Marriner, 2003)

Con los cambios que impone la IRC, las personas hemodializadas deben modificar su estilo de vida, aprender y realizar actividades para cuidar de sí mismas; todo esto les permitirá sentirse bien y conservar la independencia en su entorno social, laboral y familiar. La capacidad de autocuidado que estos individuos adquieren para desarrollar actividades de la vida diaria y los efectos que les impone esta enfermedad, podrían garantizar el éxito o fracaso de la hemodiálisis. (Arquinigo, 2013)

El autocuidado de la persona en tratamiento de sustitución renal, estará en función de los efectos de la enfermedad , debiendo tener en cuenta los cuidados relacionados con los problemas de

salud que afectan algunos órganos y sistemas; como los cardiovasculares, digestivos, neurológicos, músculo esqueléticos, endocrinológicos, hematopoyéticos, entre otros. Para el sostenimiento, control y manejo de estos problemas, se requiere no sólo de la colaboración del profesional enfermero/a, sino también el autocuidado del individuo, con una intervención efectiva del mismo, la cual comprende: realizar un tratamiento terapéutico estricto; como la administración farmacológica, cumplimiento del tiempo y periodicidad de la hemodiálisis, adherencia adecuada al régimen nutricional indicado, cuidados del acceso vascular y prevención de complicaciones por urgencias dialíticas. A raíz de esto, se hace necesario una valoración integral frecuente a fin de ayudar a la persona hemodializada a mantener una calidad de vida adecuada, otorgándole cuidados de enfermería y herramientas necesarias que lo ayuden a prevenir complicaciones y prolongar su vida de manera saludable, favoreciendo la satisfacción de todas las dimensiones que conforman la calidad de vida (Arquinigo, 2013)

Una de las intervenciones que se ha implementado es la consultoría en enfermería para el manejo de ansiedad y, por otro lado, el efecto del autocuidado en las personas que están recibiendo terapia de sustitución renal. Los profesionales enfermero/as apoyan a las personas hemodializadas, brindando cuidados cuando éstos pierden transitoriamente la capacidad física, psicológica y espiritual de autocuidarse. Esta teoría de enfermería aporta la enseñanza de manejo de signos y síntomas de las personas en tratamiento de sustitución renal, buscando conductas de independencia y bienestar. El profesional enfermero/a tendrá en cuenta la cultura y habilidad de las personas al enseñarles y proporcionarles el cuidado. La independencia del paciente le genera mejor calidad de vida. (Sanhueza y otros, 2005)

### 2.3 Definición de términos

- Calidad de vida:

Es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la satisfacción de la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". (Lucas, 2011) Involucra las siguientes dimensiones:

Física: Es aquella que se refiere a energía, fatiga, dolor, disconformidad, sueño y descanso, movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia a medicamentos y capacidad de trabajo. (Lucas, 2011)

Psicológica: Es aquella que se refiere a imagen corporal, apariencia, sentimientos positivos sentimientos negativos, autoestima, pensar y memorizar espiritualidad y religión. (Lucas, 2011)

Relación Social: Es aquella que se refiere a relaciones personales, apoyo social y actividad sexual. (Lucas, 2011)

Ambiente: es aquella que se refiere a seguridad, ambiente físico, recursos económicos, oportunidad de información, ocio y descanso, hogar, atención sanitaria/ social, transporte. (Lucas, 2011)

- Persona hemodializada:

Corresponde a la persona de género femenino o masculino, mayor a 20 años que presenta pérdida de función renal permanente y con carácter progresivo en su etapa terminal, en tratamiento de hemodiálisis. (MINSAL, 2005)

- Hospital de alta complejidad:

Corresponde al establecimiento con no más de 500 camas de dotación ubicado en la ciudad sede de la dirección del Servicio de Salud, constituyendo el hospital base de cada unidad del sistema con servicios especializados de alta complejidad, ambulatoria y de hospitalización:

-Unidades de Apoyo Clínico Terapéutico: urgencia, pabellón quirúrgico, consultorio adosado (o CDT), unidades de cuidado intensivo (UCI), kinesioterapia y terapia ocupacional.

-Unidades de Apoyo Diagnóstico: laboratorio, banco de sangre, radiología, anatomía patológica.

-Especialidades médicas y quirúrgicas: neurología, oncología, nefrología, neurocirugía, oftalmología entre otros. (MINSAL, 2010)

## 2.4 Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores
<b>1. Calidad de vida</b>	Es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la satisfacción de la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". (OMS,	Física	-Energía y fatiga. -Dolor y disconformidad. -Sueño y descanso. -Movilidad -Actividades de la vida diaria -Dependencia a medicamentos -Capacidad de trabajo

	1998)		
		Psicológica	-Imagen corporal -Sentimientos positivos -Sentimientos negativos -Autoestima -Pensar y memorizar - Espiritualidad y religión.
		Relación Social	-Relaciones personales -Apoyo social -Actividad sexual.
		Ambiente	- Seguridad -Ambiente del hogar - Finanzas - Salud y servicio social -Información disponible -Tiempo libre

			-Ambiente físico - Transporte
<b>2. Persona hemodializada.</b>	Corresponde a la persona de género femenino o masculino, mayor a 20 años, que presenta pérdida de función renal permanente y con carácter progresivo en su etapa terminal, en tratamiento de hemodiálisis.	Género	-Femenino -Masculino.
		Edad	Menor de 65 años  Mayor de 65 años
		Tiempo de hemodiálisis	0-3 años. 3 años y 1 día a 6 años. 6 años y 1 día a 9 años. 9 años y 1 día a 12 años. 12 años y 1 día a 15 años. 15 años y 1 día a 18 años

## CAPÍTULO 3 MATERIAL Y MÉTODOS

---

### 3.1 Diseño de la investigación

Investigación cuantitativa de tipo descriptiva, transversal.

### 3.2 Población en estudio

La población de la investigación está constituida por 38 adultos de género femenino y masculino pertenecientes a la Unidad de Diálisis del Hospital de alta complejidad médica Carlos Van Buren durante el periodo comprendido entre 28 y 31 de enero de 2013, en la comuna de Valparaíso.

### 3.3 Selección de la muestra

La población está definida considerando el estado de salud de las personas encuestadas y su disposición para contestar el Instrumento Calidad de vida.

#### 3.3.1 Criterios de exclusión

Con diagnóstico médico de alteración cognitiva.

### 3.4 Descripción del instrumento

Para el desarrollo de esta investigación se indagaron estudios de la disciplina de enfermería con un modelo propio, no encontrándose ninguno, es por ello que se determinó elaborar un cuestionario titulado: “Calidad de vida en personas hemodializadas”, el cual comprende una primera y segunda parte, los que fueron aplicados en el hospital de alta complejidad médica: Comuna de Valparaíso, posterior al consentimiento informado.

Los testistas cumplieron la función de monitores, ya que explicaron a las personas como contestar los cuestionarios y aclararon las dudas. Los testistas aplicaron el cuestionario en la unidad de hemodiálisis

El cuestionario: “Calidad de vida en personas hemodializadas” consta de dos partes, la *primera parte* corresponde a antecedentes personales: género, edad, y tiempo de tratamiento en hemodiálisis, y la *segunda parte* corresponde a el cuestionario “WHOQOL-BREF”.

El cuestionario “WHOQOL-BREF”, es la versión abreviada del cuestionario WHOQOL-100. Luego de la validación del cuestionario en España, la aplicación del WHOQOL-BREF en Chile, ofrece medidas fiables y estructuralmente válidas en relación al modelo propuesto inicialmente de la evaluación de calidad de vida de la OMS. Por lo anterior, se recomienda este cuestionario como adecuado para su uso en nuestro medio, tanto en estudios poblacionales como en estudios clínicos. (Alvo, y otros, 2009).

El cuestionario Calidad de vida en personas hemodializadas evalúa la percepción de CV según la satisfacción de sus dimensiones física, psicológica, relación social y ambiente que el individuo ha tenido durante las últimas dos semanas, a través de un instrumento con cuatro tipo de respuestas: evaluación, intensidad, capacidad y frecuencia teniendo todas ellas una graduación según una escala likert de 5 puntos como el máximo de acuerdo a la alternativa escogida. A continuación, las escalas de respuesta del cuestionario Calidad de vida en personas hemodializadas.

Evaluación:

Muy mal	Un poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
---------	---------	-----------	---------------	----------

Intensidad:

Muy satisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
------------------	----------------	-----------	--------------------------	------------------

Capacidad:

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
------	---------	-----------	----------	----------------

Frecuencia:

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
-------	-----------	--------------	----------------	---------

### 3.5 Procedimiento de recolección de datos

#### 3.5.1 Criterios del análisis de datos

Luego de finalizar la aplicación del instrumento y la recolección de datos se procede a contactar al estadístico externo, quien mediante el Epi Info™ 7.1.1.0, y microsoft excel realiza el análisis de los datos y resultados obtenidos. En primer lugar se realizó una tabulación de los datos sociodemográficos y de las preguntas del cuestionario, luego de esto se realizó un análisis descriptivo de la variable, calidad de vida y antecedentes personales de la persona hemodializada.

La metodología de asignación de puntaje a cada respuesta del instrumento, análisis de relaciones entre puntajes de cada dimensión y por último la obtención del puntaje global de calidad de vida

se realiza mediante el scoring del cuestionario, para lo cual el grupo WHOQOL otorga dos tablas de conversión de puntajes con la siguiente clasificación: (Bernardoni y Rincón, 2011)

Las tablas fueron creadas en 1991 por el grupo WHOQOL quienes utilizaron la sintaxis ofrecida por el programa SPSS (Statistical Package for Social Science) con el que es posible revisar, recodificar y establecer las puntuaciones de cada dimensión, a raíz de los resultados obtenidos en las pruebas realizadas en los 15 países colaboradores del grupo WHOQOL. (Bernardoni y Rincón, 2011)

La Tabla de conversión de puntajes para el análisis de los resultados de la calidad de vida global considera los siguientes criterios de clasificación: CV mala correspondiente a una puntuación igual o inferior a 69 puntos, CV regular con una puntuación que va de 70 a 99 puntos, CV buena que corresponde a un puntaje de 100 a 130 puntos. (Bernardoni y Rincón, 2011)

la Tabla de conversión de puntajes para el análisis de los resultados de satisfacción por dimensión, considera los siguientes parámetros de clasificación: satisfacción baja con un puntaje igual o inferior a 47 puntos, satisfacción moderada con una puntuación que va desde 48 a 73 puntos y satisfacción alta con un puntaje igual o mayor a 74 puntos. (Freire, 2007)

### 3.5.2 Autorizaciones

- Solicitud de permisos para la utilización del cuestionario WHOQOL-BREF vía correo electrónico, el contacto se realizó con el grupo WHOQOL en Suecia, a través de la Estadística e Informática en salud Sibel Volkan, quien otorgó la carta de autorización e instrumento en su versión en español.
- Presentación ante el comité científico del hospital Carlos Van Buren de los conceptos fundamentales que justifican el estudio, obteniendo posteriormente la aprobación del mismo.

### 3.5.3 Plan de recolección de los datos y organización del trabajo en terreno

- Coordinación con profesional enfermera supervisora Leticia Polanco de la Unidad de Diálisis, para obtener la autorización de ingreso al servicio, determinar días y horarios de aplicación.
- Organización y distribución en dos grupos; el primero compuesto por 3 integrantes los cuales aplicaron el cuestionario en horario AM y el segundo grupo compuesto por 4 integrantes en horario PM, cada uno de ellos asiste a la Unidad con delantal institucional e identificaciones correspondientes.
- Aplicación del cuestionario por los tesisistas en el período comprendido desde el 28 al 31 de enero de 2013, en dos horarios: mañana de 9:30 a 11:00 hrs y tarde de 13:30 a 15:00 hrs.
- Procedimiento de aplicación del cuestionario: presentación del grupo e introducción del estudio, lectura y firma del consentimiento informado para participar en el estudio (anexo n° 2), desarrollo de cuestionario y cordial despedida.
- En casos especiales, tales como personas no videntes y/o analfabetas se solicita la huella dactilar en reemplazo de la firma. Al decidir participar se les pidió nombre y firma en ambas copias del consentimiento, dejando una de ellas en su poder y otra como respaldo para el estudio.

### 3.6 Procesamiento y análisis de datos

#### 3.6.1 Scoring del cuestionario WHOQOL-BREF

El cuestionario WHOQOL-BREF contiene un total de 26 preguntas, las cuales se subdividen en 24 preguntas referidas a 4 dimensiones y dos preguntas globales: CV global y salud general. El instrumento considera un constructo multidimensional, lo que permite una puntuación de CV total y un perfil de satisfacción de las cuatro dimensiones: física, psicológica, relación social y ambiente, puntuadas en forma independiente en una dirección positiva de 0 a 100, en donde los puntajes más altos muestran una mayor CV.

Para calcular los puntajes de cada dimensión se suman los puntajes brutos obtenidos en cada pregunta, entendiéndose como puntaje bruto la suma de los puntos obtenidos en las 24 preguntas referidas a las 4 dimensiones, en donde cada una de ellas presenta un total de preguntas definidas, dimensión física con 7, psicológica 6, relación social 3 y ambiente 8.

A continuación se muestra el cuadro para obtener los puntajes por dimensión creado por el grupo WHOQOL en 1991, que explica las preguntas según ítems, asignación de puntaje y la fórmula de conversión de puntaje para cada una de ellas:

<i>Dimensión</i>	<i>Fórmula</i>	<i>Rango de puntuación</i>
<b>Física</b>	$[6-(n^{\circ} 3)] + [6-(n^{\circ} 4)] + n^{\circ}10 + n^{\circ}15 + n^{\circ}16 + n^{\circ}17 + n^{\circ}18$	0 a 35 puntos
<b>Psicológica</b>	$n^{\circ}5 + n^{\circ}6 + n^{\circ}7 + n^{\circ}11 + n^{\circ}19 + [6-(n^{\circ}26)]$	0 a 30 puntos
<b>Relación social</b>	$n^{\circ}20 + n^{\circ}21 + n^{\circ}22$	0 a 15 puntos
<b>Ambiente</b>	$n^{\circ}8 + n^{\circ}9 + n^{\circ}12 + n^{\circ}13 + n^{\circ}14 + n^{\circ}23 + n^{\circ}24 + n^{\circ}25$	0 a 40 puntos

Nota: n° se refiere al número de la pregunta en el cuestionario, por ejemplo pregunta número 3 es igual a n°3. (Organization, World Health, 1996)

Luego para transformar los puntajes de los 4 ítems a la escala de 0 a 100 se utilizan los rangos más altos de cada ítem y se utiliza una regla de 3.

Ejemplo:

En la dimensión Física el rango más alto es de 35 puntos, si se obtiene un puntaje de 25 puntos se hace una regla de 3:

$$X = \frac{25 \times 100}{35}$$

$$35$$

$$X = 71 \text{ puntos.}$$

Este resultado se interpreta mediante el baremo de las dimensiones de la CV, creado por el grupo WHOQOL en 1991, con los siguientes criterios:

**Baremo de interpretación de las dimensiones de la CV: Las dimensiones física, psicológica, relación social y ambiente.**

puntaje inferior a 47	Satisfacción baja
puntaje desde 48 a 73	Satisfacción moderada
puntaje mayor a 74	Satisfacción alta

(Organization, World Health, 1996)

Para obtener la CV global el valor menor es de 26 puntos y el valor total es de 130 puntos. Al calcular los puntajes totales de CV se suman los puntajes de cada dimensión más los puntajes de las dos preguntas globales que corresponden a la n° 1 y n° 2 del cuestionario, este resultado se interpreta mediante una tabla elaborada por el grupo WHOQOL en 1991 con los siguientes criterios:

**Baremo de interpretación del instrumento, 4 dimensiones y 2 preguntas globales.**

Puntaje inferior a 69	Mala
Puntaje desde 70 a 99	Regular
Puntaje mayor de 100 a 130	Buena

Donde a mayor puntaje mayor es la percepción de la calidad de vida global. (Organization, World Health, 1996)

### 3.6.2 Programa estadístico

En el presente estudio se utilizaron los siguientes programas:

- Software Epi Info <sup>TM</sup> 7.1.1.0 este es un programa de colección, administración, análisis, visualización y de reporte de datos ligados al área de los profesionales de la salud, se utiliza alrededor del mundo por su rápido asesoramiento en temas de brotes de enfermedades, desarrollos de sistemas de vigilancias epidemiológicas de pequeño y mediano tamaño y para publicaciones científicas del área pública en empresas de salud.
- Microsoft Excel, distribuido por Microsoft Office, es un programa útil para gestionar listas o bases de datos, que permite a los usuarios elaborar tablas y formatos que incluyan cálculos matemáticos mediante fórmulas y funciones.

### 3.6.3 Confiabilidad de la prueba

Respecto a los resultados obtenidos en la confiabilidad de la prueba se observa que el cuestionario utilizado en el presente estudio es altamente confiable con un alfa de cronbach de 0,93, dicha información deja en manifiesto que las respuestas vertidas representan en totalidad lo preguntado en el instrumento. Se utilizó la siguiente fórmula para determinar la confiabilidad del cuestionario:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

**K:** El número de ítems

**Si<sup>2</sup>:** Sumatoria de Varianzas de los Ítems

**ST<sup>2</sup>:** Varianza de la suma de los Ítems

**α:** Coeficiente de Alfa de Cronbach

El cálculo se realiza con Epi Info <sup>TM</sup> 7.1.1.0 y el valor calculado es el apropiado, ya que lo determina con cálculos de las distancias de los ítems y todos los supuestos que existen detrás.

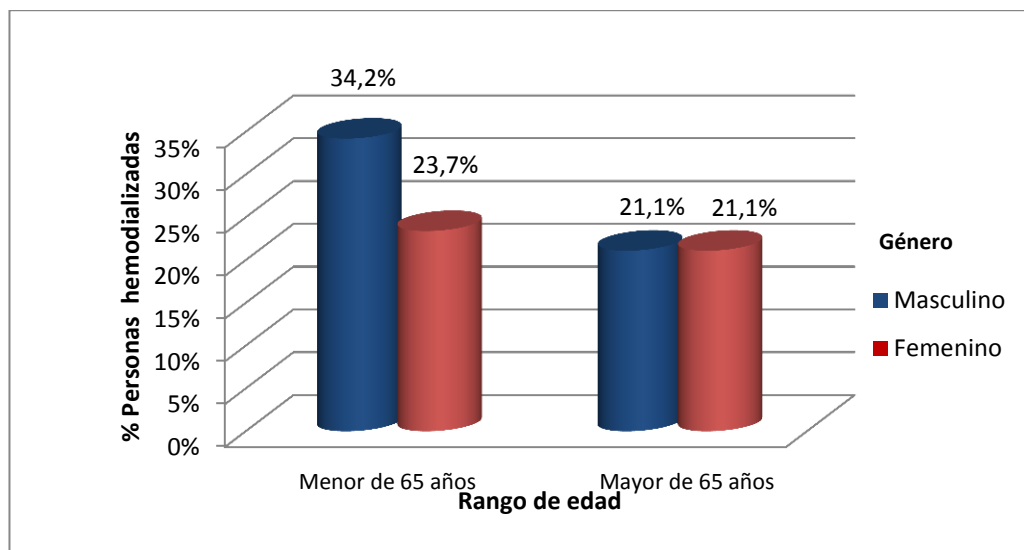
## CAPÍTULO 4 RESULTADOS

---

### 4.1 Características de la muestra:

#### GRÁFICO N° 1:

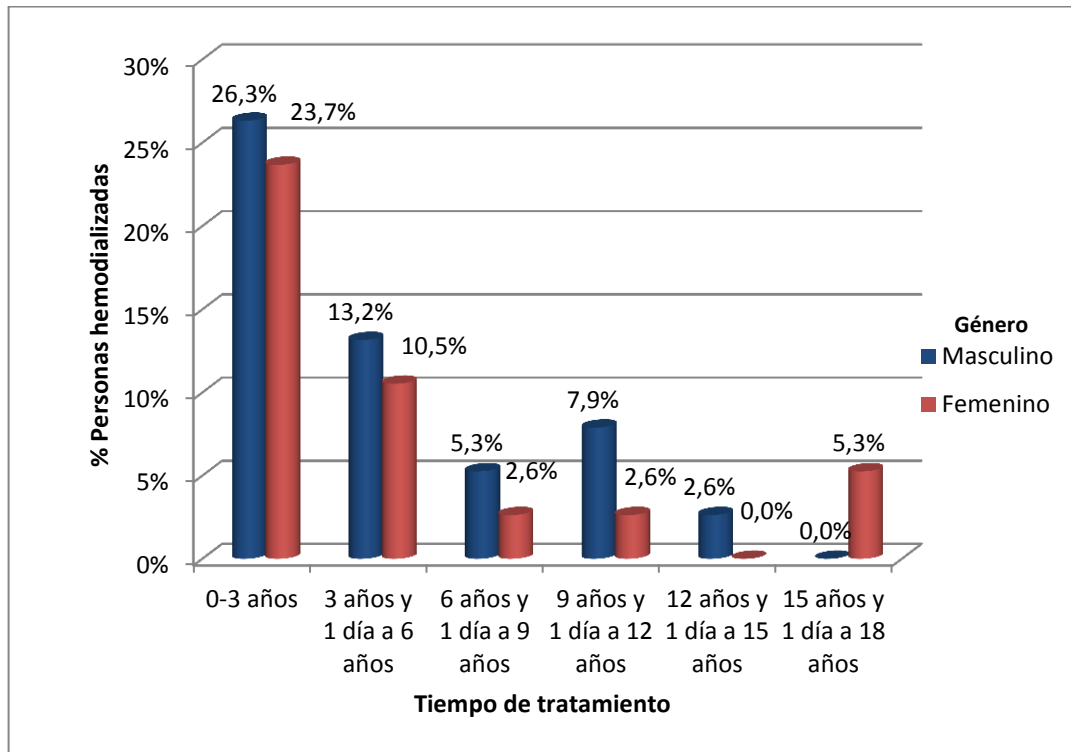
“Distribución de personas hemodializadas por rango de edad y género, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”



Al analizar la distribución de personas hemodializadas por rango de edad y género en Unidad de Diálisis de Hospital Carlos Van Buren, se puede observar que del total de los encuestados que se encuentran en el rango *Mayor de 65 años* la distribución es similar para el *género femenino* y *masculino*, mientras en el rango *Menor de 65 años* se observa un predominio en el *género masculino* por sobre el *femenino*.

**GRÁFICO N° 2:**

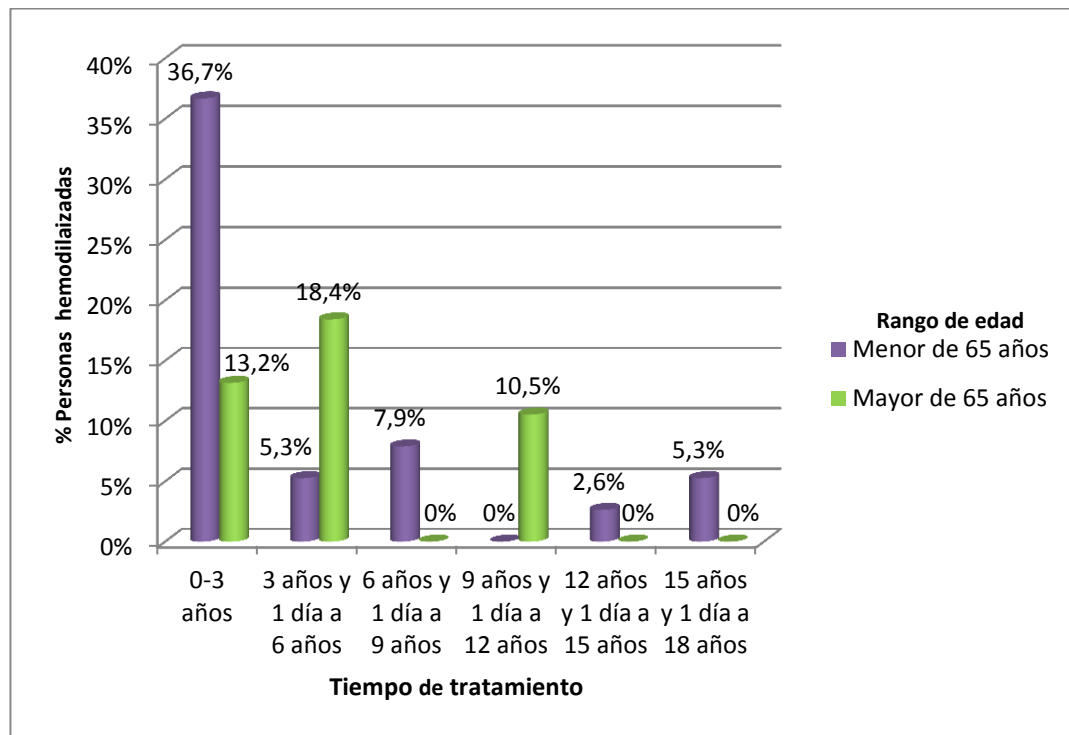
“Distribución de personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y género, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”



En el gráfico distribución de la población por género y tiempo de tratamiento; se observa que la mayor concentración de personas se encuentra en el *rango 0 a 3 años* de tratamiento, disminuyendo paulatinamente la concentración de personas a medida que avanza el tiempo de tratamiento. Además se observa que en todos los rangos de tiempo de tratamiento existe predominio del *género masculino* por sobre el *femenino*, a excepción del *rango de 15 a 18 años* de tratamiento, en el cual el *género masculino* no se encuentra presente.

**GRÁFICO N° 3:**

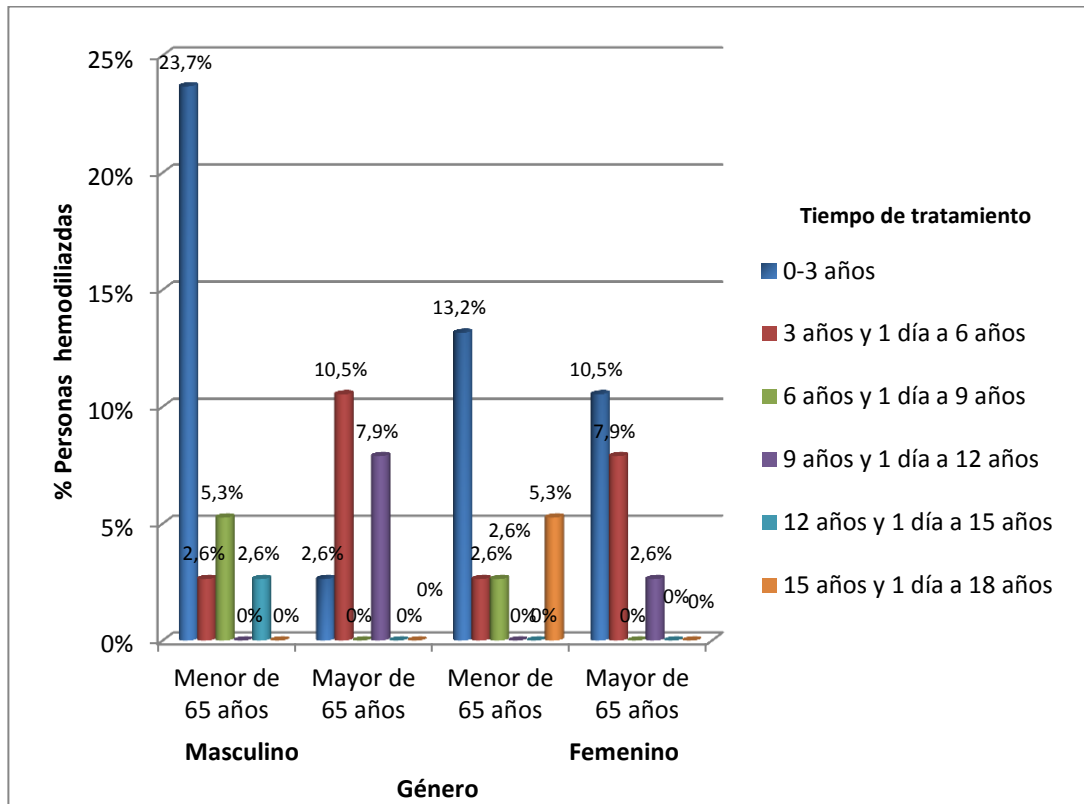
“Distribución de personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y rango de edad, en  
 Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”



Al analizar la distribución de la población por rango de edad v/s tiempo de tratamiento, se observa que el mayor porcentaje de la población se encuentra en el *rango 0 a 3 años* con un 49.9 %, en este mismo rango es predominante la categoría *menor de 65 años* con un 36,7% de la población total.

**GRÁFICO N° 4:**

*“Distribución de personas hemodializadas por género, rango de edad y tiempo de tratamiento, en unidad de diálisis, Hospital Carlos Van Buren”*



**Tabla N°4**

Género vs Edad vs Tiempo de tratamiento.		0-3 años	3 años y 1 día a 6 años	6 años y 1 día a 9 años	9 años y 1 día a 12 años	12 años y 1 día a 15 años	15 años y 1 día a 18 años
Masculino	Menor de 65 años	23,68%	2,63%	5,26%	0%	2,63%	0%
	Mayor de 65 años	2,63%	10,53%	0%	7,89%	0%	0%
Femenino	Menor de 65 años	13,16%	2,63%	2,63%	0%	2,63%	5,26
	Mayor de 65 años	10,53%	7,89%	0%	2,63%	0%	0%

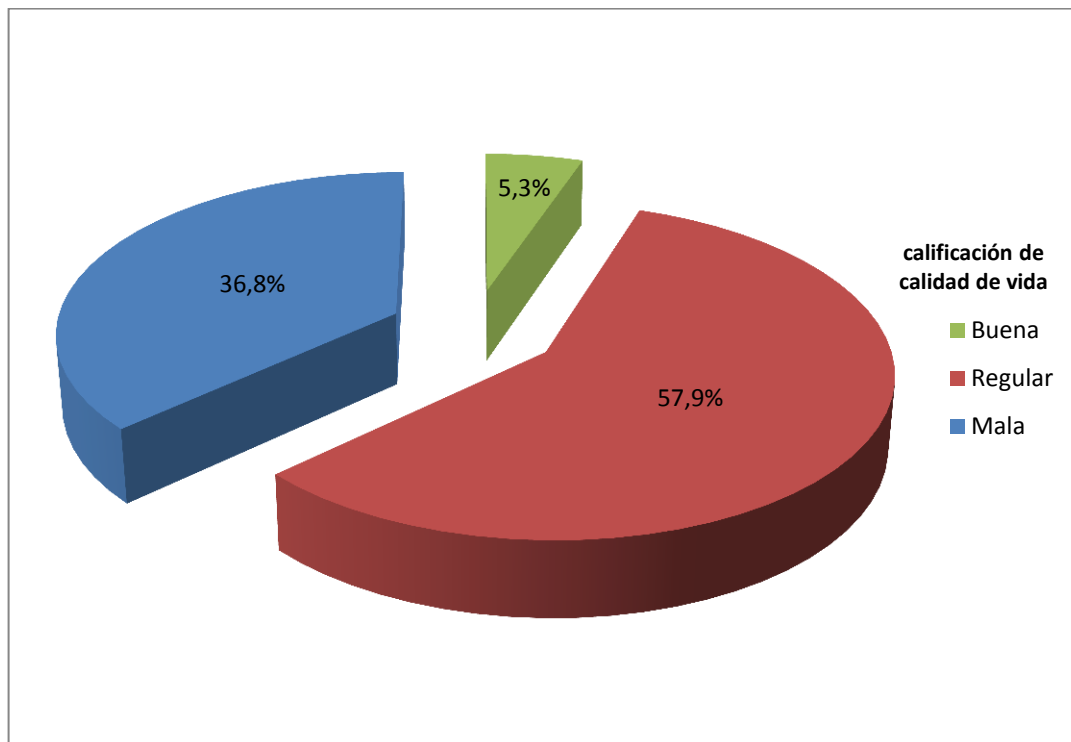
Al analizar la distribución de la población por género, edad y tiempo de tratamiento, se observa que del total de la población de *género masculino* que tiene un tiempo de tratamiento entre *0 y 3 años* existe una disminución que va de un 23.68% a un 2.63% de la población entre *menor de 65 años* y *mayor a 65 años* respectivamente, correspondiendo a una disminución del 89% de la población.

## 4.2 Presentación en tablas, gráficos y figuras relevantes para el estudio

### 4.2.1 Análisis descriptivo

#### GRÁFICO N° 5:

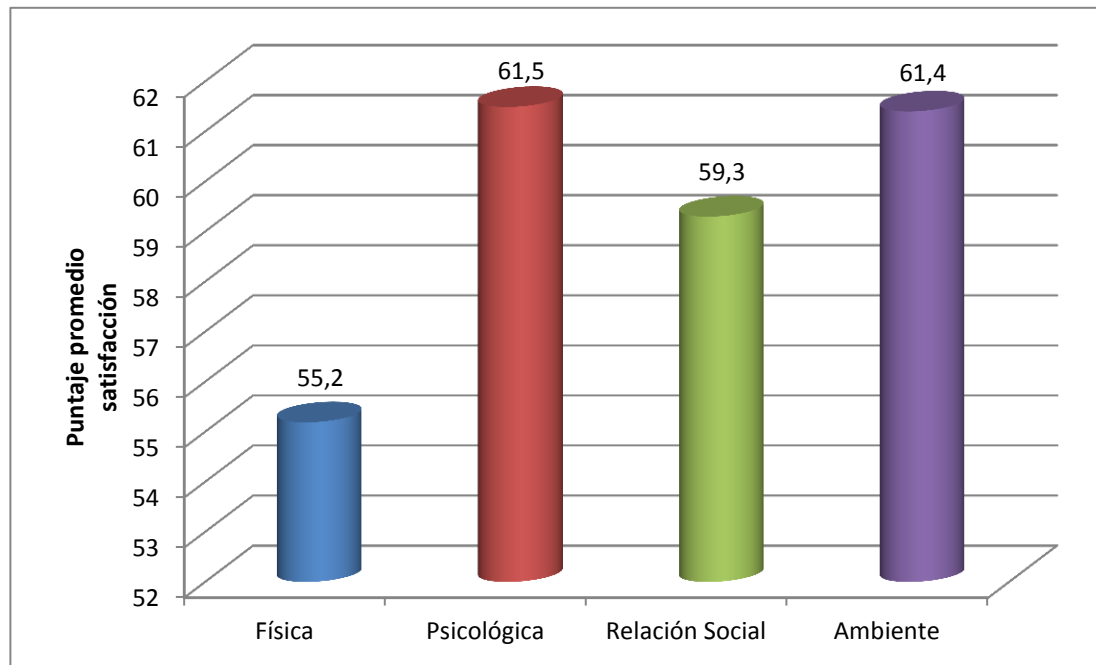
“Distribución de personas hemodializadas por clasificación de calidad de vida global, en  
Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”



En el gráfico N°5 distribución de la calidad de vida de las personas hemodializadas, la clasificación predominante de calidad de vida es de tipo *regular*, con un 57,8%, seguida de un 36,94% que tipifica su calidad de vida como *baja*, y un porcentaje muy por debajo de estos que clasifica su calidad de vida como *buena* con sólo un 5,26%.

**GRÁFICO N° 6:**

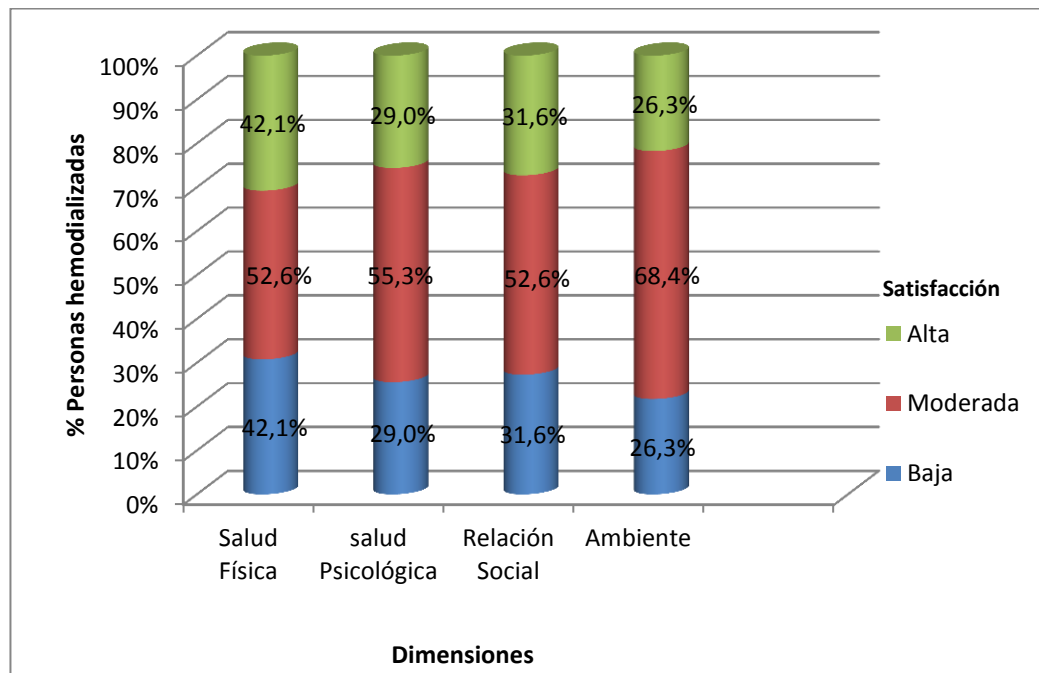
“Satisfacción de las personas hemodializadas por dimensión, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”



Al analizar los datos obtenidos de las personas hemodializadas por cada dimensión, se observa que el mayor puntaje promedio corresponde a la *dimensión psicológica* con 61,49 puntos, esto demuestra que la satisfacción de dicha dimensión es *moderada*. En contraposición, la *dimensión física* presenta el menor puntaje promedio con 55,19 puntos, que también corresponde a una *satisfacción moderada*.

**GRÁFICO N° 7:**

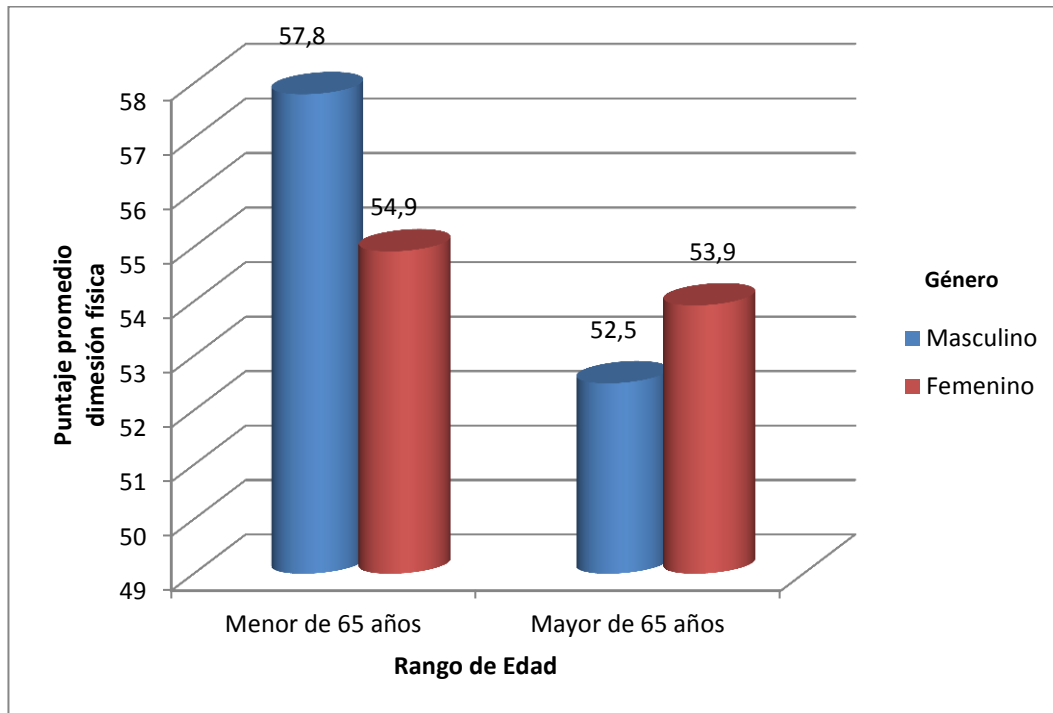
“Distribución de personas hemodializadas según satisfacción por dimensión, en unidad de diálisis, Hospital Carlos Van Buren”



En el gráfico N° 7 se destaca a modo general, el predominio de la satisfacción de calidad de vida puntuada como *moderada* en las cuatro dimensiones, además se visualiza que la dimensión que más se ve afectada con puntuación de *baja* satisfacción en la calidad de vida es la *dimensión física* con un 42,11%. Por último es importante destacar los bajos porcentajes de personas que obtuvieron una satisfacción *alta* para las cuatro dimensiones de la calidad de vida.

**GRÁFICO N° 8:**

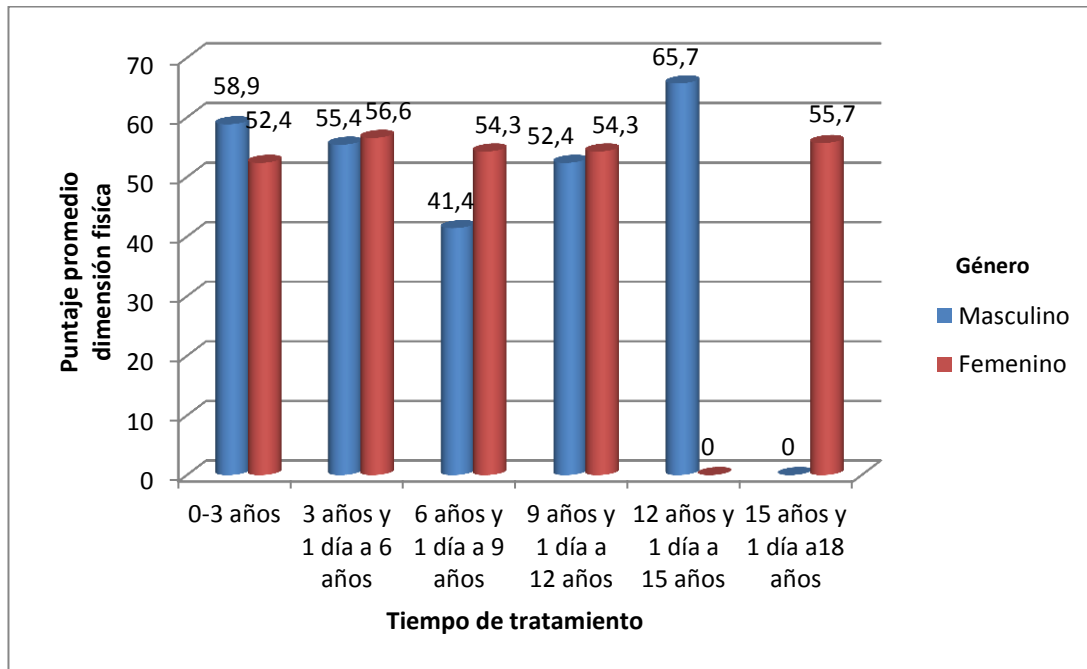
“Satisfacción en la dimensión física de las personas hemodializadas por rango de edad y género, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”



En relación al gráfico N° 8, se puede evidenciar que la población *menor de 65 años* presenta una mejor satisfacción general en la *dimensión física* con respecto a la población *mayor de 65 años*. Se observa que población *menor de 65 años*, el *género masculino* es quien presenta la mayor satisfacción en la *dimensión física*, superando los 57 puntos promedio, correspondiente a una *satisfacción moderada*.

**GRÁFICO N° 9:**

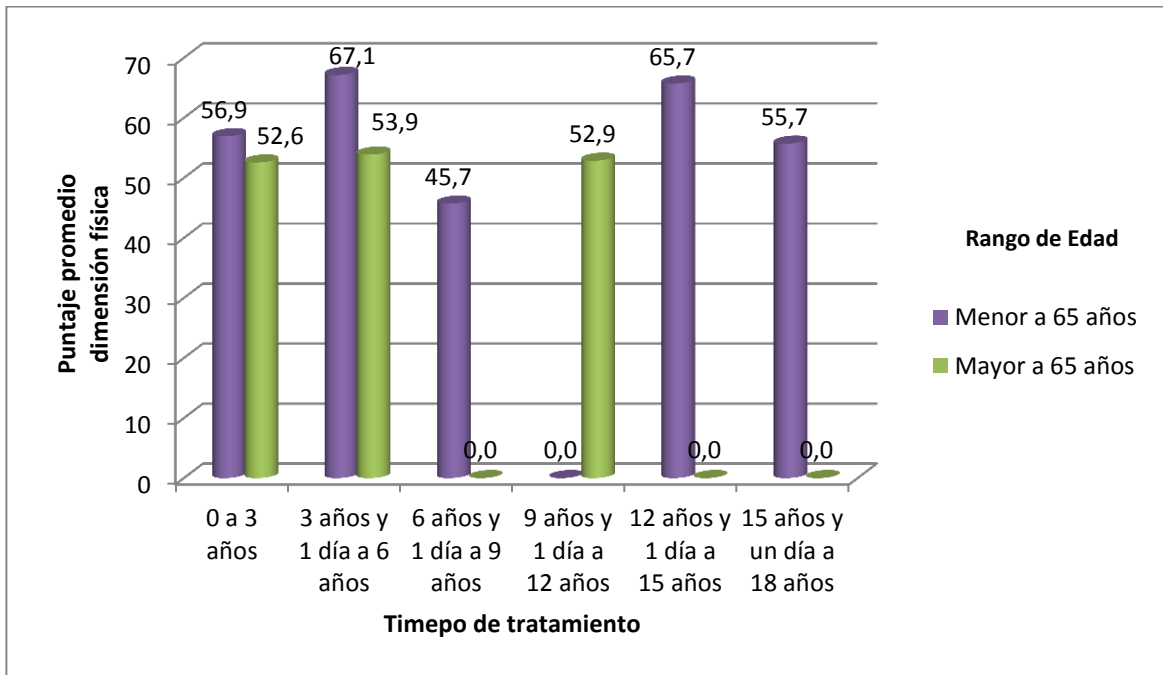
“Satisfacción en la dimensión física de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y género, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”



Al analizar los resultados obtenidos de las personas hemodializadas en la *dimensión física*, se observa que el mayor puntaje promedio se encuentra en el género masculino en el tiempo de tratamiento de 12 años 1 día a 15 años, llegando a los 65,71 puntos correspondiente a una *satisfacción moderada*. Por otra parte el menor puntaje se obtuvo en el género masculino en el tiempo de tratamiento de 6 años 1 día a 9 años, con 40 puntos promedio, correspondiente a una *satisfacción baja*.

**GRÁFICO N° 10:**

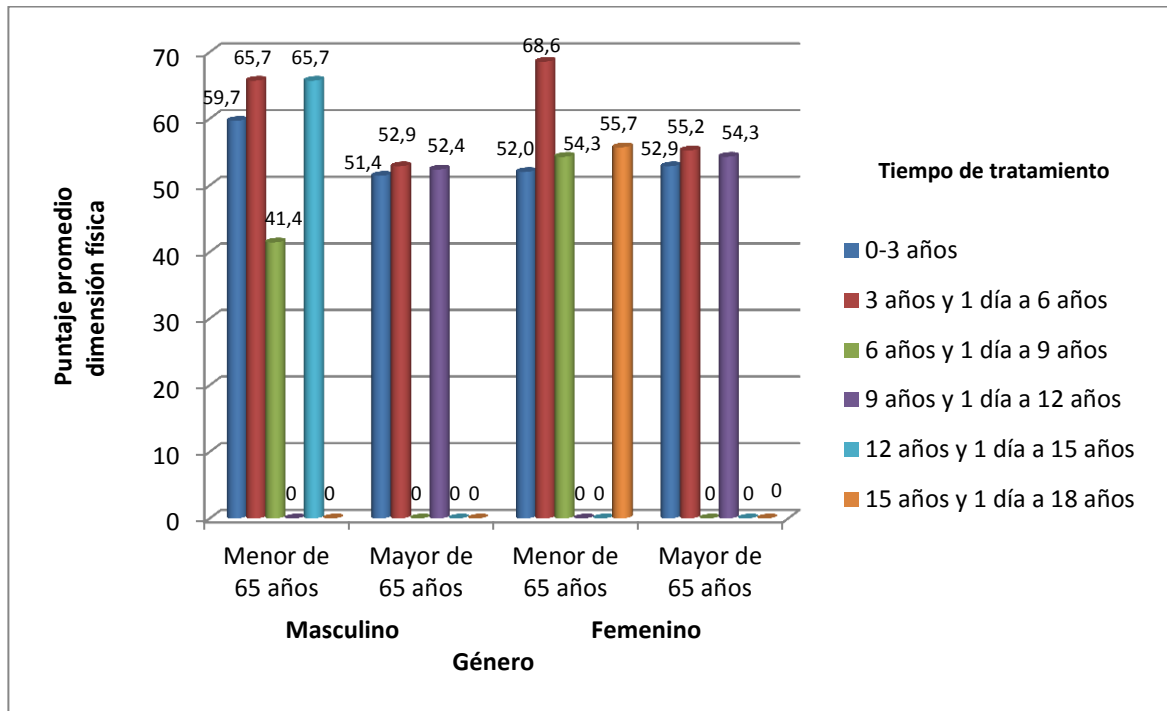
“Satisfacción en la dimensión física de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y rango de edad, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”



Al analizar los resultados obtenidos de las personas hemodializadas en su *dimensión física*, se observa que el mayor puntaje promedio se encuentra en el *género masculino* con un tiempo de tratamiento de *12 años 1 día a 15 años*, llegando a los 65,71 puntos, correspondiente a una *satisfacción moderada*. Por otra parte el menor puntaje se obtuvo en el *género masculino* con un tiempo de tratamiento de *6 años 1 día a 9 años*, con 40 puntos promedio, correspondiente a una *satisfacción baja*.

**GRÁFICO N° 11:**

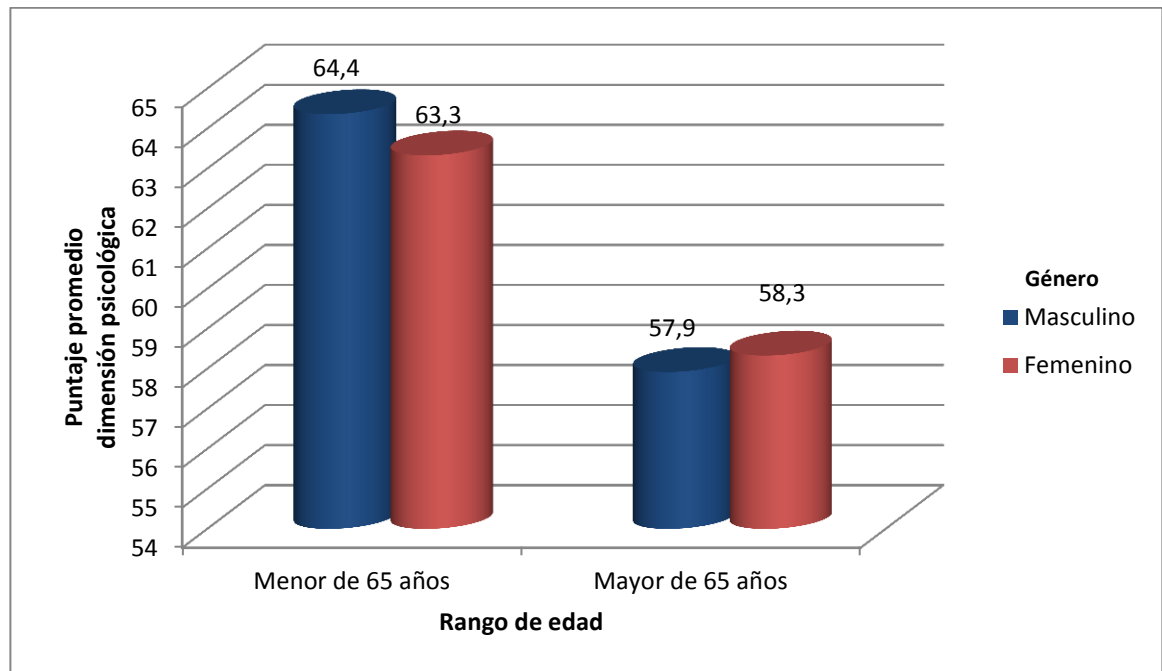
“Satisfacción en la dimensión física de las personas hemodializadas por género, rango de edad y tiempo de tratamiento, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”



Al analizar el gráfico N° 11 se observa que el menor puntaje obtenido en la *dimensión física* corresponde a las personas en el *rango menor de 65 años* de *género masculino* con un puntaje promedio de 41,43 en el tiempo de tratamiento de *6 años 1 día a 9 años*, que corresponde a una *satisfacción baja*. Por otra parte los mayores puntajes promedios obtenidos en esta dimensión corresponden a las personas en el *rango menor de 65 años* de los *géneros femenino y masculino*, con 68,57 y 65,71 puntos respectivamente, en el tiempo de tratamiento de *3 años 1 día a 6 años*, puntaje que se clasifican como *satisfacción moderada*.

**GRÁFICO N° 12:**

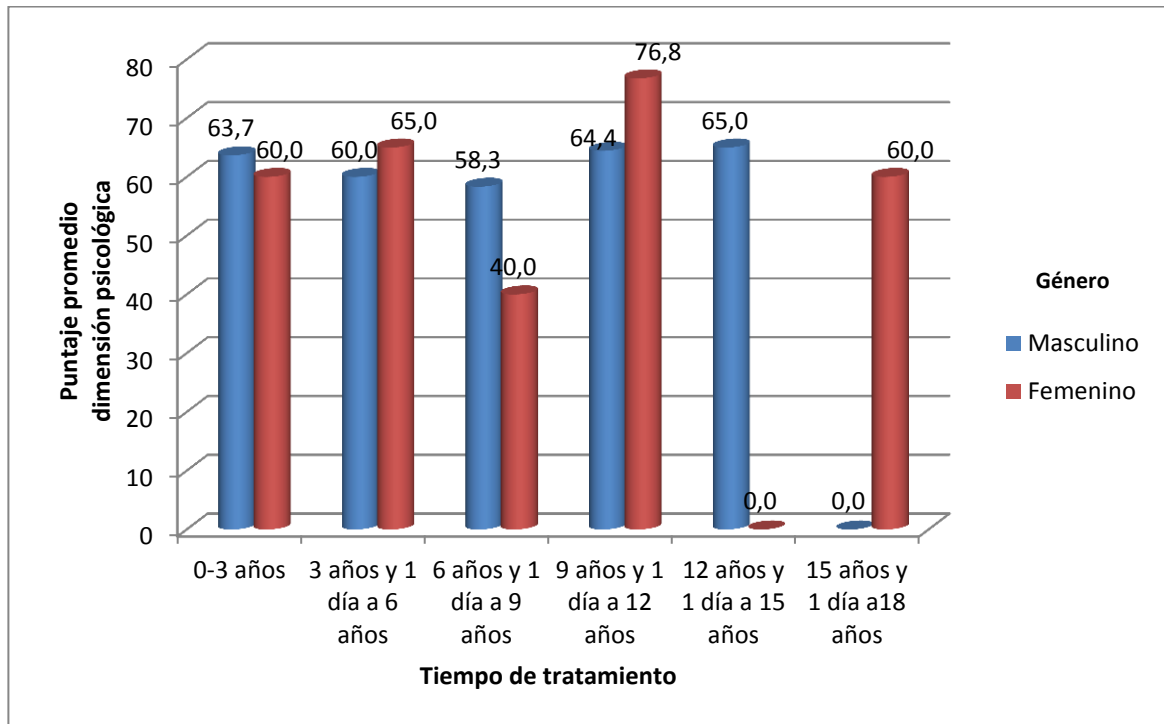
“Satisfacción en la dimensión psicológica de las personas hemodializadas por rango de edad y género, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”



Al analizar los resultados obtenidos de las personas hemodializadas en la *dimensión psicológica* del gráfico N°12, se observa una gran diferencia entre los rangos de edades, en donde los mayores puntajes corresponden a las personas *menores de 65 años* con 63.33 puntos para el *género femenino* y 64.36 puntos para el *género masculino*, ambos puntajes correspondientes a *satisfacción moderada*. Por otro lado, la diferencia entre géneros no es significativa entre los rangos de edad.

**GRÁFICO N° 13:**

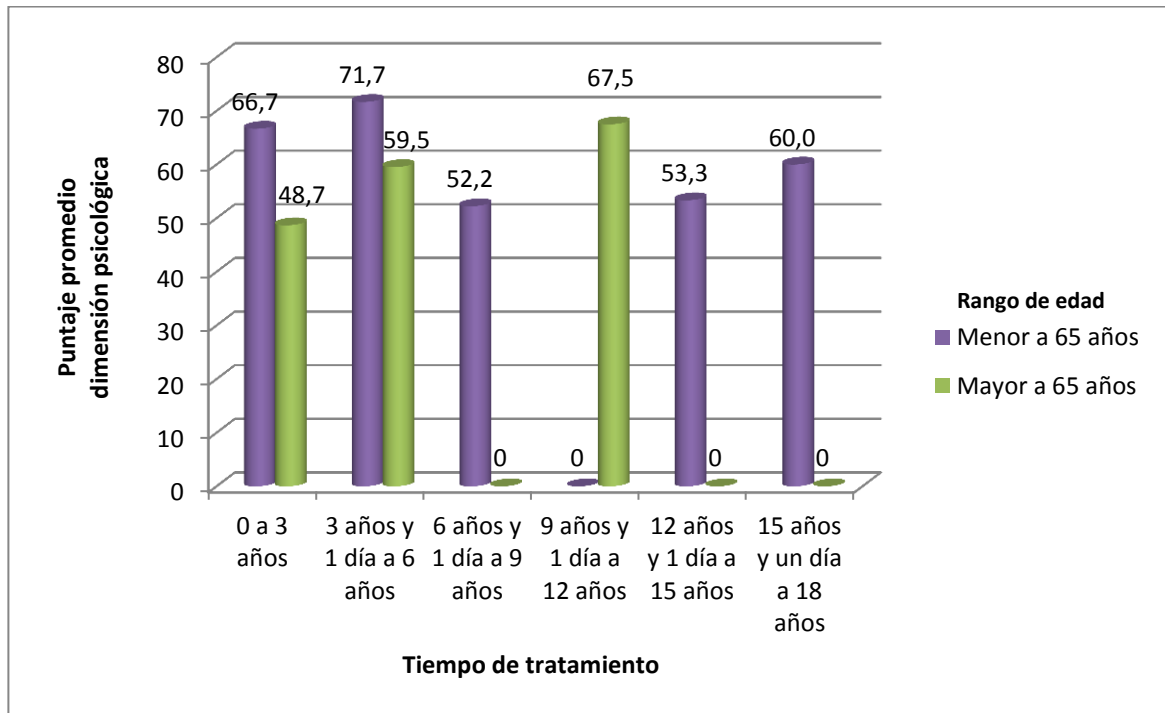
“Satisfacción en la dimensión psicológica de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y género, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”



Al analizar los datos obtenidos en el gráfico N°13 respecto a la *dimensión psicológica* se observa que el menor puntaje obtenido corresponde al *género femenino* en tiempo de tratamiento de *6 años 1 día a 9 años* con un puntaje promedio de 40 puntos, perteneciente a la categoría *satisfacción baja*, mientras que el mayor puntaje se obtuvo en el mismo género en un tiempo de tratamiento de *9 años 1 día a 12 años* con un puntaje promedio de 76,67 puntos, que corresponde a la categoría *satisfacción alta*. Además se observa que las demás categorías fluctúan entre una media de 55 a 65 puntos, clasificándose como *satisfacción moderada*.

**GRAFICO N° 14:**

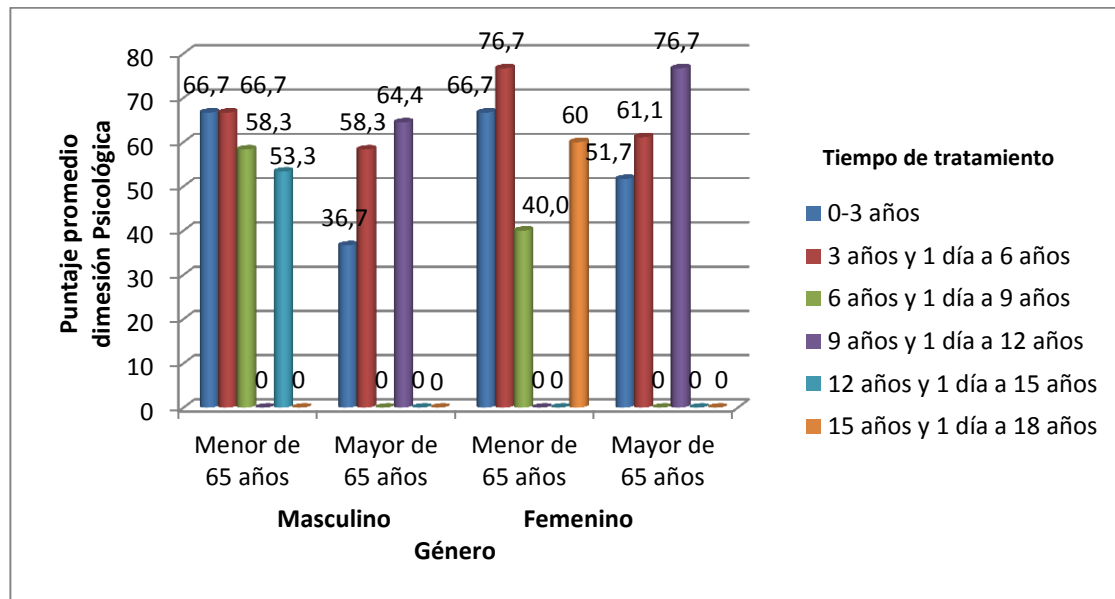
“Satisfacción en la dimensión psicológica de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y rango de edad, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”



Según los datos obtenidos en el gráfico N° 14 en la *dimensión psicológica*, se observa que el mayor puntaje promedio es 71,67 puntos, clasificándose como *satisfacción moderada* que corresponde a las personas *menores de 65 años* en tiempo de tratamiento de *3 años 1 día a 6 años*. En contraposición, las personas *mayores de 65 años* en un tiempo de tratamiento de *0 a 3 años* presentan el menor puntaje promedio con 48,67 puntos, lo cual se clasifica en *satisfacción moderada*.

**GRÁFICO N° 15:**

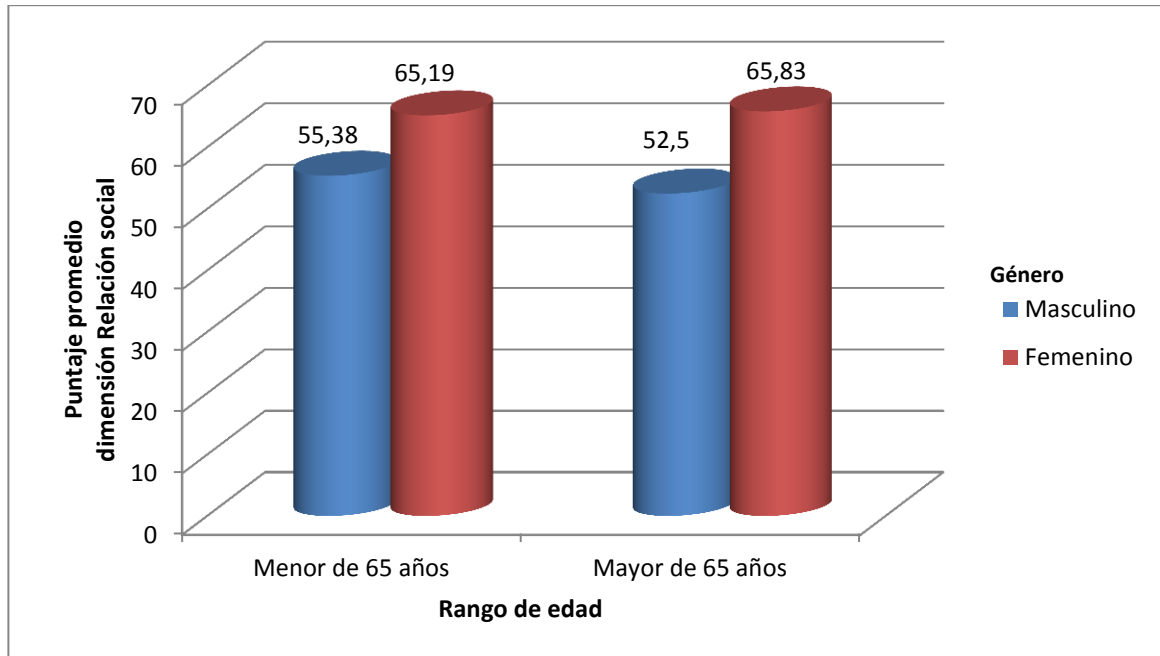
“Satisfacción en la dimensión psicológica de las personas hemodializadas por género, rango de edad y tiempo de tratamiento, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”



Al analizar los puntajes obtenidos en la *dimensión psicológica* según rango edad, género y tiempo de tratamiento, se observa que los mayores puntajes se encuentran en el *género femenino*, destacándose en las *mayores de 65 años* con un tiempo de tratamiento entre *9 años 1 día y 12 años* y en las *menores de 65 años* con un tiempo de tratamiento de *3 años 1 día a 6 años*, ambas categorías con un puntaje promedio de 76,67 puntos, lo cual corresponde a una *satisfacción alta*. Por el contrario, los menores puntajes corresponden a las personas de *género masculino mayores de 65 años* con un tiempo de tratamiento de *0 a 3 años* con puntaje promedio de 36,67 puntos, lo que se clasifica como *satisfacción baja* y en personas de *género femenino menores de 65 años* con tiempo de tratamiento de *6 años 1 día a 9 años* el puntaje promedio es de 40 puntos, correspondiente a una *satisfacción baja*.

**GRÁFICO N° 16:**

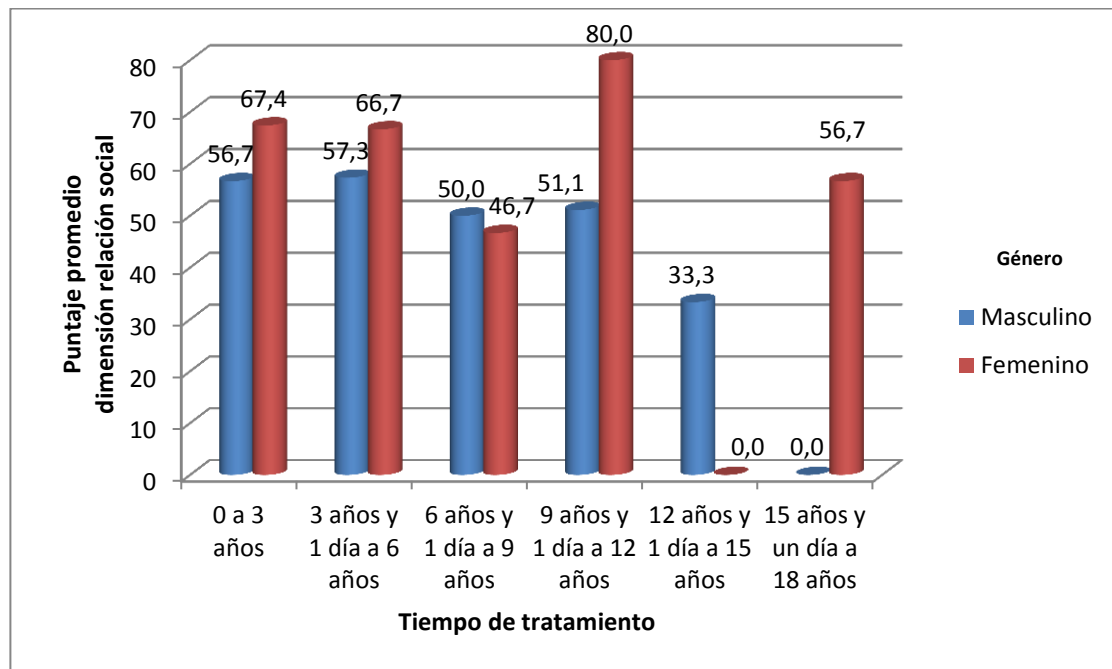
“Satisfacción en la dimensión relación social de las personas hemodializadas por rango de edad y género, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”



Al analizar los resultados obtenidos de las personas hemodializadas en la *dimensión relación social* según género y rango de edad, se observa que los mayores puntajes corresponden al *género femenino*, con 65,19 puntos en personas *menores de 65 años* y con 65,83 puntos en personas *mayores de 65 años*, por sobre las de *género masculino*, con un 55,38 puntos para *menores de 65 años* y 52,50 puntos para *mayores de 65 años*. Todos estos valores se clasifican como *satisfacción moderada*. Además los puntajes obtenidos por rango de edad son similares.

**GRÁFICO N° 17:**

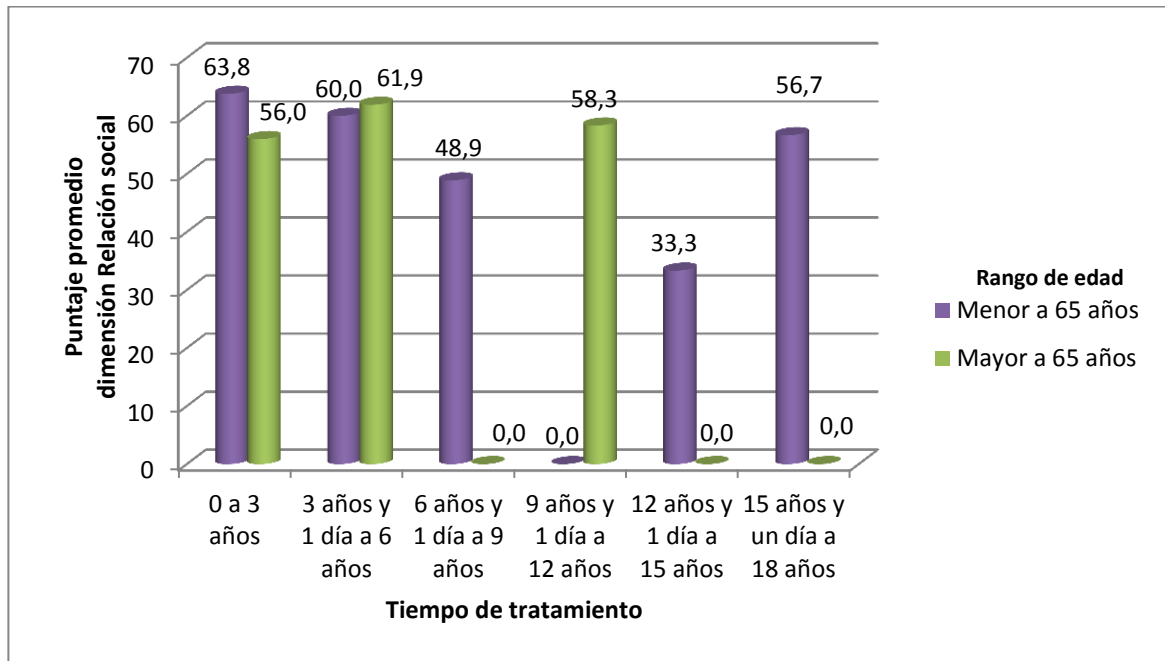
“Satisfacción en la dimensión relación social de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y género, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”



Al analizar los puntajes promedio en la *dimensión relación social* de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y género, el menor puntaje obtenido es de 33,33 puntos promedio, correspondiente al *género masculino* en un tiempo de tratamiento de *12 años 1 día y 15 años*, lo que se clasifica como una satisfacción baja. Por otro lado el mayor puntaje obtenido en esta dimensión corresponde a 80 puntos promedio y pertenece al *género femenino* con un tiempo de tratamiento entre *9 años 1 día y 12 años*, correspondiente a una *satisfacción alta*.

**GRÁFICO N° 18:**

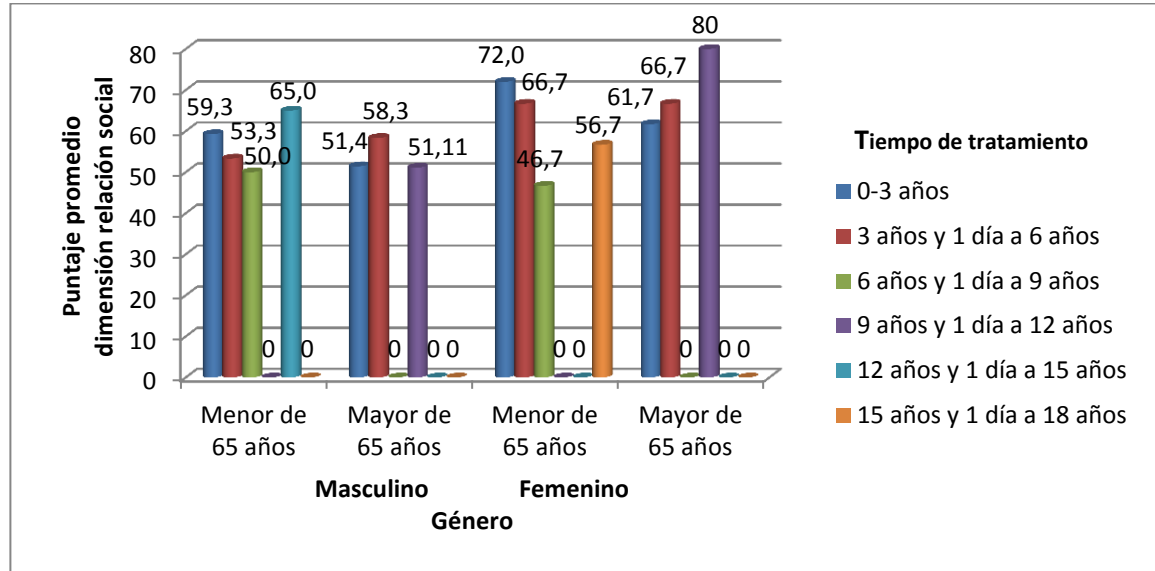
“Satisfacción en la dimensión relación social de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y rango de edad, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”



Al analizar el tiempo de tratamiento y la edad en las personas hemodializadas en su *dimensión relación social*, se evidencia que en la mayoría de las categorías los puntajes promedio fluctúan entre los 48 y 64 puntos, con excepción del menor puntaje obtenido, 33,33 puntos, en *los menores de 65 años* con un tiempo de tratamiento de *12 años 1 día y 15 años*, lo que evidencia que los valores fluctúan desde una *satisfacción moderada a baja*.

**GRÁFICO N° 19:**

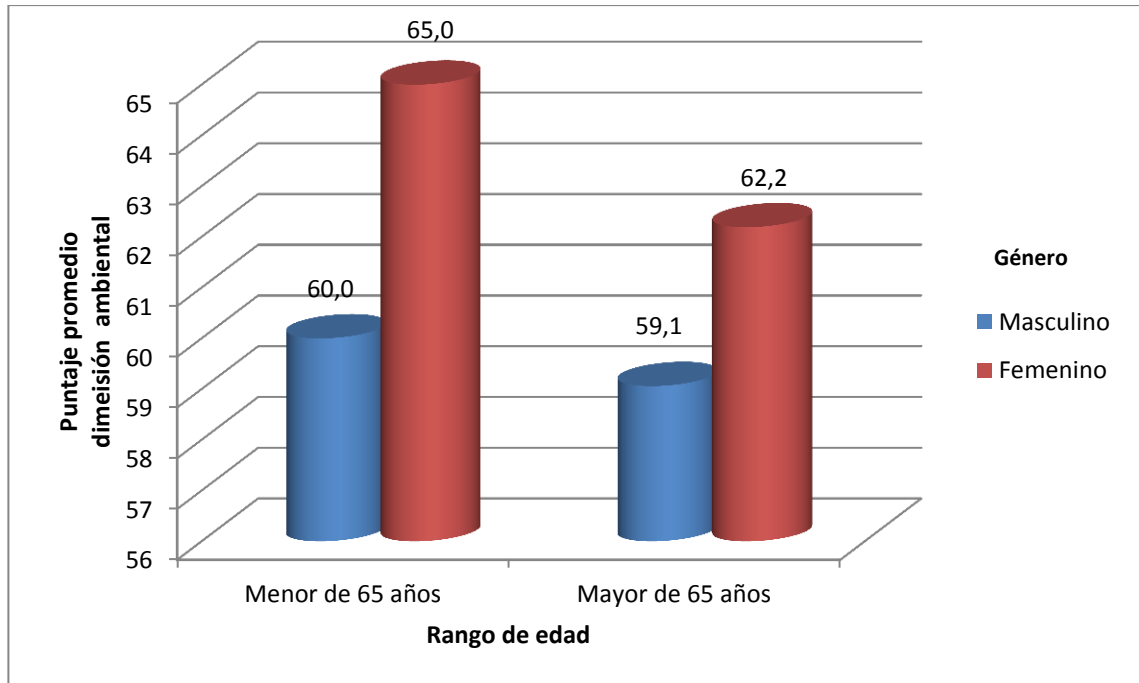
*“Satisfacción en la dimensión relación social de las personas hemodializadas por género, rango de edad y tiempo de tratamiento, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”*



Respecto al género, rango de edad y tiempo de tratamiento de las personas hemodializadas en su *dimensión relación social*, se puede evidenciar que los mayores puntajes promedio obtenidos corresponden a las personas de *género femenino mayores de 65 años*, con un tiempo de tratamiento de *9 años 1 día a 12 años* con 80 puntos y con un puntaje de 72 en las *menores de 65 años* en un tiempo de tratamiento de *0 a 3 años*, correspondiente a una *satisfacción alta y moderada* respectivamente. Las personas de *género masculino menores de 65 años* en un tiempo de tratamiento que va desde los *12 años un día a 15 años* presentan un puntaje promedio de 65 puntos, siendo el mayor puntaje obtenido en éste género, lo que se clasifica como una *Satisfacción modera*

**GRÁFICO N° 20:**

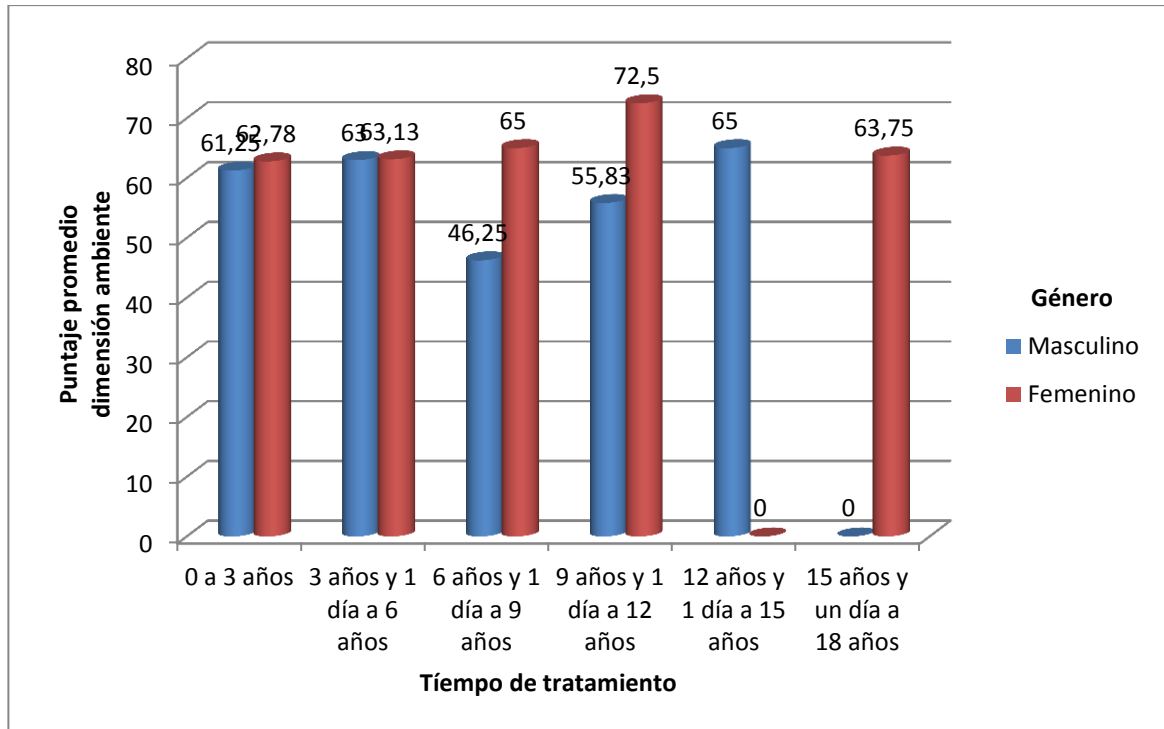
“Satisfacción en la dimensión ambiente de las personas hemodializadas por rango de edad y género, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”



Al analizar los resultados obtenidos de las personas hemodializadas en la *dimensión Ambiente* por género y edad, se observa que los mayores puntajes obtenidos corresponden a las personas de *género femenino* en el rango de edad *menor a 65 años* con 65,0 puntos, seguidos por el mismo género en el rango de edad *mayor a 65 años* con 62,2 puntos. Las personas de *género masculino* *menores a 65 años* obtuvieron 60,0 puntos y los *mayores a 65 años* 59,1 puntos. Todos los puntajes citados anteriormente corresponden a *satisfacciones moderadas*.

**GRÁFICO N° 21:**

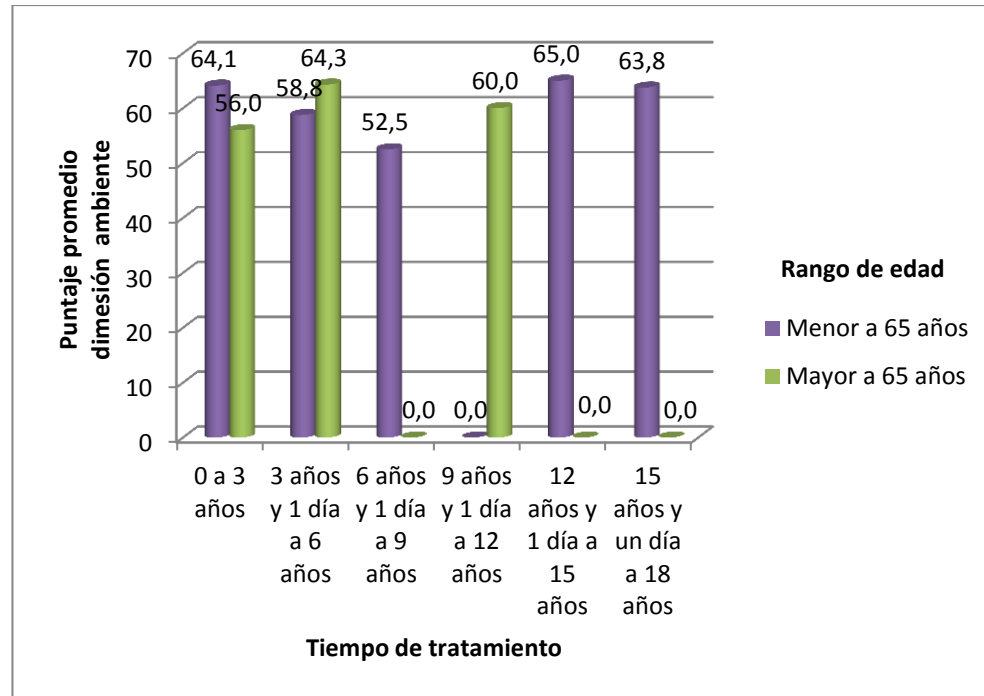
“Satisfacción en la dimensión ambiente de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y género, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”



Con respecto al gráfico N° 21 se puede aseverar que en la *dimensión ambiente* el menor puntaje promedio obtenido corresponde a las personas de *género masculino* en tiempo de tratamiento de *6 años y 1 día a 9 años* con 46,25 puntos, correspondiente a una *satisfacción baja*. Por otro lado, el mayor puntaje obtenido en esta dimensión corresponde a las personas de *género femenino* con un tiempo de tratamiento de *9 años y 1 día a 12 años* con 72.5 puntos lo que significa una *satisfacción moderada*.

**GRÁFICO N° 22:**

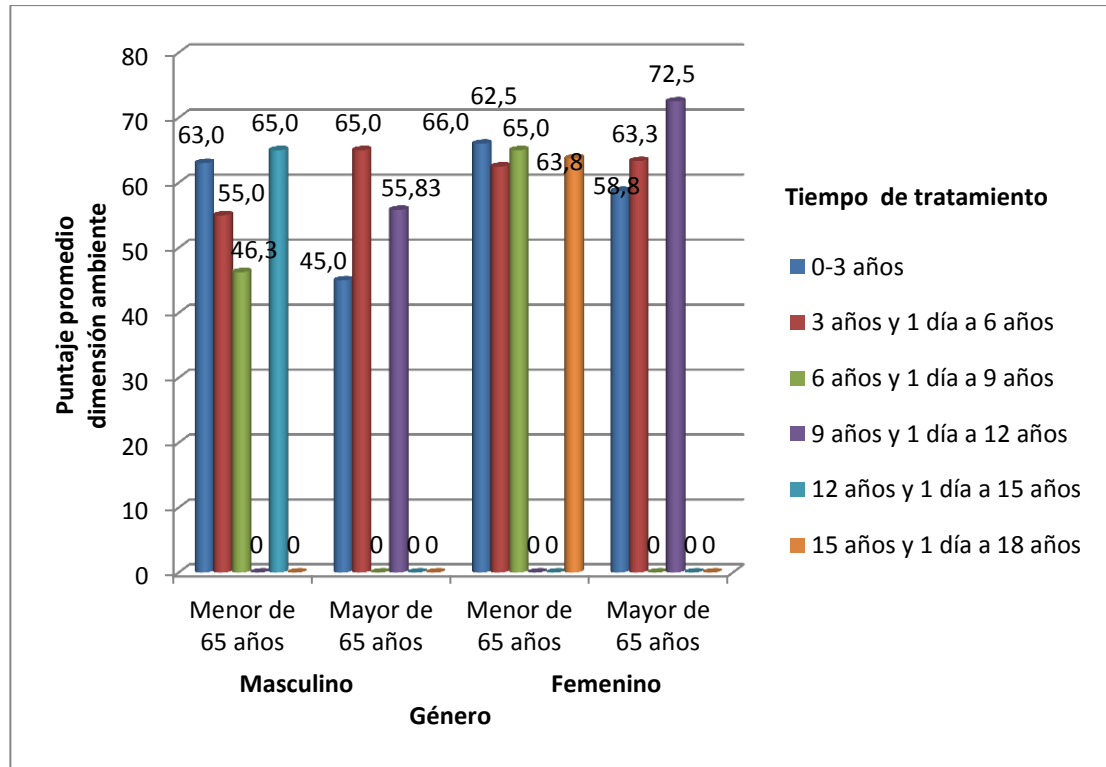
“Satisfacción en la dimensión ambiente de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y rango de edad, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”



Al analizar el tiempo de tratamiento y edad en la *dimensión ambiente* de las personas hemodializadas, se observa que la población en general presenta un puntaje promedio que varía entre 52 y 65, destacando un menor puntaje en los *menores de 65 años*, en un tiempo de tratamiento de *6 años 1 día a 9 años* con 52,5 puntos promedio. Todos estos valores se clasifican como *satisfacción moderada*.

**GRÁFICO N° 23:**

“Satisfacción en la dimensión ambiente de las personas hemodializadas por género, rango de edad y tiempo de tratamiento, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”



Al analizar los datos obtenidos de las personas hemodializadas en la *dimensión ambiente* según género, rango de edad y tiempo de tratamiento, se observa que el mayor puntaje promedio es de 72,5 que corresponde a una satisfacción *moderada* de las personas de *género femenino, mayores de 65 años* en un tiempo de tratamiento de *9 años 1 día a 12 años*. En general los otros puntajes no varían significativamente.

## CAPÍTULO 5 DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

---

### 5.1 Discusión:

- Los resultados obtenidos de la población estudiada, se puede mencionar que las personas hemodializadas de género masculino predominan por sobre las de género femenino con un 55,3% y un 44,7% respectivamente. El Dr. Hugo Poblete menciona en la cuenta anual de hemodiálisis que a nivel nacional las personas hemodializadas de género masculino corresponden a un 53% y las personas hemodializadas de género femenino corresponden a un 47% situación que converge con los resultados obtenidos. (Poblete, 2011)
- Respecto a las personas hemodializadas menores de 65 años superan a las mayores de 65 años con un 57,9% y un 42,2% respectivamente. Estos datos divergen con los datos obtenidos en la cuenta pública anual de hemodiálisis, en donde se establece que las personas entre 20 y 60 años corresponden a un 47,1% y las personas mayores de 60 años a un 52%. (Poblete,2011)
- En los resultados obtenidos de la población estudiada el número de personas hemodializadas disminuye a medida que aumenta el tiempo de tratamiento de hemodiálisis, a excepción del rango de 15 a 18 años de tratamiento en donde existe un leve aumento. Al contrastar los resultados obtenidos con los establecidos en la cuenta anual de hemodiálisis, se aprecia una tendencia similar, sin embargo en ésta se evidencia una continua disminución en todos los rangos de tiempo de tratamiento, lo que se debe a la derivación de las personas hemodializadas al sector privado hecho que se refleja a lo largo de años, hoy sólo el 13,3% de los hemodializados se atiende en sistema público(en el año 1980 era de un 77,6%), a los trasplantados que corresponden a 11,4% de los

hemodializados, a las personas que abandonan el tratamiento correspondiente al 15,3% y a los fallecidos anualmente que representan a un 11% . (Poblete, 2011)

- En el estudio, la clasificación de calidad de vida en las personas hemodializadas, denota que la mayoría de estas la considera de regular a mala con un 57,9% y un 36,8% respectivamente. Los resultados obtenidos difieren del estudio realizado en Veracruz, México, en el año 2010 a personas hemodializadas con el cuestionario WHOQOL-BREF, ya que la mayoría de estas perciben su calidad de vida de regular a buena.
- En relación a las dimensiones evaluadas en el estudio respecto a la calidad de vida, se evidencia que las más afectadas son la Física y Relación Social, con 55,2 y 59,3 puntos respectivamente. Por otro lado, las dimensiones Psicológica y Ambiente fueron las mejores calificadas, sin embargo la calidad de vida en ambas se puntuó de regular a mala. El estudio realizado en Veracruz, México, utilizando el mismo instrumento, WHOQOL-BREF, determinó los mismos resultados en cuanto a las dimensiones física y social, las que obtuvieron una calificación de regular a mala. Sin embargo en las dimensiones psicológica y ambiental se obtuvo una calificación de regular a buena, resultados que divergen con los obtenidos en este estudio. (rosario, 2011)
- Los resultados obtenidos en este estudio, que hacen referencia a la calidad de vida por dimensión, están por debajo de los puntajes de la OMS respecto a la calidad de vida en personas sanas, destacando la dimensión física y social, que presentan los mayores rangos de diferencia.
- En el estudio el puntaje promedio de la dimensión física, las personas hemodializadas por rango de edad y género, demuestran que en el rango menor de 65 años el género masculino supera al femenino con un 57,8 y 54,9 puntos respectivamente, situación que se invierte en el rango de personas hemodializadas mayores de 65 años donde el género

femenino obtiene un puntaje de 53,9 mientras el masculino obtiene 52,5 puntos. De acuerdo a lo anterior, se hace evidente que a medida que aumenta la edad el género masculino se ve más afectado en su dimensión física, en contraposición al género femenino.

- En relación al tiempo de tratamiento y género de personas hemodializadas en la dimensión física, el estudio denota una puntuación constante en el género femenino que varía entre 52 y 57 puntos, mientras que en el género masculino la brecha de los puntajes es significativamente superior, ya que varía entre 41 y 66 puntos.
- En relación al tiempo de tratamiento y rango de edad de personas hemodializadas en la dimensión física, el estudio denota una puntuación similar en el rango de personas mayores a 65 años con puntajes que se encuentran entre 53 y 54 puntos, mientras que en el rango de personas menores de 65 años la brecha de los puntajes es significativamente superior, ya que varía entre 46 y 67 puntos.
- En relación a la dimensión psicológica las personas hemodializadas según rango de edad y género, el estudio demuestra que las personas menores de 65 años tienen una mejor puntuación con valores de 64,4 y 63,3 puntos para género masculino y femenino respectivamente. En contraposición a los 57,9 en género masculino y 58,3 en género femenino, puntos obtenidos para las personas mayores a 65 años. Lo que explicaría que a medida que aumenta la edad la CV se ve más deteriorada en su dimensión psicológica.
- En relación al tiempo de tratamiento y género de personas hemodializadas en la dimensión psicológica, el estudio denota una puntuación constante en el género masculino que varía entre 58 y 65 puntos, mientras que en el género femenino la brecha de los puntajes es significativamente superior con valores que varían entre 40 y 77

puntos. Esto se debe a la mayor labilidad emocional y mayores preocupaciones del género femenino.

- Con respecto al estudio en la dimensión psicológica las personas hemodializadas mayores a 65 años tienden a calificar mejor la dimensión a medida que aumentan los años en tiempo de tratamiento, en contraposición a los menores de 65 años, donde la calificación de la dimensión psicológica en los primeros años de tratamiento es mayor que en años posteriores.
- Según el estudio la dimensión relación social de personas hemodializadas en relación a rango de edad y género, no presenta mayor variación de la calificación de la dimensión en ambos géneros y rangos de edad, con una brecha que no supera los tres puntos.
- En el área de la dimensión relación social, donde se analiza ésta con el tiempo de tratamiento y género se evidencia que el género femenino se ve menos afectado, donde el puntaje menor supera los 50 puntos, destacándose el mayor puntaje con 80 puntos, en contraste al género masculino que se ve notoriamente más afectado, ya que sus puntuaciones no superen los 57,3 puntos. Esto dejaría de manifiesto que el género femenino presenta mejores redes de apoyo que el masculino.
- Según el puntaje promedio de las personas hemodializadas en la dimensión relación social por tiempo de tratamiento y rango de edad se destaca como el menor puntaje en las personas menores de 65 años con 33,3 puntos, lo que evidenciaría que éstos presentan una satisfacción baja en esta dimensión. En general los demás rangos por tiempo de tratamiento mantienen valores similares, con una media de 57,9 puntos.
- Respecto a la dimensión ambiente en las personas hemodializadas por rango de edad y género se puede determinar que el género masculino presenta una satisfacción moderada

con valores de 60,0 y 59,1 para los menores y mayores de 65 años respectivamente. En contraste con el género femenino que presenta una satisfacción moderada con valores más altos de 65,0 para las menores de 65 años y 62,2 para las mayores de 65 años. Esto evidencia que a medida que aumenta la edad existe un leve desmedro en la calidad de vida según la satisfacción de la dimensión ambiente.

- En relación a la dimensión ambiente respecto al tiempo de tratamiento y género se evidencia que en los primeros años de tratamiento los puntajes se mantienen similares en ambos géneros. Lo que podría explicar que en el inicio del tratamiento las personas hemodializadas presentan una mayor satisfacción en esta dimensión. Por otro lado a medida que aumentan los años de tratamiento el género femenino se mantiene constante en sus puntuaciones, mientras que el masculino varía considerablemente entre 46,5 y 65 puntos.
- Respecto a la dimensión ambiente en las personas hemodializadas según tiempo de tratamiento y rango de edad, se evidencia que en las personas mayores de 65 años presentan puntuaciones similares, con valores que van desde 56,0 a 64,3 puntos, en contraposición a los menores de 65 años donde la brecha es más amplia de acuerdo a los distintos tiempos de tratamiento donde los valores van desde 52,5 puntos a 65,0. Lo anterior evidencia que en general la percepción de calidad de vida en la dimensión ambiente se mantiene constante a lo largo del tiempo de tratamiento.

## 5.2 Limitaciones de la investigación:

Previo a la aplicación del cuestionario, existe rechazo del permiso para acceder a campos clínicos privados considerado inicialmente en el estudio, ya que éstos se encuentran en proceso de acreditación y por la inexistencia de convenios con la Universidad de Valparaíso.

Por otra parte, hay un rechazo de permiso para acceder a hospital de alta complejidad del servicio salud Viña del Mar- Quillota, debido a la implementación de la Ley N° 20.584 de Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud y el proceso de acreditación.

Durante éste período se retrasa la entrega del documento de autorización del Comité Científico del Hospital Carlos Van Buren para acceder a la Unidad de Diálisis, debido a trámites administrativos y burocráticos.

En este estudio, los participantes no se seleccionaron de forma aleatoria; por tanto, los resultados no se pueden generalizar a toda la población de personas hemodializadas, ya que ésta a nivel regional está constituida por 1.674 personas, mientras que nuestra población de estudio corresponde 38 personas, lo que representa un 2,27% de la población general de personas hemodializadas. Esto representa una cantidad pequeña la que no es representativa de la población general.

### 5.3 Conclusiones

De los resultados obtenidos en el presente estudio, respecto a las personas hemodializadas se puede concluir que:

- En relación a los rango de edad, las personas menores de 65 años (57.9%) superan a las mayores de 65 años (42.2%). A su vez, existe predominio del género masculino (55.3%) sobre el femenino (44.7%). La población masculina presenta mayor prevalencia de IRC y por tanto supera a la femenina en tratamiento de sustitución renal.
- En relación al tiempo de tratamiento en hemodiálisis, La proporción de personas que se encuentran en tratamiento disminuye al prolongarse este en el tiempo. Es importante destacar que la mayor concentración de personas (49.9%) se encuentra en el rango de tratamiento de 0 a 3 años. Lo anterior se explica por varios factores; la migración de personas hemodializadas al sistema privado, el fallecimiento de las personas por su etapa de vida y las patologías asociadas a la IRC, y en menor medida por trasplante renal.
- Las personas en su mayoría perciben su calidad de vida como regular (57.9%) y en menor proporción como mala (36.8%).
- En cuanto a la calidad de vida por dimensión, las personas presentan menor satisfacción en las dimensiones Física (55.2) y Relación Social (59.3) y una mayor satisfacción en las dimensiones Psicológica (61.5) y Ambiente (61.4), siendo ambas evaluaciones clasificadas como satisfacción moderada.
- Cabe destacar que las dimensiones Física y Ambiente afectan en mayor medida la satisfacción de las personas, y por tanto su calidad de vida general. Por el contrario las

dimensiones relación social y psicológica son las que presentan mayor satisfacción percibida.

- Las personas perciben la calidad de vida como regular al igual que la población sana según datos de la OMS, a pesar de lo anterior los puntajes promedio de todas las dimensiones en el estudio son menores a dichas referencias evidenciándose que la IRC y su tratamiento conllevan a un desmedro de la calidad de vida.
- Según la dimensión física, las personas de género masculino a medida que aumentan su edad presentan una menor satisfacción en su dimensión física. En el género femenino se invierte esta situación, generando una mayor satisfacción a medida que aumentan su edad. Al relacionar el tiempo de tratamiento y género, las mujeres no presentan variación de su satisfacción, siendo esta moderada a través de los años, en tanto los hombres presentan variaciones en sus puntajes promedio, presentando una satisfacción que va de moderada a baja.
- Según la dimensión psicológica, a medida que aumenta la edad se ve afectado en mayor medida el grado de satisfacción percibido por las personas. En el género femenino el grado de satisfacción fluctúa a través de los años de tratamiento desde alta a baja, y en el género masculino se mantiene constante con un grado de satisfacción moderada. esta diferencia significativa debe a la mayor labilidad emocional y mayores preocupaciones del género femenino.
- En cuanto a la dimensión relación social, las personas en general no presentan grandes variaciones en la calificación, siendo esta moderada. El género femenino a través de los años de tratamiento ve menor afectada esta dimensión, destacándose un grado de satisfacción alto (80), debido a que el género femenino presenta mejores redes de apoyo que el masculino.

Además, las personas menores de 65 años q llevan un tiempo prolongado en hemodiálisis presentan un grado de satisfacción bajo (33.3) producto de un menoscabo en las relaciones personales y en su vida sexual.

- Respecto a la dimensión ambiente, se evidencia que a medida que aumenta la edad disminuye el grado de satisfacción de las personas, siendo este moderado, por lo que en los primeros años de tratamiento se satisface mejor esta dimensión. Lo anterior se debe a que las personas de menor edad presentan mayor seguridad en su vida diaria y mejores condiciones de acceso a los servicios que otorga la sociedad.
- La satisfacción que tienen las personas hemodializadas en cada una de las dimensiones y de la calidad de vida global depende en gran medida de su salud física, el estado psicológico, sus relaciones sociales, el ambiente en el que se desarrolla y de la capacidad que tiene el individuo de hacerse cargo de su cuidado. Lo anterior se relaciona estrechamente con lo planteado por Dorothea Orem, en su teoría general de autocuidado, donde es de gran relevancia el quehacer del profesional enfermero/a en la búsqueda y mantención de la independencia de las personas lo que conlleva a una mejora de su calidad de vida.

#### 5.4 Sugerencias

Para mejorar la calidad de vida de las personas hemodializadas, es necesario que el profesional enfermero/a considere las siguientes sugerencias:

- 1 Fortalecer la comunicación con la persona atendida y su familia para identificar factores que puedan afectar la calidad de vida o ir en desmedro de sus capacidades.
- 2 Enseñar al paciente y su familia a adaptarse a la enfermedad y conseguir que conviva saludablemente con ella.
- 3 Fortalecer la formación académica del estudiante de enfermería, con especial énfasis en una valoración integral y cuidado humanizado.
- 4 Realizar estudios similares, que permitan ampliar el campo de investigación con el fin de contribuir a mejorar la calidad de vida, centrándose en las necesidades particulares de la población.
- 5 Implementar de forma periódica la aplicación de un instrumento que mida calidad de vida, con la finalidad de conocer la percepción que tiene cada usuario y así otorgar un cuidado integral.

## CAPÍTULO 6 REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS Y ANEXOS

---

### 6.1 Referencias bibliográficas.

Aja, A., Alonso, N., Cobo, J., Iburgure, E., Incera, M., Merino, L., Pelayo, R., Pérez, A., Saenz, A., Sainz, R., Serra, I., Vicente, M. (2011). Factores sociológicos y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 14(2), 98-104.

Alvo, M., Borja, H., Flores, J., Morales, J., Müller, H., Münzenmayer, J., Zúñiga, C. (2009). Enfermedad Renal Crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones. *Revista Médica de Chile*, 137, 137-177.

Alves, M., Cunha, L., De Oliveira, LF., Santana dos Santos, JR., Teles, L., Vasconcelos, P. (2011). Evaluación de la calidad de vida de pacientes de insuficiencia renal crónica en diálisis renal. *Revista electrónica trimestral de Enfermería: Enfermería Global*, 23, 158-164.

Arquinigo, G. (2008). Capacidad de autocuidado del paciente en hemodiálisis . Lima , Perú. Obtenido de [http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/arquinigo\\_jg/pdf/arquinigo\\_jg.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/arquinigo_jg/pdf/arquinigo_jg.pdf)

Azcárraga, J.(2004). Editorial. *Revista de la Sociedad Chilena de Enfermería en Diálisis Trasplante Renal*, 2(4), 4.

Azcárraga, J., Barrios, S., Catoni, M. I., Olivares, E., Palma, E., & Ruz, M. (2005 a). Perfil de la Enfermera (o) Nefrológica (o). *Revista de la Sociedad Chilena de Enfermería en Diálisis y Trasplante Renal*, 3(6), 41-44.

- Azcárraga, J., Catoni, M. I., Barrios, S., Jofré, L., Olivares, E., Palma, E., & Ruz, M. (2005 b). Programa de Capacitación para Enfermeros en Diálisis. *Revista de la Sociedad Chilena de Enfermería y Trasplante Renal*, 3(6), 45-51.
- Banfield, B., & Berbiglia, V. (2011). Teoría del déficit de autocuidado. En A. Marriner, & M. Raile, *Modelos y teorías en enfermería* (págs. 265-285). Barcelona: Elsevier.
- Barrios, S. (28 de Mayo de 2010). Modificación al Reglamento de Centros de Diálisis. Chile: SENFERDIALT.
- Bernardoni, C., Rincón, A. (2011) *Calidad de vida y sentido de Vida en profesores jubilados de una universidad pública*. Recuperado el 10 de Mayo de 2013, de <http://200.35.84.131/portal/bases/marc/texto/3201-11-04289.pdf>
- Borrego, J., Borrego, J.F., Forondo, J., García, M., Gil, J., Liébana, G., Ortega, S., Pérez, V., Pérez del Barrio, P., Sánchez, M. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis. *Nefrología*, 23(6), 528-537.
- Bunout, D., Espinoza, I., Lucas, R., Osorio, P., Torrejón, M. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile*, 139(5), 579-586.
- Castro, M., & Rodríguez, M. (2002). Calidad de vida en pacientes portadores de Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Revista Electrónica de Trabajo Social* .
- Catoni, M. (2001). Historia de la Hemodiálisis en Chile. *Boletín Sociedad Chilena de Enfermería en Diálisis y Trasplante Renal*, 1, 18-23.
- Caqueo, A., Urzúa, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-67.

- Cortes, R., Pavlov, R., Pino, V., Urzúa, A. (2011). Factores Psicosociales Relacionados con la Calidad de Vida en Salud en Pacientes Hemodializados. *Terapia Psicológica*, 29(1), 135-140.
- Cummins, R.A. (1995). On the trail of the gold standard for subjective well-being. Deakin University, Melbourne. Unpublished paper.
- Ducci, M., Quezada, M., Rioseco, R., Torres, M. (2008). Calidad de vida en adultos mayores pobres de viviendas básicas: estudio comparativo mediante uso de whoqol-bref. *Revista médica chilena*, 136(3), 325-333.
- Faden, R., & Germán, P. (1998). *Calidad de vida: consideraciones en geriatría*. Clínica de Medicina Geriátrica . México: Panamericana.
- Flores, J. (2010). Enfermedad Renal Crónica: Epidemiología y Factores de Riesgo. *Revista Médica Clínica las Condes*, 21(4), 502-507.
- Freire, M. (2007) *Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF y Sf-36*. Recuperado el 10 de Mayo de 2013, de <http://hera.ugr.es/tesisugr/16679751.pdf>
- Garcés, C., Meneses, P., Moya, C., & Zúñiga, Á. (2008). *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo* . Chile : MINSAL .
- Giménez, M., Mora, J., Rodado, M.(2005). *Plan de Cuidados al Paciente Agudo en la Unidad de Hemodiálisis*. Recupera el 15 de Noviembre de 2012, de [http://www.seden.org/publicaciones\\_articulodet.asp?idioma=&pg=publicaciones\\_articulos.asp&buscar=&idarticulo=441&Datapageid=231&intInicio=231](http://www.seden.org/publicaciones_articulodet.asp?idioma=&pg=publicaciones_articulos.asp&buscar=&idarticulo=441&Datapageid=231&intInicio=231)
- Lotfy, M., O’Connell, K.A., Skevington, S.M. (2004). The world health organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL group. *Quality of life research*, 13, 299-310.

- Lucas, R. (2011). The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Quality of Life Research*, 21, 161-165.
- Lucas, R., (1998). *Versión Española del WHOQoL*. División de Salud Mental. Organización Mundial de la Salud. Ed. Ergon S.A., Madrid.
- Marriner A., Raile M., Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: El Sevier Science; 2003.
- Marriner-Tomey Ann, Raile Alligow Martha. Modelos y teorías en enfermería. 6a. Ed. Harcourt Brace. España 2007.
- Mera, M. (2007). *Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis*. Centro Médico Dial-Sur. Osorno. Chile 2006. Recuperado el 24 de Octubre de 2012, de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmm552c/doc/fmm552c.pdf>
- Ministerio de Salud. (2012). Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud. Santiago: Minsal
- Ministerio de Salud. (2005). *Guía Clínica Insuficiencia renal Crónica Terminal*. Santiago: Minsal.
- Ministerio de Salud. (2006). *II Encuesta de Calidad de Vida y Salud* . Chile: Ministerio de Salud .
- Nava, G. (2010). Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharine Kolcaba teoría de rango medio del confort. *Enfermería Neurológica*, 9(2), 94-104.
- Organization, World Health. (Diciembre de 1996). *WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of Assessment*. Recuperado Octubre de 2012, de [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf)
- Poblete, H. (2011). *XXXI Cuenta de Hemodiálisis Crónica en Chile* . Chile : ASODI.

- Pearlman, R.A., & Uhlman, R.F. (1988). Quality of life in chronic diseases: perceptions of elderly patients. *Journal of Gerontology*, 43, 25-30.
- Salud Preventiva Andina. (Enero, 2011). *Dialisis en Enfermería*. Recuperado en Octubre de 2012, de [http://issuu.com/salud\\_preventiva\\_andina/docs/name710a94#download](http://issuu.com/salud_preventiva_andina/docs/name710a94#download)
- Sanhueza, O., Triviño, Z. (2005). Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Aquichán*(5)1, 20-31.
- Sartorius, N., & Kuyken, W. (1994). Translation of Health Status Instruments. In Orley, J. & Kuyken, W. (Eds.). *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de Vida relacionada con la Salud: Aspecto Conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 2, 9-21.
- The University of Melbourne (Mayo de 2007). *About the World Health Organisation Quality of Life (WHOQoL) Project*. Recuperado en Octubre de 2012, de [www.psychiatry.unimelb.edu.au/centres-units/cpro/whoqol/resorces/about\\_whoqol\\_project.pdf](http://www.psychiatry.unimelb.edu.au/centres-units/cpro/whoqol/resorces/about_whoqol_project.pdf)
- The WHOQoL Group (1994). Development of the WHOQoL: rationale and current status. *International Journal of Mental Health* 23, 24-56.
- The WHOQoL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQoL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409.
- Urzúa, A. (2008). Calidad de vida y Factores Biopsicosociales en Patologías Médicas Crónicas. *Terapia Psicológica*, 26 (2), 207-214.
- Urzúa, M. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica Chilena*, 138, 358-365.

Zuñiga, C. (2004). Calidad de Vida y Cuidados Paliativos en Nefrología. *Revista de la Sociedad Chilena de Enfermería en Diálisis y Trasplante Renal*, 2(5), 3-9.

## 6.2 Anexos

### 6.2.1 Tablas de resultados

**TABLA N° 1:** “Distribución de personas hemodializadas por rango de edad y género, en Unidad Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”

Edad vs Género	Masculino	Femenino
Menor de 65 años	34,2%	23,4%
Mayor de 65 años	21,1%	21,1%

**TABLA N° 2:** “Distribución de personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y género, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”

Tiempo de tratamiento vs Género	Masculino	Femenino
0-3 años	26,32%	23,68%
3 años y 1 día a 6 años	13,16%	10,53%
6 años y 1 día a 9 años	5,26%	2,63%
9 años y 1 día a 12 años	7,89%	2,63%
12 años y 1 día a 15 años	2,63%	0,00%
15 años y 1 día a 18 años	0%	5,26%

**TABLA N° 3:** “Distribución de personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y rango de edad, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”

Tiempo de tratamiento vs Edad	Menor de 65 años	Mayor de 65 años
0-3 años	36,68%	13,16%
3 años y 1 día a 6 años	5,26%	18,42%
6 años y 1 día a 9 años	7,89%	0,00%
9 años y 1 día a 12 años	0,00%	10,53%
12 años y 1 día a 15 años	2,63%	0,00%
15 años y 1 día a 18 años	5,26%	0,00%

**TABLA N° 4:** “Distribución de personas hemodializadas por género, rango de edad y tiempo de tratamiento, en unidad de diálisis, Hospital Carlos Van Buren”

Género vs Edad vs Tiempo de tratamiento.		0-3 años	3 años y 1 día a 6 años	6 años y 1 día a 9 años	9 años y 1 día a 12 años	12 años y 1 día a 15 años	15 años y 1 día a 18 años
Masculino	Menor de 65 años	23,68%	2,63%	5,26%	0%	2,63%	0%
	Mayor de 65 años	2,63%	10,53%	0%	7,89%	0%	0%
Femenino	Menor de 65 años	13,16%	2,63%	2,63%	0%	2,63%	5,26
	Mayor de 65 años	10,53%	7,89%	0%	2,63%	0%	0%

**TABLA N° 5:** “Distribución de personas hemodializadas por clasificación de calidad de vida global, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”

Clasificación	Porcentaje
Buena	5,26%
Regular	57,89%
Mala	36,84%

**TABLA N° 6:** “Satisfacción de las personas hemodializadas por dimensión, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”

Dimensión	Puntaje promedio	Satisfacción
Física	55,19	Moderada
Psicológica	61,49	Moderada
Relación Social	59,3	Moderada
Ambiente	61,4	Moderada

**TABLA N° 7:** “Distribución de personas hemodializadas según satisfacción por dimensión, en unidad de diálisis, Hospital Carlos Van Buren”

Dimensión	Satisfacción Baja	Satisfacción Moderada	Satisfacción Alta
Física	42,11%	52,63%	5,26%
Psicológica	28,95%	55,26%	15,79%
Relación Social	31,58%	52,63%	15,79%
Ambiente	26,32%	68,42%	5,26%

**TABLA N° 8:** “Satisfacción en la dimensión física de las personas hemodializadas por rango de edad y género, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”

Edad vs Género	Masculino	Femenino	Satisfacción
Menor de 65 años	57,8	54,9	Moderada
Mayor de 65 años	52,5	53,9	Moderada

**TABLA N° 9:** “Satisfacción en la dimensión física de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y género, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”

Tiempo de tratamiento vs Género	Masculino	Satisfacción	Femenino	Satisfacción
0-3 años	58,86	Moderada	52,38	Moderada
3 años y 1 día a 6 años	55,43	Moderada	56,57	Moderada
6 años y 1 día a 9 años	41,43	Baja	54,29	Moderada
9 años y 1 día a 12 años	52,38	Moderada	54,29	Moderada
12 años y 1 día a 15 años	65,71	Moderada	0*	No Aplica
15 años y 1 día a 18 años	0*	No Aplica	55,71	Moderada

Nota: 0\* No existen individuos en ese rango.

**TABLA N° 10:** “Satisfacción en la dimensión física de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y rango de edad, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”

Tiempo de tratamiento vs Edad	Menor a 65 años	Satisfacción	Mayor a 65 años	Satisfacción
0 a 3 años	56,94	Moderada	52,57	Moderada
3 años y 1 día a 6 años	67,14	Moderada	53,88	Moderada
6 años y 1 día a 9 años	45,71	Baja	0*	No Aplica
9 años y 1 día a 12 años	0*	No Aplica	52,86	Moderada
12 años y 1 día a 15 años	65,71	Moderada	0*	No Aplica
15 años y un día a 18 años	55,71	Moderada	0*	No Aplica

Nota: 0\* No existen individuos en ese rango.

**TABLA N° 11:** “Satisfacción en la dimensión física de las personas hemodializadas por género, rango de edad y tiempo de tratamiento, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”

Género vs Edad vs Tiempo de tratamiento		0-3 años	3 años y 1 día a 6 años	6 años y 1 día a 9 años	9 años y 1 día a 12 años	12 años y 1 día a 15 años	15 años y 1 día a 18 años
Masc	Menor de 65 años	59,68	65,71	41,43	0*	65,71	0*
Satisfacción		Moderada	Moderada	Baja	No Aplica	Moderada	No Aplica
Masc	Mayor de 65 años	51,43	52,86	0*	52,38	0*	0*
Satisfacción		Moderada	Moderada	No Aplica	Moderada	No Aplica	No Aplica
Feme	Menor de 65 años	52,00	68,57	54,28	0*	0*	55,71
Satisfacción		Moderada	Moderada	Moderada	No Aplica	No Aplica	Moderada
Feme	Mayor de 65 años	52,86	55,24	0*	54,29	0*	0*
Satisfacción		Moderada	Moderada	No Aplica	Moderada	No Aplica	No Aplica

Nota: 0\* No existen individuos en ese rango.

**TABLA N° 12:** “Satisfacción en la dimensión psicológica de las personas hemodializadas por rango de edad y género, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”

Edad vs Género	Masculino	Satisfacción	Femenino	Satisfacción
Menor de 65 años	64,36	Moderada	63,33	Moderada
Mayor de 65 años	57,92	Moderada	58,33	Moderada

**TABLA N° 13:** “Satisfacción en la dimensión psicológica de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y género, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”

Tiempo de tratamiento vs Género	Masculino	Satisfacción	Femenino	Satisfacción
0-3 años	63,67	Moderada	60	Moderada
3 años y 1 día a 6 años	60	Moderada	65	Moderada
6 años y 1 día a 9 años	58,33	Moderada	40	Baja
9 años y 1 día a 12 años	64,44	Moderada	76,77	Alta
12 años y 1 día a 15 años	65	Moderada	0*	No Aplica
15 años y 1 día a 18 años	0*	No Aplica	60	Moderada

Nota: 0\* No existen individuos en ese rango.

**TABLA N° 14:** “Satisfacción en la dimensión psicológica de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y rango de edad, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”

Tiempo de tratamiento vs Edad	Menor a 65 años	Satisfacción	Mayor a 65 años	Satisfacción
0 a 3 años	66,67	Moderada	48,67	Moderada
3 años y 1 día a 6 años	71,67	Moderada	59,52	Moderada
6 años y 1 día a 9 años	52,22	Moderada	0	No Aplica
9 años y 1 día a 12 años	0	No Aplica	67,5	Moderada
12 años y 1 día a 15 años	53,33	Moderada	0*	No Aplica
15 años y un día a 18 años	60	Moderada	0*	No Aplica

Nota: 0\* No existen individuos en ese rango.

**TABLA N° 15:** “Puntaje promedio en la dimensión psicológica de las personas hemodializadas por género, rango de edad y tiempo de tratamiento, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”.

Género vs edad vs tiempo de tratamiento		0-3 años	3 años y 1 día a 6 años	6 años y 1 día a 9 años	9 años y 1 día a 12 años	12 años y 1 día a 15 años	15 años y 1 día a 18 años
Masculino	Menor de 65 años	66,67	66,67	58,33	0*	53,33	0*
	Satisfacción	Moderada	Moderada	Moderada	No Aplica	Moderada	No Aplica
	Mayor de 65 años	36,67	58,33	0*	64,44	0*	0*
	Satisfacción	Baja	Moderada	No Aplica	Moderada	No Aplica	No Aplica
Femenino	Menor de 65 años	66,67	76,67	40	0*	0*	60
	Satisfacción	Moderada	Alta	Baja	No Aplica	No Aplica	Moderada
	Mayor de 65 años	51,67	61,11	0*	76,67	0*	0*
	Satisfacción	Moderada	Moderada	No Aplica	Alta	No Aplica	No Aplica

Nota: 0\* No existen individuos en ese rango.

**TABLA N° 16:** “Satisfacción en la dimensión relación social de las personas hemodializadas por rango de edad y género, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”

Edad vs Género	Masculino	Satisfacción	Femenino	Satisfacción
Menor de 65 años	55,38	Moderada	65,19	Moderada
Mayor de 65 años	52,5	Moderada	65,83	Moderada

**TABLA N° 17:** “Satisfacción en la dimensión relación social de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y género, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”

Tiempo de tratamiento vs Género	Masculino	Satisfacción	Femenino	Satisfacción
0 a 3 años	56,67	Moderada	67,41	Moderada
3 años y 1 día a 6 años	57,33	Moderada	66,67	Moderada
6 años y 1 día a 9 años	50	Moderada	46,67	Baja
9 años y 1 día a 12 años	51,11	Moderada	80	Alta
12 años y 1 día a 15 años	33,33	Baja	0*	No Aplica
15 años y un día a 18 años	0*	No Aplica	56,67	Moderada

Nota: 0\* No existen individuos en ese rango.

**TABLA N° 18:** “Satisfacción en la dimensión relación social de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y rango de edad, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”

Tiempo de tratamiento vs Edad	Menor a 65 años	Satisfacción	Mayor a 65 años	Satisfacción
0 a 3 años	63,81	Moderada	56	Moderada
3 años y 1 día a 6 años	60	Moderada	61,9	Moderada
6 años y 1 día a 9 años	48,89	Moderada	0*	No Aplica
9 años y 1 día a 12 años	0*	No Aplica	58,33	Moderada
12 años y 1 día a 15 años	33,33	Baja	0*	No Aplica
15 años y un día a 18 años	56,67	Moderada	0*	No Aplica

Nota: 0\* No existen individuos en ese rango.

**TABLA N° 19:** “Satisfacción en la dimensión relación social de las personas hemodializadas por género, rango de edad y tiempo de tratamiento, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”

Género vs Edad vs Tiempo de tratamiento		0-3 años	3 años y 1 día a 6 años	6 años y 1 día a 9 años	9 años y 1 día a 12 años	12 años y 1 día a 15 años	15 años y 1 día a 18 años
Masculino	Menor de 65 años	59,26	53,33	50	0*	65	0*
	Satisfacción	Moderada	Moderada	Moderada	No Aplica	Moderada	No Aplica
	Mayor de 65 años	51,43	58,33	0*	51,11	0*	0*
	Satisfacción	Moderada	Moderada	No Aplica	Moderada	No Aplica	No Aplica
Femenino	Menor de 65 años	72	66,67	46,67	0*	0*	56,67
	Satisfacción	Moderada	Moderada	Baja	No Aplica	No Aplica	Moderada
	Mayor de 65 años	61,67	66,67	0*	80	0*	0*
	Satisfacción	Moderada	Moderada	No Aplica	Alta	No Aplica	No Aplica

Nota: 0\* No existen individuos en ese rango.

**TABLA N° 20:** “Satisfacción en la dimensión ambiente de las personas hemodializadas por rango de edad y género, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”

Edad vs Género	Masculino	Satisfacción	Femenino	Satisfacción
Menor de 65 años	60	Moderada	65	Moderada
Mayor de 65 años	59,06	Moderada	62,19	Moderada

**TABLA N° 21:** “Satisfacción en la dimensión ambiente de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y género, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”

Tiempo de tratamiento vs Género	Masculino	Satisfacción	Femenino	Satisfacción
0 a 3 años	61,25	Moderada	62,78	Moderada
3 años y 1 día a 6 años	63	Moderada	63,13	Moderada
6 años y 1 día a 9 años	46,25	Baja	65	Moderada
9 años y 1 día a 12 años	55,83	Moderada	72,5	Moderada
12 años y 1 día a 15 años	65	Moderada	0*	No Aplica
15 años y un día a 18 años	0*	No Aplica*	63,75	Moderada

Nota: 0\* No existen individuos en ese rango.

**TABLA N° 22:** “Satisfacción en la dimensión ambiente de las personas hemodializadas por tiempo de tratamiento y rango de edad, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”

Tiempo de tratamiento vs Edad	Menor a 65 años	Satisfacción	Mayor a 65 años	Satisfacción
0 a 3 años	64,11	Moderada	56	Moderada
3 años y 1 día a 6 años	58,75	Moderada	64,29	Moderada
6 años y 1 día a 9 años	52,5	Moderada	0*	No Aplica
9 años y 1 día a 12 años	0*	No Aplica	60	Moderada
12 años y 1 día a 15 años	65	Moderada	0*	No Aplica
15 años y un día a 18 años	63,75	Moderada	0*	No Aplica

Nota: 0\* No existen individuos en ese rango.

**TABLA N° 23:** “Satisfacción en la dimensión ambiente de las personas hemodializadas por género, rango de edad y tiempo de tratamiento, en Unidad de Diálisis, Hospital Carlos Van Buren”

Género vs Edad vs Tiempo de tratamiento		0-3 años	3 años y 1 día a 6 años	6 años y 1 día a 9 años	9 años y 1 día a 12 años	12 años y 1 día a 15 años	15 años y 1 día a 18 años
Masculino	Menor de 65 años	63,03	55	46,25	0*	65	0*
	Satisfacción	Moderada	Moderada	Baja	No Aplica	Moderada	No Aplica
	Mayor de 65 años	45	65	0*	55,83	0*	0*
	Satisfacción	Baja	Moderada	No Aplica	Moderada	No Aplica	No Aplica
Femenino	Menor de 65 años	66	62,5	65	0*	0*	63,75
	Satisfacción	Moderada	Moderada	Moderada	No Aplica	No Aplica	Moderada
	Mayor de 65 años	58,75	63,33	0*	72,5	0*	0*
	Satisfacción	Moderada	Moderada	No Aplica	Moderada	No Aplica	No Aplica

Nota: 0\* No existen individuos en ese rango.

### 6.2.2 Consentimiento informado

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PERSONAS HEMODIALIZADAS DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD**

El propósito del presente documento es invitar a Ud. A participar en el estudio titulado “Calidad de vida en personas hemodializadas”, cuyo investigadores principales son estudiantes de cuarto año de enfermería de la Universidad de Valparaíso, casa central. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución del estudio, así como en qué consistiría su colaboración:

- 1 *Dónde y cuándo se llevará a cabo el estudio:* El estudio mencionado se realizará en un hospital de alta complejidad de la comuna de Valparaíso, Carlos Van Buren, durante el año 2013.
- 2 *Relevancia del estudio y beneficios:* A raíz de los escasos estudios que se han realizados sobre calidad de vida en personas hemodializadas, el presente estudio tiene como finalidad medir la calidad de vida de este grupo, con la finalidad de contribuir como marco investigativo que ayude a crear lineamientos de intervención en el futuro y plantee al profesional enfermero como agente de cambio en ésta materia. Es importante destacar que Ud. no tendrá beneficios directos al participar en este estudio.
- 3 *Objetivo:* Conocer la calidad de vida en personas hemodializadas.
- 4 *En qué consiste su participación:* Si acepta participar en este estudio deberá contestar el instrumento: Calidad de Vida en Personas Hemodializadas que cuenta con 10 preguntas de datos personales más 26 preguntas de la versión abreviada de cuestionario WHOQOL-BREF que serán aplicadas por un estudiante tesista.

- 5 *Riesgos*: su participación en este estudio no presenta ningún riesgo para su salud.
- 6 *Costos y pagos*: Su participación en este estudio no tiene un valor implicado, por lo que no generará ningún costo monetario, ni recibirá dinero por concepto de participación.
- 7 *Derechos del participante*: Su participación en este estudio es de carácter voluntario, por lo tanto usted puede retirarse en cualquier momento, sin perjuicio en la atención que se le brindará.

Si aún después de informarse tiene dudas respecto al estudio o a los derechos que se relacionan con este, siéntase libre de preguntar y resolver sus dudas con el tesista o comunicándose con la Srta. Katherine Montenegro, secretaria del Departamento de Enfermería del Adulto y Adulto Mayor de la Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso, llamando al fono (032) 250 7443.

- 8 *Reserva de la identidad del participante*: La identidad de Ud. será resguardada en todo momento, para esto sus datos personales nunca serán utilizados de manera explícita.
- 9 *Confidencialidad de los datos*: es necesario mencionar que su participación es anónima y la información que nos entregue por medio de la encuesta es completamente confidencial, como respaldo se le entregará una copia de este documento.
- 10 *Utilización y Publicación de los hallazgos*: los resultados de este estudio serán divulgados en publicaciones de tipo científica y académica, pudiendo ser utilizadas por otros investigadores respetando siempre la identidad de los participantes.
- 11 *Evaluación Comité Bioética y contacto*: Este estudio ha sido evaluada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriere, puede contactar a alguno de sus integrantes o con su secretaria administrativa, Srta. Ana María Carreño, en el teléfono (032) 250 7370.

En Valparaíso, con fecha \_\_\_\_\_, Yo \_\_\_\_\_  
he sido informado a través de este consentimiento y he hecho las preguntas pertinentes a  
mi participación en el estudio, de tal modo de resolver mis dudas con respecto al estudio  
a realizar.

Estoy de acuerdo en que mi participación es voluntaria y no representa ningún riesgo  
para mi salud, así como tampoco algún beneficio adjunto a mi persona.

Nombre participante	Firma	Rut.
Bárbara Acevedo G. Nombre investigador	Firma	17.184.669-2 Rut.
Paloma Barros F. Nombre investigador	Firma	16.830.575-3 Rut.
Sindy Bustamante E. Nombre investigador	Firma	16.879.699-4 Rut.
Gonzalo Palacios A. Nombre investigador	Firma	17.476.393-3 Rut.
Carla Rojas G. Nombre investigador	Firma	15.995.845-0 Rut.
Ángela Silva O. Nombre investigador	Firma	14.589.230-9 Rut.
Valeria Verdejo P. Nombre investigador	Firma	16.575.468-9 Rut.

Nombre de contacto: Bárbara Acevedo G.  
Teléfono de Contacto: (09) 87939747  
Mail de contacto: grupo10tesis.2011@gmail.com

### 6.2.3 INSTRUCTIVO

#### Objetivo

Este instructivo tiene como objetivo facilitar la aplicación del instrumento de recolección de datos de calidad de vida en personas hemodializadas.

#### Contexto

El instrumento se aplica en unidad de hemodiálisis del hospital de alta complejidad médica: Carlos Van Buren.

#### Aplicación

- 1 Este instrumento será aplicado por los estudiantes de enfermería tesistas, en el Servicio de Hemodiálisis del Hospital de alta complejidad médica: Carlos Van Buren.
- 2 El tiempo estimado para aplicar el instrumento es de 10 minutos.
- 3 Se debe utilizar letra clara e imprenta y lápiz pasta azul o negro para responder las preguntas.

#### Descripción general

- 1 El instrumento consta de dos partes, La **Primera parte** consta de 10 preguntas, correspondiente a *Antecedentes Personales*: género, edad, estado civil, nivel de escolaridad, actividad y rol; Y *Antecedentes Mórbidos*: acceso vascular, tiempo de tratamiento en hemodialisis, morbilidad y consumo de fármacos.

En el caso de las preguntas 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10; se debe contestar con una “X” en el casillero que corresponda, por ejemplo:

**1. Género:**            Masculino            Femenino



2 La **Segunda parte** corresponde al cuestionario WHOQOL-BREF que comprende 26 preguntas en total, y consta de 6 ítems, los cuales presentan alternativas ordinales de tipo Likert. Estos 6 ítems se demuestran a continuación:

- ITEM 1: Corresponde a la pregunta n° 1, que presenta una escala ordinal tipo Likert desde muy mal a muy bien. Por ejemplo:

1.		Muy mal	Poco	Lo Normal	Bastante bien	Muy bien
	¿Cómo calificaría usted su calidad de vida?	1	2	3	4	5

- ITEM 2: Corresponde a la pregunta n° 2, que presenta una escala ordinal tipo Likert desde muy insatisfecho/a a muy satisfecho/a. Por ejemplo:

2.		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
	¿Qué tan satisfecho está usted con su salud?	1	2	3	4	5

- ITEM 3: Corresponde a las preguntas n° 3, 4, 5, 6, 7, 8y 9, que presenta una escala ordinal tipo Likert desde nada a extremadamente. Por ejemplo:

3.		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
	¿En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5

- ITEM 4: Corresponde a las preguntas nº 10, 11, 12, 13, 14 y 15, que presenta una escala ordinal tipo Likert desde nada a extremadamente. Por ejemplo:

10.		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5

- ITEM 5: Corresponde a las preguntas nº 16,17,18,19,20,21,22,23,24 y 25, que presenta una escala ordinal tipo Likert desde muy insatisfecho/a a muy satisfecho/a. Por ejemplo:

16.		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
	¿Cuán satisfecho/a está con sus horas	1	2	3	4	5

	sueño?					
--	--------	--	--	--	--	--

- ITEM 6: Corresponde a la pregunta n° 26, que presenta una escala ordinal tipo Likert desde nunca a siempre. Por ejemplo:

26		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión ?	1	2	3	4	5

- 3 Se deberá llenar la casilla de respuesta con un círculo según corresponda: a 1 “muy mal”, 2 a “poco”, 3 a “lo normal”, 4 a “bastante bien” y el número 5 a “muy bien”.

- 4 Si usted considera que se ha equivocado en registrar la respuesta tarje con una línea oblicua la casilla de respuesta y vuelva a marcar círculo en la respuesta definitiva, tal como se demuestra a continuación.

1.		Muy mal	Poco	Lo Normal	Bastante bien	Muy bien
	¿Cómo calificaría usted su calidad de vida?	1	2	3	4	5

- 5 En cada ítems solo se debe marcar una opción.
- 6 Una vez respondido el instrumento deberá guardarse en una sobre blanco.

### 6.2.4 Instrumento

#### “Calidad de Vida en personas Hemodializadas”

##### Primera parte:

Antecedentes Personales:

1.- **Género:**            Masculino            Femenino

2.- **Edad:** \_\_\_\_\_

3.- **Tiempo de tratamiento en Hemodiálisis:** \_\_\_\_\_

#### Cuestionario WHOQOL-BREF

##### Segunda parte:

		Muy mal	Poco	Lo Normal	Bastante bien	Muy bien
1.	¿Cómo calificaría usted su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2.	¿Qué tan satisfecho está usted con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son acerca **de lo mucho que han** experimentado ciertas cosas en las últimas dos semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3.	¿En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4.	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5.	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6.	¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7.	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8.	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9.	¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuán totalmente** usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
10.	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11.	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12.	¿Tiene suficiente dinero para					

	cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13.	¿Qué tan disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14.	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15.	¿Es capaz de moverse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuán satisfecho(a) o bien** se ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas.

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16.	¿Cuán satisfecho/a está con sus horas sueño?	1	2	3	4	5
17.	¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18.	¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	11	2	3	4	5
19.	¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20.	¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a

21.	¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22.	¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23.	¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24.	¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25.	¿Cuán satisfecho/a está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la **frecuencia** con que usted ha sentido o experimentado ciertos síntomas en las dos últimas semanas.

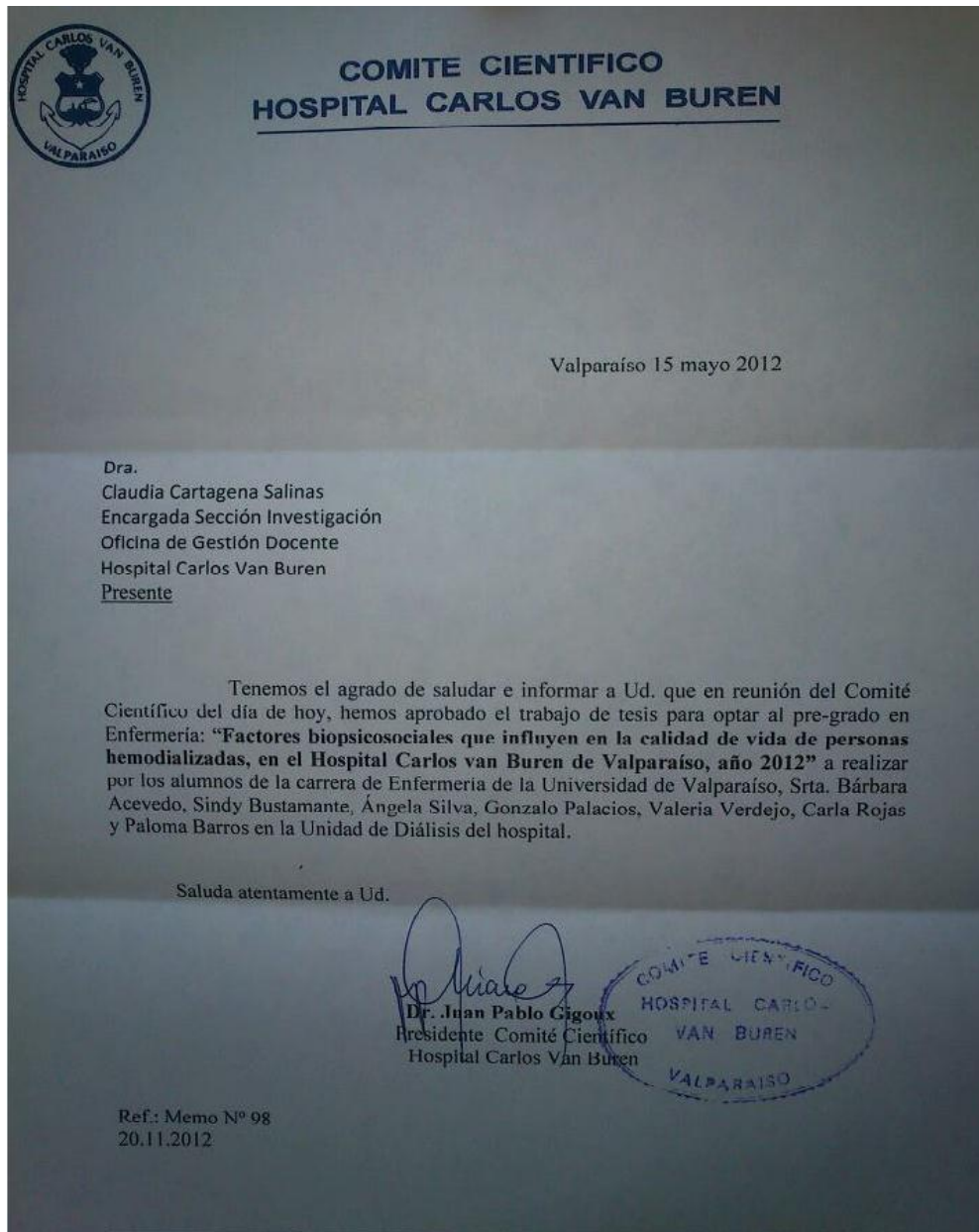
		Nunca	Raramente	Mediana mente	Frecuente mente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

Acevedo, B. y Colaboradores.

Tesis: “Calidad de vida en personas hemodializadas”

Enero 2013, Valparaíso.

### 6.2.5 Autorización comité científico



6.2.6 Permiso de utilización de la versión en español del  
cuestionario WHOQOL-BREF

**User Agreement for WHOQOL Bref and related materials**

This agreement is between the World Health Organization (“WHO”) and Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería, Tesis de pregrado para optar al grado de licenciado en Enfermería, Chile.

WHO hereby grants User a nonexclusive, royalty free license to use the World Health Organization Quality of Life Questionnaire and/or related materials (hereafter referred to as “WHOQOL Bref”) in User’s study outlined below? The term of this User

Agreement shall be for a period of 1 year, commencing on the date November 29<sup>th</sup>, of

The approved study for this User Agreement  
is:

Study Title	Calidad de vida en personas Hemodializadas, en hospital de alta complejidad.
Principal Investigator	Bárbara Acevedo Godoy Paloma Barros Flores Sindy Bustamante Escobar Gonzalo Palacios Arismendi Carla Rojas Galaz Angela Silva Olave Valeria Verdejo Pacheco

<p>Responsable Investigator</p>	<p>Prof. Paulina Hurtado Arenas Enfermera-matrona. Correo electrónico: <a href="mailto:paulina.hurtado@uv.cl">paulina.hurtado@uv.cl</a> Contacto: 032-2507444 / 9-3993949</p>
<p>Sample characteristics</p>	<p>El universo de este estudio corresponde a personas en tratamiento de hemodiálisis de hospital de alta complejidad medica, año 2012, el cual corresponde también al diseño muestral, ya que se incluirá a todas las personas que cumplan con los criterios de inclusión y no sólo una parte de ella.</p>
<p>Sample size</p>	<p><u>Criterios de inclusión.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad: de 20 a 80 años.</li> <li>- Género: Ambos</li> <li>- Tiempo de tratamiento mínimo 6 meses.</li> <li>- Vidente.</li> <li>- Deambula sólo o acompañado, sin silla de ruedas, sin órtesis.</li> <li>- Sin alteraciones cognitivas.</li> <li>- Sin diagnóstico médico de alteraciones de salud mental.</li> </ul>
	<p>Aproximadamente 100 personas, en tratamiento de hemodiálisis.</p>

Treatment Intervention	El instrumento consta de dos partes, la <i>primera parte</i> corresponde a antecedentes personales: género, edad, estado civil, nivel de escolaridad, actividad y rol, y antecedentes mórbidos: acceso vascular, tiempo de tratamiento en hemodiálisis, morbilidad y consumo de fármacos. La <i>segunda parte</i> corresponde al cuestionario WHOQOL-BREF.
Total number of assessments	Aproximadamente 50 Personas.
Assessment time points	Aplicación en mes de diciembre del cuestionario WHOQOL-BREF, análisis de datos mes de enero de 2013.
WHOQOL Bref versión	Versión en español.

This User Agreement is based upon the following conditions:

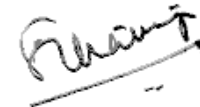
1. User shall not modify, abridge, condense, translate, adapt, recast or transform the WHOQOL Bref in any manner or form, including but not limited to any minor or significant change in wording or organization, or administration procedures, of the WHOQOL Bref. If User thinks that changes are necessary for its work, or if translation is necessary, User must obtain written approval from WHO in advance of making such changes.
2. User shall not reproduce WHOQOL Bref except for the limited purpose of generating sufficient copies for its own uses and shall in no event distribute copies of the WHOQOL Bref to third parties by sale, rental, lease, lending, or any other means. In addition, User agrees that it will not use the WHOQOL Bref for any purpose other than conducting studies as specified above, unless agreed in writing by WHO. In any event, the WHOQOL Bref should not be used for research or clinical purposes without prior written authorization from WHO;

3. User agrees to provide WHO with an annual update regarding activities related to the WHOQOL Bref.
  
4. User agrees to provide WHO with a complete copy of User’s raw data and data code books, including the WHOQOL Bref and any other instruments used in the study. This data set must be forwarded to WHO upon the conclusion of User’s work. While User remains the owner of the data collected in User’s studies, these data may be used in WHO analyses for further examining the psychometric properties of the WHOQOL Bref. WHO asserts the right to present and publish these results, with due credit to the User as the primary investigator, as part of the overall WHOQOL Bref development strategy.
  
5. WHO shall be responsible for preparing and publishing the overall WHOQOL Bref results under WHO copyright, including:
  - a. the overall strategy, administrative set-up and design of the study including the instruments employed;
  - b. common methods used by two or more Users;
  - c. the data reported from two or more Users ;
  - d. the comparisons made between the data reported from the Users;
  - e. the overall findings and conclusions.
  
6. User shall be responsible for publications concerning information developed exclusively by User and methods employed only by User. Publications describing results obtained by User will be published in User’s name and shall include an acknowledgement of WHO. User agrees to send to WHO a copy of each such paper prior to its submission for publication.
  
7. WHO may terminate this User Agreement at any time, in any event. Should WHO terminate this User Agreement, User shall immediately cease all use of the WHOQOL Bref and destroy or return all copies of the WHOQOL Bref. In the event of such termination, all other

collateral materials shall be destroyed and no copy thereof shall be retained by User. Notwithstanding the return or destruction of the WHOQOL Bref and its collateral materials, User will continue to be bound by the terms of this User Agreement.

8. It is understood that this User Agreement does not create any employer/employee relationship. User and its affiliates are not entitled to describe themselves as staff members of WHO. User shall be solely responsible for the manner in which work on the project is carried out and accordingly shall assume full liability for any damage arising therefrom. No liability shall attach to WHO, its advisers, agents or employees. Please confirm your agreement with the foregoing by signing and returning one copy of this letter to WHO, whereupon this letter agreement shall become a binding agreement between User and WHO.

**WHO:** Dr. Somnath Chatterji  
Health Statistics and Health Information Systems (HSI)  
World Health Organization



Avenue Appia  
Geneva 27  
CH 1211 Switzerland  
Date: noviembre, 29 de 2012  
**USER: Prof. Paulina Hurtado Arenas**  
**Enfermera-matrona.**

*P. HURTADO*



By: Estudio descriptivo, tesis de pregrado.  
Title: Calidad de vida en personas hemodializadas, en hospital de alta complejidad.  
Institution: Universidad de Valparaíso, Chile.  
Address: Blas Cuevas # 1028, Valparaíso, Chile.  
Date: noviembre, 29 de 2012.

