



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**NIVEL DE DEPENDENCIA Y SU RELACION CON LA CALIDAD DE
VIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS DEL
HOSPITAL II GUSTAVO LANATTA LUJAN MAYO - JULIO 2017**

**Trabajo Académico para optar el Título de Especialista en
Enfermería en Cuidados Nefrológicos**

AUTORES

LIC. BERNABEL RODRIGUEZ KAREM YESENIA

LIC. SALVADOR GRADOS JULIO CÉSAR

LIC. SORIA QUISPE CAROLINA FIORELLA

LIMA – PERÚ

2017

LIC. ESP. OLGA PEREA CANCHARES

ASESORA

RESUMEN

Fundamento: Los pacientes que reciben terapia de hemodiálisis han cambiado en los últimos años, habiendo aumentado la edad van a presentar mayor comorbilidad asociada y una peor calidad de vida, a lo que se le va a asociar un elevado grado de dependencia, donde los pacientes que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria.

Objetivo: Determinar la relación que existe entre el Nivel de Dependencia y la Calidad de Vida en pacientes sometidos a Hemodiálisis del Hospital II Gustavo Lanatta Lujan - periodo Mayo – Julio 2017.

Método: Es cuantitativa, de tipo correlacional de corte transversal. Calidad de vida será evaluada mediante el instrumento Short Form SF 36 versión en español, y el nivel de dependencia será evaluada con el Test Delta Modificado.

Palabras claves: dependencia, calidad de vida, hemodiálisis.

INDICE

▪ Introducción	01
Capítulo I	
▪ Planteamiento del problema	03
▪ Formulación del problema	05
▪ Justificación	05
▪ Viabilidad	06
▪ Factibilidad del estudio	06
Capítulo II.	
▪ Propósito	07
▪ Objetivos del estudio	07
Capítulo III.	
▪ Marco Teórico	08
Capítulo IV	
▪ Hipótesis	25
Capítulo V	
▪ Material y Método	26
▪ Operacionalizacion de Variables	28
▪ Recolección de Datos	31
Capítulo VI	
▪ Consideraciones Éticas y Administrativas	33
▪ ANEXOS	41

INTRODUCCION

La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados. Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo ⁽¹⁾. Este cambio demográfico debe celebrarse, dado que es consecuencia del desarrollo socioeconómico y de la mayor expectativa de vida ⁽²⁾.

Durante el siglo XX especialmente en sus últimos 50 años, el Perú ha experimentado lo que se ha denominado transición demográfica. Sin embargo, el envejecimiento poblacional tiene también implicancias importantes para la sociedad en diversas áreas, incluyendo los sistemas de salud ⁽³⁾.

La IRC es un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente lleva a un estado terminal, en el que el paciente requiere terapia de reemplazo renal (TRR), es decir diálisis o trasplante para poder vivir ⁽⁴⁾.

La prevalencia de la enfermedad renal en etapa terminal se está incrementando considerablemente impulsada por el envejecimiento de la población y el incremento de la prevalencia de la diabetes mellitus e hipertensión ⁽³⁾. Siendo la terapia de reemplazo renal más utilizada la hemodiálisis (HD) permitiendo vivir a un número importante de personas con IRC, también en ella se presentan patologías asociadas no solo a la edad, sino también a su patología de base: insuficiencia cardíaca, diabetes y todas sus complicaciones vasculares, alteraciones respiratorias, etc. Por tanto, los pacientes de edad avanzada en HD van a presentar mayor comorbilidad asociada y una peor calidad de vida, a lo que se le va a asociar un elevado grado de dependencia, ⁽⁵⁾ que no es más que el estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria.

La Calidad de Vida de estos pacientes se puede considerar como el impacto del tratamiento que percibe el individuo en su capacidad para vivir una vida satisfactoria. Valoración que hace el paciente en referencia a su apreciación del bienestar físico, emocional y social, luego del diagnóstico y terapia respectiva (6).

En cuanto a las variables estudiadas, son muchos los trabajos que plantean el estudio por separado de ambas variables, sin embargo es necesario estudiarlas indirectamente a la hora de querer adquirir un resultado.

Por todo ello, y con el objetivo general de Determinar la relación que existe entre el Nivel de Dependencia y la Calidad de Vida en pacientes sometidos a de Hemodiálisis se plantea el siguiente estudio.

CAPÍTULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La insuficiencia renal crónica (IRC) constituye un grave problema de salud pública, por su tendencia en el incremento de número de pacientes, los elevados costos del tratamiento y a su vez perjudicando la calidad de vida de un 10% de la población mundial (7). En los últimos 50 años, el Perú ha experimentado muchos cambios demográficos, principalmente el aumento de la expectativa de vida, la cual en mujeres es de 83 años y en hombres 80 años, también la mejora en las condiciones de vida, la urbanización, las políticas nacionales de salud y avances en la medicina; asimismo, toda esta transición tuvo impacto en la IRC, por el incremento de sus factores de riesgo como: hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, edad avanzada, origen de la IRC, etc (7).

Para el 2015, la prevalencia de terapia de reemplazo renal (TRR) por millón de población (pmp) fue de 415 pmp; siendo la hemodiálisis (HD) la modalidad más prevalente de TRR con una tasa de 363 pacientes pmp, le sigue la diálisis peritoneal (DP) con 51 pacientes pmp y finalmente el trasplante renal con 4 pacientes pmp. El 88% de la población se encuentra en un programa de HD (3).

Actualmente, el grupo etario en terapia de HD en mayor porcentaje son los adultos mayores, este tratamiento les permite alcanzar una supervivencia prolongada y favorecen su calidad de vida, pero no resuelve todos los problemas que acarrea la enfermedad, como es: el insomnio, fatiga, pérdida de la movilidad, ansiedad, desnutrición, cambios de humor, cambios de expectativas personales, incertidumbre sobre el futuro, depresión, etc. Además, de la dependencia que les crea el estar en una máquina para poder vivir, dependiente de las indicaciones del personal de salud, cambios de estilo de vida, algunos casos con deterioro de la capacidad cognitiva, y con el aumento también de las comorbilidades (5).

La calidad de vida es un objetivo en la salud que cada vez adquiere mayor protagonismo, y se utiliza como medida de resultados en salud, especialmente donde las actuaciones ya no puedan dirigirse a prolongar la vida. Por ello, afrontar una enfermedad crónica y progresiva como es la IRC, puede aumentar la dependencia funcional del paciente, sin determinar el grado o nivel al que este llegue, afectando en el ámbito físico, psicológico y social de su vida.

El personal de enfermería es quién establece un contacto más directo y personalizado con el paciente, procurando una optimización del tratamiento y con ello una mejor calidad de vida. Sin embargo en nuestro ámbito no se ha encontrado antecedentes de valoración que afirmen las características de dependencia de los pacientes que se atienden en las unidades nefrológicas, esto haría suponer al personal sanitario sus propias conclusiones, pero que no cuentan con fundamento que se pueda medir; por ejemplo: se podría pensar que los pacientes que llevan más tiempo en HD estén en peores condiciones físicas y por tanto tengan una calidad de vida baja, o que hay pacientes que, aunque llevan años en tratamiento, lo iniciaron jóvenes y en buenas condiciones físicas

En general, este hecho no se tiene en consideración y por tanto no se evalúa ni se tiene en cuenta a la hora de valorar al paciente para delimitar la cantidad y calidad de cuidados, determinando así la mejoría de su calidad de vida

Dicha problemática no es ajena a la realidad observada en el servicio de Hemodiálisis del Hospital II Gustavo Lanatta Lujan, en sus dos salas con un módulo, cada uno con 6 puestos y para la atención 6 enfermeras asistenciales que atienden 2 por turno de 12 horas, con 1 coordinadora y 2 nefrólogos, donde se atienden 72 pacientes, 37 varones y 35 mujeres, de diferentes grupos etáreos: en la población de 19 a 29 años 10 pacientes, en la población de 30 a 59 años 27 pacientes y en mayores de 60 años 35 pacientes, también cabe mencionar el acceso venoso que tienen, los cuales son: 36 pacientes con fistula arterio venosa, 7 con catéter venoso temporal, y 29 con catéter venoso permanente, la mayoría de ellos cuentan con comorbilidades asociadas como hipertensión arterial,

cardiopatías, diabetes, con limitaciones físicas en algunos. Además un 47% de los pacientes entre convivientes y casados y el 53% de solteros sin carga familiar; y 56 de ellos cuentan con secundaria completa, en su mayoría dedicados a labores del hogar, jubilados y solo 19 de ellos activos laboralmente.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo antes expuesto surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué relación existe entre el Nivel de Dependencia y la Calidad de Vida de pacientes sometidos a Hemodiálisis del Hospital II Gustavo Lanatta Lujan Mayo - Julio 2017?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Los resultados obtenidos en esta investigación serán de gran utilidad para evaluar el impacto que generan la dependencia del paciente renal en su calidad de vida, para de esta manera construir programas, proyectos, políticas y protocolos de manejo encaminados hacia el mejoramiento del nivel de independencia funcional del paciente renal; fortaleciendo de esta manera los programas educativos preventivos en un nivel de atención más complejo. Además permitirá obtener información acerca de la dependencia real que en la actualidad presenta el grupo estudiado, a través del test Delta.

A su vez, favorecerá la toma de decisiones del profesional enfermero especialista, ya que podrá implementar una nueva escala de valoración para determinar la percepción de bienestar en cada uno de los pacientes, según su nivel de dependencia.

Con los resultados obtenidos en esta población, las instituciones podrán optimizar sus servicios, ajustar los programas que se vienen desarrollando y preparar nuevas propuestas para este tipo de población, contribuyendo en enfocar los programas de intervención mediante una red de soporte social integral dirigidos a las verdaderas necesidades, valorando no sólo el aspecto físico, sino también social y emocional,

para llegar a conclusiones claras que orienten las acciones no sólo a nivel local, sino que puedan ser extrapoladas en forma general buscando incrementar la adherencia al tratamiento de HD.

La presente investigación puede servir de base para posteriores investigaciones en comunidades de pacientes renales institucionalizados y no institucionalizados y/o programas de extensión que sean realizados por la Universidad Peruana Cayetano Heredia o cualquier institución educativa de nivel departamental, nacional e internacional cuya línea de trabajo se enfatice en paciente renal.

1.4 VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD

1.4.1 VIABILIDAD

El proyecto es viable porque se cuenta con la autorización respectiva del Hospital II Gustavo Lanatta Lujan para realizar dicho estudio. Los investigadores aplicarán el Test Delta y el cuestionario el SF 36 a los pacientes antes, durante o después de la sesión de hemodiálisis, verificando la asistencia de los mismos según la programación en el periodo de tres meses como máximo.

1.4.2 FACTIBILIDAD

Este proyecto de investigación es factible dado que cuenta con los investigadores que son el recurso humano, recursos materiales y recursos financieros. Con lo antes mencionado se hace factible lograr los alcances a los que se desea llegar con la investigación.

CAPÍTULO II

2.1 PROPÓSITO

El estudio beneficiara a todos los pacientes en tratamientos de hemodiálisis, pues al poder identificar el nivel dependencia, la calidad de vida y la relación existente entre ellos, los resultados obtenidos se orientarán a proporcionar información actualizada a las autoridades del servicio y así promover en el personal de enfermería un cuidado holístico, la elaboración de guías de procedimiento y/o material educativo que contribuya a mejorar la calidad de vida y los cuidados que deben tener los pacientes según su grado de dependencia.

De ahí que es pertinente llevar a cabo el estudio, ya que no se ha podido encontrar investigaciones similares en el Perú, y obtener resultados que sirvan de base para posteriores investigaciones.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1. General

Determinar la relación que existe entre el Nivel de Dependencia y la Calidad de Vida en pacientes sometidos a Hemodiálisis del Hospital II Gustavo Lanatta Lujan - periodo Mayo – Julio 2017

2.2.2. Específicos

1. Identificar el Nivel de dependencia del paciente sometido a Hemodiálisis
2. Identificar la calidad de vida del paciente sometido a Hemodiálisis
3. Relacionar el Nivel de Dependencia y la Calidad de Vida en pacientes sometidos a de Hemodiálisis

CAPÍTULO III

3. MARCO TEORICO

3.1 ANTECEDENTES

Diversos estudios muestran como el grado de dependencia sometido a hemodiálisis se relaciona con su calidad de vida, como en una unidad renal en Colombia, donde se aplicó un estudio de corte transversal, descriptivo, con una población de 90 pacientes mayores de 65 años, en terapia de sustitución renal por hemodiálisis y diálisis peritoneal, utilizando instrumentos como KDQOL 1.3, la escala de Barthel y otros, determinando que en general los pacientes presentaban un adecuado nivel de independencia. En cuanto a su calidad de vida, se afectaba más al sexo femenino, tener síntomas depresivos, mayor edad, y algún grado de dependencia según Barthel. Los determinantes de mejor calidad de vida fueron ser hombre, estar en diálisis peritoneal, tener menos edad y buen nivel de dependencia según Barthel ⁽⁸⁾.

En España, también en una unidad renal, se evaluó a 43 pacientes en hemodiálisis, mediante el cuestionario de salud SF-36, y la escala de Karnofsky para el análisis de la dependencia, en un estudio observacional analítico, demostraron que la peor calidad de vida se asocia con una edad mayor, comorbilidad y dependencia ⁽⁵⁾.

Duran A. Romero M. y Zuñiga S. realizaron un estudio con el objetivo de Calcular el recurso humano de enfermería necesario para satisfacer las necesidades de cuidado según el grado de dependencia de los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, el estudio fue cuantitativo, descriptivo, de tipo transversal. La muestra fue de 98, se determinó el nivel de dependencia por categorías mediante la aplicación del instrumento “Test Delta”.

Con respecto al grado de dependencia se encontró que en el 22,4% son autónomos para la realización de las actividades propias del autocuidado, 28,6% requieren ayuda ocasional, 22,4% ayuda frecuente y 26,5% ayuda permanente.

Al correlacionar las variables dependencia y diagnóstico es evidente que los pacientes a mayor complejidad por la patológica o comorbilidades mayor es su grado de dependencia, igualmente que la edad es un factor influyente en la categorización de la dependencia.

Lo anterior, evidencia que la dependencia está relacionada con los procesos crónicos y el envejecimiento, características propias de un servicio de medicina interna, esto a su vez sumado a los cambios que disminuyen la capacidad funcional de las personas debido al deterioro progresivo de la salud (9).

También en España en el Hospital Reina de Sofía, una población de 88 pacientes fueron sometidos a un estudio de tipo observacional analítico, para evidenciar la relación entre grado de dependencia y la necesidad de cuidados en enfermería, se utilizó como instrumento el Test Delta y el Índice Katz, hallando como resultado que a mayor grado de dependencia, más necesidades de cuidados de enfermería (10).

Otro estudio en México, de corte transversal, encontró la influencia de los factores del estilo de vida y funcionalidad sobre la calidad de vida relacionada con la salud, su población fue de 139 pacientes, utilizaron la encuesta FANTASTIC, cuestionario de salud SF-36 y el Test de sentarse y levantarse e ir y venir; los resultados muestran niveles excelentes de estilo de vida que influyen positivamente sobre la calidad de vida, mientras que niveles inferiores nos reflejan una disminución en los aspectos compuestos tanto físicos como mentales de la calidad de vida relacionada a la salud (11).

Sin embargo se encontraron pocos estudios donde se relacionan ambas variables, pero sí varios donde solo se mide calidad de vida en pacientes sometidos a HD. Este es el caso del Hospital Loayza en Lima - Perú, en un estudio descriptivo, se evaluó a 50 pacientes, con el test SF-36, y se halla que en su mayoría de pacientes es de regular a deficiente su calidad de vida (12).

Así mismo en Piura – Perú, en un estudio de tipo observacional, en 72 pacientes, también se evaluó calidad de vida, y se halló de la misma manera que el

componente más afectado es el físico y varía dependiendo de otras diferencias, como son el sexo, la edad, el tiempo en terapia ⁽¹³⁾.

Por los antecedentes expuestos se pueden evidenciar que existen algunas relacionadas al tema de investigación, el cual ha permitido estructurar la base teórica y la metodología del presente estudio.

3.2 BASE TEÓRICA

La insuficiencia renal crónica es la pérdida de la capacidad funcional de los riñones en forma permanente, llegando a un grado funcional tan bajo que requiere diálisis. El Manual Merck (1998) la define como "situación clínica resultante de una multitud de procesos patológicos que conducen a un desajuste e insuficiencia de la función excretora y reguladora renales (uremias)". ⁽¹⁴⁾

La insuficiencia renal crónica puede producirse como resultado de infecciones renales crónicas, anomalías del desarrollo, trastornos vasculares y destrucción de los túbulos renales.

El paciente puede presentar letargo o somnolencia, cefalea, náuseas, prurito, vómitos, anemia, descenso del pH sérico, hipertensión, aumento de la fosfatemia y disminución de la calcemia, escarcha urémica, convulsiones, coma y muerte. El deterioro progresivo de la función renal ocasiona uremia. El síndrome urémico ocurre cuando se elevan las concentraciones de nitrogenados y otros productos tóxicos de la sangre. ⁽¹⁴⁾

Los pacientes que han llegado a la uremia, pueden presentar alteraciones mentales, neuropatías, convulsiones, cefalea, temblores, disminución en la capacidad de concentración, pérdida de reflejos, retinopatía, calcificaciones conjuntivales y corneales, arritmias, anemia, ingurgitación yugular, piel seca, coloración amarillo bronce, prurito, pérdida de peso, reducción de la masa muscular, insomnio, debilidad, estreñimiento, amenorrea; entre otros signos y síntomas.

La diálisis es una alternativa de tratamiento cuando el deterioro de la función renal se hace irreversible; la misma puede ser de dos tipos: diálisis peritoneal y

hemodiálisis. La diálisis elimina los productos de desecho metabólico a través de membranas semipermeables como el peritoneo o de aparatos dializadores que separan la sangre del líquido dializante.

La salud comprende muchas dimensiones, que van desde los aspectos valorados más positivos, como la felicidad o el máximo bienestar. El concepto de calidad de vida relacionada con la salud incluye todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente de ella, aunque puedan interactuar. (14)

En su concepción más amplia, la calidad de vida recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad.

La práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y tratamiento de las enfermedades. En este sentido, las personas con enfermedad crónica requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida. (Velarde, Ávila, 2002) (14)

DEPENDENCIA DEL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS

El concepto válido más claro que tenemos de dependencia es del consejo de Europa que lo define como: "aquel estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria"(15).

Siendo esta definición ampliamente aceptada, establece tres factores para poder hablar de dependencia: en primer lugar, la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que disminuye determinadas capacidades de la persona; en segundo lugar, la incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria; y en tercer lugar, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero (15).

Desde el punto de vista del SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia), refiere que dependencia es el “Estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria” (16).

Es así que los derechos de las personas en situación de dependencia son relevantes para las distintas organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo la atención y promoción de su autonomía personal uno de los principales retos de la política social. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyo para desarrollar actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos (16).

Incluso para Virginia Henderson toda persona tiene capacidad y recursos para lograr su independencia y la satisfacción de las 14 necesidades básicas, por el contrario cuando dichas capacidades y recursos disminuyen parcial o totalmente, aparece una dependencia que se relaciona con tres causas de dificultad: falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad, las cuales deben ser valoradas para la planificación de intervenciones (17).

El Sistema Nacional de Dependencia español considera que la clasificación de la dependencia debería establecerse en tres grados. Ello permite graduar la dependencia, discriminando las situaciones de menor a mayor intensidad, facilitando a la vez la valoración y la gestión de la prestación de cuidados (15).

- a) Grado I. Dependencia moderada: cuando en la vida diaria dicha persona precisa ayuda para realizar necesidades básicas al menos una vez al día o tiene necesidad de apoyo limitado para su autonomía personal (15).
- b) Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día,

pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador para su autonomía personal (15).

c) Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona para su autonomía personal (15).

En la unidad de Hemodiálisis (HD), desde sus inicios en 1978, se ha visto que el perfil del paciente se hace cada vez más complejo (14), puesto que el envejecimiento de la población, el aumento de la supervivencia al tratamiento y a múltiples patologías agregadas a la enfermedad renal, como son hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes, cardiopatía isquémica, vasculopatía periférica forman parte de la comorbilidad presente en las unidades de hemodiálisis. (18,19, 20)

Además de estos síntomas físicos, el paciente en HD va a experimentar grandes cambios en su vida personal, originados por las limitaciones que impone vivir dependiente de una máquina, y las implicaciones que esto va a tener en todos los ámbitos de su vida. (18,19, 20)

Enfrentar una enfermedad crónica y progresiva, cuyo tratamiento es invasivo y continuado, produce de manera permanente importantes cambios de vida en los ámbitos físico, psicológico y social tanto para el paciente y como para su familia (7); así mismo los pacientes portadores de un catéter venoso central tienen mayor dificultad para realizar actividades básicas como el aseo personal, lo cual es muy relevante en estos pacientes y, si además presentan deterioro cognitivo, puede verse comprometido el funcionamiento del catéter por inadecuados cuidados (21).

Es así que la terapia de Hemodiálisis permite que personas con ERC sigan viviendo, sin embargo no resuelve todos los problemas que genera la enfermedad como la desnutrición debida a la eliminación de nutrientes, pérdida de movilidad, insomnio, fatiga, palidez, cansancio etc. Además que crea en el paciente una

dependencia vital, necesitando de una máquina para vivir y teniendo que asistir por lo menos tres veces por semana al centro asistencial, permaneciendo allí por más de tres horas (21).

Muchas veces estas limitaciones no pueden compensarse mediante la adaptación del entorno, provocando una restricción para realizar las actividades de la vida cotidiana asociándose esta dependencia a morbimortalidad (21).

Todo ello incrementa la incertidumbre en los pacientes respecto a su futuro, la dependencia a la máquina de diálisis y al personal sanitario, las limitaciones en la dieta, los cambios en las relaciones sociales y familiares y en el aspecto físico y la situación laboral, (22) por consiguiente aumenta la dependencia requiriendo ayuda para realizar actividades en la sala de diálisis, como ayudarles a colocarlos en la cama o el sillón, ayudarles a cambiarse, pesarlos, acostarlos, etc, (19) suponiendo un mayor cuidado para personal de enfermería quien es el que establece un contacto más directo y personalizado con el paciente, procurando una optimización del tratamiento y por lo tanto una mejor calidad de vida (18).

TEST DELTA

Es el método oficial empleado para valorar el grado de dependencia de las personas y asimismo facilitar la situación de personas mayores, con el propósito de desarrollar planes para su atención adecuada (23).

En el artículo 44 de la Ley Orgánica de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra, en materia de Asistencia Social, y de forma específica en materia de Tercera Edad el Consejero de Bienestar Social, Deporte y Juventud, y de conformidad con el Acuerdo adoptado por el Gobierno de Navarra propone en sesión celebrada el día 6 de abril de 1998, decretar: (23)

Artículo 1

Se aprueba el método oficial de valoración del nivel de dependencia de las personas de la tercera edad denominado “Test Delta” (23)

Artículo 2

La calificación del autovalimiento de las personas mayores es de válida o asistida, a efectos de la normativa de servicios sociales.

Se entiende por persona válida, aquella cuya valoración, según el “Test Delta”, es de válida o asistida leve, y por persona asistida la valorada como asistida moderada o asistida severa (23).

El test Delta es una escala que se conforma, a su vez, de tres sub escalas independientes; la primera de ellas mide el grado de dependencia, como indicativo de la necesidad de cuidados de la persona mayor, clasificándola en: válida, asistida leve, asistida moderada y asistida severa (23).

Las otras dos subescalas, correspondientes a la deficiencia física y psíquica, son independientes entre sí y sirven para orientar sobre el origen de la dependencia (dependencia de origen físico y/o dependencia de origen psíquico) (23).

Es así que la clasificación internacional de deficiencias (CIDDDM) publicada por la OMS, (1980) define deficiencia como toda pérdida o anomalía, ya sea permanente o temporal, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Incluye la existencia de una anomalía, defecto o pérdida de una extremidad, órgano o estructura corporal. La deficiencia supone un trastorno orgánico, que produce una limitación funcional que se manifiesta objetivamente en la vida diaria.

Se puede hablar de:

- a) Deficiencias Físicas: aquellas que afectan a personas con problemas como amputaciones, malformaciones, parálisis, pérdidas de movilidad o enfermedades crónicas, que impiden llevar una vida normal o hacen necesario el uso de determinadas ayudas técnicas (19).
- b) Deficiencias Sensoriales: afectan a personas con problemas de visión, audición o lenguaje.
- c) Deficiencias Psíquicas: afectan a personas con enfermedades o trastornos mentales, como quienes padecen Síndrome de Down. En ocasiones la misma persona padece simultáneamente dos o más deficiencias (19).

Teniendo claro dichas definiciones a la hora de brindar la puntuación correspondiente a los distintos ítems del test se valora un rango de 0 a 3, que gradúa la severidad de cuidados, pasando desde la situación con menos afectación a la de mayor severidad.

En el apartado correspondiente a Dependencia esta graduación se especifica en:

- Autonomía de función (0)
- Ayuda ocasional (1)
- Ayuda frecuente (2)
- Ayuda permanente (3)

Las puntuaciones totales se obtienen sumando los valores correspondientes a cada ítem, obteniéndose tres valores diferentes que corresponden a:

- Dependencia: (puntuación máxima 30).
- Deficiencia física: (puntuación máxima 15).
- Deficiencia psíquica: (puntuación máxima 15) ⁽²³⁾.

Valorando la puntuación correspondiente al cuestionario de dependencia se realiza la siguiente clasificación:

- Válidos (de 0 a 1 punto)
- Asistido leve (de 2 a 9 puntos)
- Asistido moderado (de 10 a 19 puntos)
- Asistido severo (de 20 a 30 puntos) ⁽²³⁾.

Y en función de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los cuestionarios correspondientes a la deficiencia física y a la dependencia psíquica, se obtiene la siguiente graduación que puede orientar hacia el origen del grado de dependencia:

- Puntuación: 0-4. Orientación: Ausencia de déficit o déficit leve.
- Puntuación: 5-9. Orientación: Déficit moderado.
- Puntuación: 10-15. Orientación: Déficit grave ⁽²¹⁾.

En otras palabras a mayor puntaje, mayor nivel de dependencia y por tanto, mayores niveles de cuidado ⁽²⁰⁾.

CALIDAD DE VIDA

El término Calidad de Vida se origina en los seres humanos al comenzar aplicar el concepto de “*control de calidad*”, empleado en el mercado industrial para la evaluación de calidad de los productos. (24)

En los años sesenta se incorporó en los programas políticos de los candidatos a la presidencia de Estados Unidos, Kennedy y Johnson, destacando que lo importante y significativo era la calidad de vida individual en un contexto social, más que la cantidad de cosas materiales que se atesorara. (24)

El concepto de calidad de vida es un concepto vago, que no ha logrado tener una definición universalmente aceptada, sin embargo el Diccionario de la Real Academia Española la define como el conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida. (25)

La calidad de vida es de conceptualización compleja y de definición imprecisa, la mayoría de investigadores que han trabajado con el concepto, han coincidido en que no existe una definición única de calidad de vida y una única manera de abordarlo.

La calidad de vida está relacionada con una escala de valores dependientes de la percepción de la sociedad y de los individuos, el modo en cómo se sienten los individuos, cómo evalúan sus formas de participación, de integración y sus condiciones de vida, tanto en la dimensión de los individuos como en la de las sociedades. (25)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), la calidad de vida se define como “*la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones*”. (25)

El concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) llegó al campo de los cuidados sanitarios con la mirada de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de vida (26)

Desde su incorporación como una medida del estado de salud de las personas, ha sido uno de los conceptos que en el campo de la salud más se ha utilizado de

manera indistinta al de calidad de vida, siendo muy pocos los autores que hacen una distinción con el término calidad de vida general (CV). Frecuentemente la CVRS es usada indistintamente como estado de salud, estado funcional, calidad de vida o evaluación de necesidades. Para algunos autores, la CVRS es frecuentemente identificada como una parte de la calidad de vida general, mientras que otros sugieren que su uso es a menudo intercambiable con el de CV, asumiendo así que ambos constructos estarían evaluando similares dimensiones.

(26)

Pese a al desacuerdo, la mayoría de los autores proponen que la CV debe ser diferenciada de la CVRS debido a que el término es utilizado en el campo de la medicina en su interés por evaluar la calidad de los cambios como resultado de intervenciones médicas.

Los conceptos de calidad de vida tomados hasta aquí coinciden en que ambos abarcan necesidades materiales y no materiales, estas básicamente abarcan las tres dimensiones que constituyen la calidad de vida:

Los ámbitos que según Alguacil (2000) corresponden a cada una de ellas son:

- Dimensión física: Es la percepción del estado físico y la facilidad de acceso, potencialmente cuantificable, a los servicios que impactan el aspecto funcional del individuo.
- Dimensión social: Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.
- Dimensión emocional o psicológica: Es la percepción del individuo de su estado afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento". (25)

Por su parte Rueda (2004), acota el concepto de la calidad de vida en cuatro dimensiones, la primera se refiere al bienestar general del ciudadano en cuanto su

trabajo, educación, vivienda equipamientos y sanidad, la segunda está relacionado con, la calidad ambiental en la calidad de vida y que viene representada por la calidad del ambiente atmosférico, el ruido, la calidad del agua, etc. La tercera dimensión es la psicosocial, y está vinculado al ámbito interactivo del sujeto: relaciones familiares, relaciones interpersonales, ocio, tiempo libre, etc. Y por último, la cuarta dimensión hace referencia a cuestiones de cierto orden sociopolítico, tales como la participación social, la seguridad personal y jurídica, etc. (25)

CALIDAD DE VIDA Y SALUD RENAL

La enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) es un problema de salud pública a nivel mundial, que implica la pérdida progresiva de la función renal, la prevalencia de dicha enfermedad ha ido en aumento un 6.8% anual, la incidencia ha aumentado desde 33,3 pacientes por cada millón de habitantes en 1993 a 167,8 pacientes por cada millón de habitantes en 2005 en Latinoamérica. (27)

Las guías Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI) sobre enfermedad renal crónica establecen que en el curso de esta se produce un deterioro de la CVRS de los pacientes, que está relacionada con factores demográficos (edad, sexo, nivel de educación, situación económica, etc.), con las complicaciones de la ERCA (anemia, malnutrición, etc.), con las enfermedades que la causan (hipertensión, diabetes, etc.) o con el propio deterioro de la función renal. (28)

En función de esto aconsejan que en todos los pacientes con un filtrado glomerular inferior a 60 ml/min (estadio III) se evalúe de forma regular la CVRS con el fin de establecer la función basal y monitorizar los cambios que se producen con el paso del tiempo, así como para evaluar los efectos de las diversas intervenciones sobre la CVRS. Esta CVRS basal es de gran importancia para evaluar los resultados de las intervenciones que se realizan desde el seguimiento ambulatorio por parte de facultativos y enfermeras. (28)

La percepción de calidad de vida relacionada con salud, se expresa en términos de bienestar, como un proceso dinámico y cambiante, que varía según el sistema de

valores de los individuos, movido por esto y muchas otras razones, la calidad de vida a nivel mundial se ha convertido en un indicador importante en los servicios de salud. (27)

Para medir la CVRS existen numerosos instrumentos publicados. La mayoría se componen de una serie de ítems o preguntas agrupadas en dimensiones que miden diferentes aspectos de la salud. Los cuestionarios de medida de la CVRS deben cumplir los mismos criterios de validez, fiabilidad y sensibilidad, tal y como se exigen a cualquier otro tipo de medida de la salud, además de disponer de una versión traducida al español adecuadamente validada (10).

Existen versiones de instrumentos para medir la CVRS en español de tipo genérico (tabla 1) que se pueden usar en pacientes con ERCA y otros que son específicos para la enfermedad renal (tabla 2). (28)

Tabla 1.

Instrumento	Número de ítems/ forma de administracion	Subescalas	Validadcion del castellano/ n ^a muestra	
Nottingham Health Profile	38 Autoadministrado	No	n= 1220	α de Cronbach 0.58-0.85 C Correlacion >0.6 Validez de criterio
Sickness Impact Profile	136 Autoheteroadministrado	No	n=352	α de Cronbach no evaluado C Correlacion 0.84-0.96 Análisis factorial
SF-36 Health Survey	36 Autoheteroadministrado	Sí (SF-12/SF-8)	n=47-46	α de Cronbach >0.7 C Correlacion 0.58-0.99 Analisis factorial
EUROQOL 5D	15 + Escala analógica visual	No	n=12 245	α de Cronbach >0.7 C Determinacion R ^a 0.45-0.81 >0.6 Validez de criterio convergente
Láminas COOP-WONCA	9 Autoheteroadministrado	No	n=475	α de Cronbach >0.7 C Correlacion 0.52-0.72 >0.6 Análisis fgactorial

Todos ellos, tanto genéricos como específicos están validados al castellano.

Para medir la CVRS, los instrumentos mayoritariamente elegidos por los autores en España son, en primer lugar el SF-36 con mucha diferencia, seguido de KDQOL-SF, igual que el SIP y las láminas COOP-WONCA. Siendo menos usados el NHP y el Kidney Disease Questionnaire. (29)

SHORT FORM 36 (SF-36)

El SF-36 fue desarrollado durante el *Medical Outcomes Study* (MOS) para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento. Proporciona un método exhaustivo, eficiente y psicométricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista del paciente, puntuando respuestas estandarizadas a preguntas estandarizadas. (30)

El SF-36 está diseñado para ser auto-administrado, administrado por teléfono, o administrado durante una entrevista cara a cara con encuestados de 14 o más años de edad. (30)

Originalmente desarrollado para su uso en los Estados Unidos, el SF-36 ha sido traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto *International Quality of Life Assessment (IQOLA)* (*Evaluación internacional de la calidad de vida*) (Aaronson y cols., 1992; Ware y cols., 1994). (30)

La equivalencia de la versión española fue evaluada a través de diversos estudios (Alonso y cols 1995). Se realizaron retrotraducciones que fueron comparadas con la versión original por investigadores independientes. Asimismo, se realizó una reunión con los investigadores autores de las versiones del cuestionario en otros países (Alemania, Australia, Canadá, Francia, Holanda, Italia, Reino Unido y Suecia) para armonizar el contenido en los casos con expresiones alternativas. Finalmente se hizo un estudio piloto con pacientes crónicos para evaluar la factibilidad y la comprensión del cuestionario. Diversos estudios en vías de publicación evalúan de manera exhaustiva la fiabilidad, la validez y la sensibilidad a los cambios clínicos del cuestionario. (30)

Los ítems del cuestionario informan de estados tanto positivos como negativos de la salud física y del bienestar emocional, identificando ocho dimensiones de salud:

1. Función Física (PF) Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y los esfuerzos moderados e intensos.
2. Rol Físico (RP) Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.
3. Dolor Corporal (BP) La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.
4. Salud General (GH) Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.
5. Vitalidad (VT) Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
6. Función Social (SF) Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
7. Rol Emocional (RE) Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
8. Salud Mental (MH) Salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general. (30)

El coeficiente de consistencia interna α de Crombach superó el valor mínimo recomendado para las comparaciones de grupos (α de Crombach = 0,7) en todas las escalas, excepto en la Función social. Las escalas Rol físico, Función física y Rol emocional obtuvieron los mejores resultados de fiabilidad y en la mayoría de ocasiones superaron el valor de 0,90, límite recomendado para las comparaciones individuales. Con el fin de obtener una estimación conjunta del coeficiente α de

Crombach de cada escala a partir de todos los estudios, se llevó a cabo una meta análisis para cada una de las escalas utilizando siempre el modelo de efectos aleatorios, dado que se observó heterogeneidad entre los estudios en todos los casos. Las estimaciones conjuntas obtenidas a partir del metaanálisis de los coeficientes α de Crombach fueron $\geq 0,9$ para las escalas Función física, Rol físico y Rol emocional. Las estimaciones conjuntas del resto de las escalas superaron el valor de 0,7. (30)

La puntuación de los ítems y las escalas del SF-36 están puntuadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Por ejemplo, las escalas de función son puntuadas de forma que, una puntuación alta indica una mejor función; y la escala Dolor es puntuada de forma que una puntuación alta indica estar libre de dolor.

Después de la introducción de los datos, los ítems y las escalas se puntúan en tres pasos:

- 1) Recodificación de los ítems, para los 10 ítems que requieran recodificación.
- 2) Suma algebraica del valor final de los ítems de la misma dimensión, llamada puntuación cruda.
- 3) transformación de las puntuaciones crudas de las dimensiones a una escala de 0-100 (puntuaciones transformadas de la escala). (30)

Fórmula y ejemplo de transformación de las puntuaciones crudas

$$\text{Escala Transformada} = \left[\frac{(\text{Puntuación real cruda} - \text{puntuación cruda más baja posible})}{\text{Máximo recorrido posible de la puntuación cruda}} \right] \times 100$$

Ejemplo: Una puntuación cruda de 21 en la escala de Función Física se transformaría de la siguiente manera:

$$\left[\frac{(21-10)}{20} \right] \times 100 = 55$$

Donde la mínima puntuación posible es = 10 y el máximo rango posible es = 20

Con este ejemplo hallaremos el valor de cada dimensión, estableciendo una graduación de las respuestas para cada ítem desde 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud), y proporciona un perfil mediante las puntuaciones en las 8 dimensiones evaluadas. Las puntuaciones situadas entre estos valores representan el porcentaje del posible total de puntuación logrado. (30)

CAPÍTULO IV

4. HIPÓTESIS

4.1 Hipótesis General

A mayor nivel de dependencia menor calidad de vida en los pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital II Gustavo Lanatta Luján Mayo - Julio 2017

4.2 Hipótesis Específicas

HE₁: Existe relación directa significativa entre nivel de dependencia y calidad de vida de los pacientes sometidos a Hemodiálisis en el Hospital II Gustavo Lanatta Luján Mayo - Julio 2017.

HE₀: No existe relación directa significativa entre nivel de dependencia y calidad de vida de los pacientes sometidos a Hemodiálisis en el Hospital II Gustavo Lanatta Luján Mayo - Julio 2017.

CAPÍTULO V

5.1 MATERIAL Y MÉTODO

5.1.1 MÉTODO

Es cuantitativa ya que generará información numérica apropiada para el análisis estadístico, de tipo correlacional de corte transversal ya que implica la obtención de datos en un momento específico, para con ello poder describir el estado de fenómenos y las relaciones entre ellos en un momento dado, así mismo el método es inductivo deductivo porque permitirá inferir la validación de la Hipótesis General.

5.1.2 DISEÑO DE ESTUDIO

El diseño es observacional, no experimental, donde el investigador observará los fenómenos tal como ocurren naturalmente, sin intervenir en su desarrollo.

5.1.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

5.1.3.1 POBLACIÓN

El universo de la presente investigación estará constituida por 72 pacientes sometidos a hemodiálisis que cumplan las características consideradas en el área de Inclusión de la Investigación.

Por ser una población pequeña se considera tomar el total de este como la muestra a investigar.

La información se recolectará durante un periodo de tres meses correspondientes desde Mayo a Julio del año 2017.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

CRITERIO DE INCLUSIÓN

- Paciente que recibe terapia de hemodiálisis en el Hospital II Gustavo Lanatta Lujan
- Paciente que recibe terapia de hemodiálisis mayor de 18 años.
- Paciente que recibe terapia de hemodiálisis con un tiempo no menor a 3 meses.
- Paciente en terapia de hemodiálisis que acepte formar parte de la investigación.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que reciben terapia de hemodiálisis de Emergencia en el Hospital II Gustavo Lanatta Lujan.
- Pacientes que reciben terapia de hemodiálisis con un tiempo menor a 3 meses.
- Paciente que recibe terapia de hemodiálisis que no acepte formar parte de la investigación.
- Pacientes que reciben terapia de hemodiálisis con alteraciones psicológicas o psiquiátricas de base.
- Pacientes que hayan tenido ingreso hospitalario en las cuatro semanas previas a la recogida de datos.
- Pacientes cuya lengua materna sea distinta al español.

5.4 DIFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
<p>V₁ DEPENDENCIA DEL PACIENTE RENAL</p>	<p>Estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria"⁽¹⁾.</p>	<p>Dependencia Total</p>	<p>La escala de dependencia total mide el grado de dependencia como indicativo de la necesidad de cuidados de la persona.</p>	<p>Necesidades Básicas Cuidados de Enfermería Seguridad del paciente</p>
<p>V₂ CALIDAD DE VIDA DEL</p>	<p>La percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema</p>	<p>Función Física (PF)</p>	<p>Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y los esfuerzos moderados e intensos del paciente renal.</p>	<p>Muy baja Relativamente baja Promedio Relativamente alta</p>

PACIENTE RENAL	cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones.	Rol Físico (RP)	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias del paciente renal, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.	Muy baja Relativamente baja Promedio Relativamente alta
		Dolor Corporal (BP)	La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual en el paciente renal, tanto fuera de casa como en el hogar.	Muy baja Relativamente baja Promedio Relativamente alta
		Salud General (GH)	Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse del paciente renal.	Muy baja Relativamente baja Promedio Relativamente alta
		Vitalidad(VT)	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento del paciente renal.	Muy baja Relativamente baja Promedio Relativamente alta

		<p>Función Social (SF)</p>	<p>Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual del paciente renal.</p>	<p>Muy baja Relativamente baja Promedio Relativamente alta</p>
		<p>Rol Emocional (RE)</p>	<p>Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias del paciente renal, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.</p>	<p>Muy baja Relativamente baja Promedio Relativamente alta</p>
		<p>Salud Mental (MH)</p>	<p>Salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general en el paciente renal.</p>	<p>Muy baja Relativamente baja Promedio Relativamente alta</p>

5.5 PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos, previamente se cumplieron con los trámites administrativos. Concluida esa fase, los investigadores, recolectarán la información durante los meses de mayo - julio del 2017.

Se aplicará el Test Delta Modificado que consta de 3 escalas que valoran la dependencia total, deficiencia física y psíquica. La escala de dependencia total mide el grado de dependencia como indicativo de la necesidad de cuidados de la persona, clasificándola como válida, asistida leve, asistida moderada y asistida severa. Las otras dos escalas sirven para orientar sobre el origen de la dependencia. Los distintos ítems tienen una puntuación de 0 a 3 que gradúa la severidad de los cuidados, pasando desde la puntuación con menos afectación a la de mayor severidad.

Y el cuestionario Short Form SF 36 versión en español, que aborda 8 dimensiones de la salud: Salud general, Función Física, Rol físico, Rol emocional, Dolor corporal, Función social, Vitalidad y Salud mental, Sus ítems detectan tanto estados positivos como negativos de la salud, para cada dimensión; los ítems son codificados y transformados en una escala desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).

La entrevista será realizada en la sala de hemodiálisis o sala de espera del área de estudio, antes de ingresar a su tratamiento, durante su tratamiento ó después de su tratamiento; esta decisión será tomada según la hora de llegada y condición al ingreso del centro de hemodiálisis, teniendo como promedio de tiempo para el proceso de recolección de datos 15 minutos por cada entrevista.

5.6 PLAN DE TABULACIÓN

En el tratamiento de los datos se usará el aplicativo Excel por dimensiones de la variable Dependencia del Paciente y la variable Calidad de vida. Así mismo se obtendrá archivos en el software SPSS y MINITAB usando el Alfa de Cronbach y el coeficiente de correlación $\rho(rho)$ de Spearman para relacionar la primera variable con la segunda variable. En la investigación se aplicará la técnica del

muestreo no probabilístico para relacionar la muestra representativa de los pacientes que reciben terapia de hemodiálisis y que participarán en la investigación.

Se aplicará un análisis de varianza (ANOVA) para analizar las correlaciones por indicadores en las Variables del estudio de investigación.

Además para la prueba de hipótesis Correlacional se utilizará la técnica de T-Student para la validación de la hipótesis de Investigación. Representándose luego en Tablas y Gráficos.

5.7 ANÁLISIS

Para el análisis de los datos se usara tablas de Contingencia para cruzar la información por indicador de las variables de estudio mediante un Análisis Univariado. Además se tendrá la correlación Multivariada según el diseño de investigación donde se utilizará la técnica de MANOVA y un análisis Multivariante para dimensiones en estudio.

Se utilizará la estadística correlacional como herramienta y posteriormente se presentara cuadros y gráficos para su descripción y análisis.

CAPÍTULO VI

6.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS

6.1.1 Consideraciones éticas:

El proyecto será sometido y evaluado por el Comité de Ética de Investigación del Hospital II Gustavo Lanatta Lujan, resaltándose que el estudio considerará los principios de respeto a la persona, beneficencia, no maleficencia y justicia, además que los datos serán procesados mediante asignación de códigos para preservar el anonimato de los sujetos participantes. Para la aplicación de los instrumentos se realizará con previo autorización de la Jefa de Enfermería del servicio.

6.1.2 Consideraciones administrativas:

Para que sea factible la investigación, es necesario contar con los siguientes recursos:

- **Materiales:** Son los básicos de oficina, como insumos gráficos, papelería, computadoras, etc.
- **Humanos:** Establecido por el equipo de investigadores.
- **Financieros:** La investigación estará autofinanciada por el equipo de investigadores.

La ejecución de la investigación tiene un tiempo establecido que se detalla en el siguiente cronograma.

6.2 CRONOGRAMA DIAGRAMA DE GANTT

Actividades	2016				2017																								
	Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo								
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4					
Planteamiento y formulación del problema	X	x	x	x																			x	x					
Formulación de objetivos			x	x																				x	x				
Marco teórico	X	x	x	x																				x	x				
Formulación de hipótesis y variables				x																				x					
Operacionalización de variables					x																				x				
Metodología del estudio					x																			x					
Revisión y aprobación por parte de la asesora						x	x																						
Sustentación del proyecto																												x	

6.3 PRESUPUESTO

DESCRIPCION	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
RECURSOS MATERIALES			
	04	0.50	2.00
Útiles de escritorio	04	0.50	2.00
Lápices	04	0.50	2.00
Borradores	04	0.50	2.00
Lapiceros	04	1.00	4.00
Tajadores	400	0.10	40.00
Hojas bond	20	0.50	10.00
Folder manila			
SUB TOTAL			62.00
RECURSOS LOGISTICOS			
Movilidad	20	5.00	
Búsqueda en internet	80	1.00	100.00
Impresiones	900	0.10	80.00
Comunicación:			90.00
Telefónica	50	1.00	
Copias	600	0.10	50.00
Refrigerio	20	5.00	60.00
			100.00
SUB TOTAL			480.00
TOTAL			1042.00

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización de la Salud [internet] España: OMS [citado 2017 Mayo 19]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/es/>
2. Tonelli M, Riella M. Enfermedad Renal Crónica y el envejecimiento de la población adulta mayor [internet]. 2014 [citado 2017 Mayo 17]; 34(1);1-7. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/nefro/v34n1/v34n1a01.pdf>
3. Loza M. Análisis de la situación de la enfermedad renal crónica en el Perú (internet). Perú: Ministerio de salud del Perú; 2016 Marz. Capítulo 1, (citado 11 de May del 2017); p.11-12. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=598&Itemid=353
4. Insuficiencia Renal Crónica renal [internet]. México; 2009 [citado 13 Mayo 2017]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/02_feb_2k9.pdf
5. Albañil FT, Ramírez MM, Crespo MR. Análisis de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis ambulatoria y su relación con el nivel de dependencia. Rev. Soc Esp Enferm Nefrol [internet]. 2014 [citado 5 Mayo 2017]; [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842014000300002
6. Hinojosa CE. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica Essalud-Arequipa [internet]. 2006 [citado 15 Mayo 2017] Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/biblioteca_central/pdfs/evalu_calid_vid_pacient_insuf_rena_cronica.pdf
7. La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento

- [internet]. Washington. [actualizado 10 de Marzo de 2015; citado 23 Marzo 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es
8. Martínez HL, Restrepo CA, Manizales FA. Calidad de vida y estado funcional de ancianos con enfermedad renal crónica estadio 5 en terapia dialítica. Acta médica Colombiana [internet]. 2015 [citado 6 Mayo 2017]; [aprox. 13 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-24482015000100004&script=sci_abstract&tlng=es
 9. Duran AY, Perdomo SY, Romero LD, et al. Dotación del recurso humano de enfermería según el grado de dependencia de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva 2014. USCO [internet]. 2014 [citado 9 Mayo 2017]; [aprox. 13 p.]. Disponible en:
 10. López TM, Luque CI, Gómez LE, Casas CR. Valoración de las necesidades de cuidados del paciente durante la hemodiálisis y su relación con el grado de dependencia. Enfermería Nefrológica [internet]. 2014 [citado 5 Mayo 2017]; [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842014000400007
 11. Hernández MJ, Salazar LM, Salazar CC, et al. Influencia del estilo de vida y la funcionalidad sobre la calidad de vida relacionada con la salud en población mexicana con salud comprometida. Educación Física y Ciencia [internet]. 2015 [citado 7 Mayo 2017]; [aprox. 11 p.]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/280078767_Influencia_del_estilo_de_vida_y_la_funcionalidad_sobre_la_calidad_de_vida_relacionada_con_la_salud_en_poblacion_mexicana_con_salud_comprometida

12. Chavéz DJ. Calidad de vida del paciente renal en el servicio de Hemodiálisis Hospital Arzobispo Loayza. Ateneo UNMSM [internet]. 2013 [citado 8 Mayo 2017]; [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/handle/123456789/4320>
13. Sánchez GJ. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en el Hospital Jorge Reátegui Delgado Essalud - Piura en el periodo diciembre 2013 - febrero 2014. upao [internet]. 2014 [citado 10 Mayo 2017]; [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/450>
14. Rodríguez AE, Campillo RM, Avilés EM. Calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y su familia [internet]. 2011 [citado 20 Mayo 2017]; [aprox. 22 p.]. Disponible en: <https://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/Calidad-de-vida.pdf>
15. Delgado Linares I. Atención y apoyo Psicosocial. Madrid: Ediciones Paraninfo; 2014.
16. Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia 2006, Pub. L. N° 44142- 44156, (14 de diciembre 2006).
17. Pino P. Aplicación de la teoría de Henderson y su aproximación al cuidado avanzado en enfermería en un servicio de pediatría. MEDWAVE [internet]. 2012 [citado 2016 marzo 5]; [1 pág.]. Disponible a partir de: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5548>
18. Cirera F, Reina M, Martín J. Utilidad de la calidad de vida como herramienta de enfermería para la valoración de los pacientes con insuficiencia renal crónica. [internet] [citado 2016 Mar 11]; [aprox.7p.]. Disponible a partir de: http://www.revistaseden.org/files/1756_18.pdf
19. Mendoza EB, Olvera S, Quinto k. Calidad de vida del cuidador primario de pacientes con dependencia grave [tesis]: Universidad Autónoma de Queretaro; 2014.
20. Cobo J, Pelayo R, Sánchez S, Alonso R, Menezo R, Gándara M. Repercusión del grado de dependencia de los pacientes en hemodiálisis

- sobre la carga de trabajo de enfermería. Rev Soc Esp Enferm Nefrol: [internet] 2008 [citado 2016 Mar 11]; 11(1). [aprox.6p.]. Disponible a partir de: http://www.revistaseden.org/files/1878_1.pdf
21. Periz L, Puig M, Cases A. Grado de dependencia de las personas sometidas a hemodiálisis en Cataluña y evolución de su mortalidad. S.E.N [Internet]. 2012 [citado 2016 marzo 6] 32:613-21. Disponible a partir de: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-grado-dependencia-las-personas-sometidas-hemodialisis-cataluna-evolucion-su-mortalidad-X021169951200194X>
 22. Amaro C. Significado del cuidado de enfermería en las enfermeras del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Essalud. Cybertesis [internet]. 2004 [citado 2016 Mar 24]; 1(63): 27. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1324/1/Amaro_pm.pdf
 23. Comunidad Foral de Navarra. Boletín Oficial de Navarra N 55-Fecha 08/05/1998. Disposiciones generales. Decretos forales. DECRETO FORAL 126/1998, de 6 Abril, por el que se aprueba e método oficial de valoración del nivel de dependencia de personas de la tercera edad.
 24. Sanchez W. Calidad de vida o alcanzar lo bueno y lo justo. Rev Colombiana Cir. [internet]. 2014 [citado 2017 Mayo 14]; 29; 85-87. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v29n2/v29n2a1.pdf>
 25. Espinoza OF. Aproximación teórica al concepto de calidad de vida. Rev antropología experimental [internet]. 2014 [citado 2017 Mayo 10]; 23: 331-347. Disponible en: <http://revista.ujaen.es/huesped/rae/articulos2014/23espinoza14.pdf>
 26. Urzúa MA. Calidad de vida relacionada con la Salud: Elementos conceptuales. Rev Med Chile. [internet]. 2010 [citado 2017 Mayo 13]; 138; 358-365. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n3/art17.pdf>
 27. Chavez K, Duarte A, Vesga J. Adaptación Transcultural del cuestionario KDQOL SF 36 para evaluar calidad de vida en pacientes con Enfermedad

- Renal Crónica en Colombia. Rev Médica [internet]. 2013 [citado 2017 Mayo 15]; 21(2); 34-42. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562013000200004
28. Rebollo RA, Morales AJ, Pons RE. Et al. Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. Revista Nefrológica [internet]. 2015 [citado 2017 Mayo 15]; 35(1); 92-109. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-revision-estudios-sobre-calidad-vida-relacionada-con-salud-enfermedad-renal-X0211699515054982>
29. Martín BA. Dializarse para vivir o vivir para dializarse. Calidad de vida de hemodiálisis vs. Diálisis peritoneal. [internet]. 2015 [citado 2017 Mayo 17]; 1-50. Disponible en: [internet]. 2015 [citado 2017 Mayo 15]; 35(1); 92-109. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/507/50780304.pdf>
30. Cuestionario de Salud SF-36(versión 2) [internet]. España; 2003 [citado 15 de Mayo de 2017]. Disponible en: http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF36_CUESTIONARIOpdf.pdf

ANEXOS
TEST DELTA MODIFICADO
VALORACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE PACIENTES EN
HEMODIÁLISIS

A) Dependencia

1. Movilización

0. Autónomo
1. Asistencia ocasional para la movilización en cama, sillón de HD o silla de ruedas.
2. Precisa ayuda frecuente.
3. La ayuda es necesaria de forma permanente.

2. Deambulación y desplazamiento (al entrar y salir)

0. Autónomo, aunque lleve algún medio de apoyo (bastón)
1. Necesita ayuda esporádica.
2. Precisa ayuda con frecuencia para la deambulación.
3. Hay que desplazarle siempre: Incapaz de impulsar la silla de ruedas.
Encamado.

3. Aseo

0. Autónomo.
1. Precisa ayuda ocasional en el lavado de manos, aseo del brazo portador de fístula o injerto.
2. Necesita ayuda frecuentemente.
3. Hay que ayudarlo siempre.

4. Vestido

0. Autónomo.
1. En ocasiones hay que ayudarlo. Precisa de supervisión.
2. Necesita siempre ayuda para ponerse alguna prenda o acomodarse sus prendas o calzarse al salir.
3. Es necesario ayudarlo siempre.

5. Ingesta Oral

0. Lo hace solo.
1. Precisa ayuda ocasional para tomar agua, tragar una pastilla, o ingerir un bocadito
2. Precisa ayuda con frecuencia
3. No le está permitida la ingesta oral por su estado de salud. Recibe tratamiento parenteral.

6. Eliminación Urinaria e Intestinal

0. Continencia urinaria y fecal
1. Incontinencia urinaria esporádica. Colostomía
2. Incontinencia urinaria y fecal frecuente. (Sonda vesical y pañales).
3. Incontinencias urinaria y fecal totales (con sonda vesical y usa pañales).

7. Administración de tratamientos

0. No precisa durante el tratamiento.
1. Ocasionalmente administración vía oral con supervisión (analgésicos, antihipertensivos, antihistamínicos).
2. Hay que administrarle los protocolos según indicación (fierro, eritropoyetina, calcitriol, paracalcitol, entre otros).
3. Precisa reposición de líquidos, transfusiones, oxigenoterapia, endovenosos (dextrosa al 33%, hipersodio, gluconato de Ca., antibióticos, etc).

8. Cuidados de enfermería (Movilización, curaciones FAV, portadores de CVC, control continuo de constantes vitales por inestabilidad hemodinámica, apoyo respiratorio).

0. No precisa.
1. Precisa actuación de enfermería ocasional.
2. Precisa actuación de enfermería periódicamente.
3. Supervisión continuada: atención a enfermos críticos (insuficiencia respiratoria en ventilación mecánica, encefalopáticos, emerge. dialíticas, etc.

9. Necesidad de vigilancia

0. No precisa.

1. Trastornos de conducta temporales que impliquen necesidad de vigilancia ocasional (por ejemplo.: verborrea).
2. Trastornos de conducta permanentes que alteren de forma leve o moderada, (por ejemplo.: inquietud psicomotriz leve).
3. Trastorno de conducta intensos y permanentes que alteren de forma grave (ej.: agitación psicomotriz, riesgo de caída, riesgo de daño del AV)

10. Colaboración

0. Colaborador.
1. Colabora con tratamiento.
2. No colabora.
3. Rechazo categórico y constante.

B) DEFICIENCIA FÍSICA

1. Estabilidad

0. Se mantiene bien de pie o en cualquier postura.
1. Ligera inseguridad en la marcha. Riesgo leve de caída. (Por ejemplo.: mareos frecuentes).
2. Marcada inseguridad en la marcha. Caídas frecuentes.
3. No puede permanecer de pie sin apoyo.

2. Visión y audición

0. Visión normal o corrección con lentes. Oye bien. Casos no valorables.
1. Ligera disminución de la visión mal compensada con lentes. Sordera moderada. Lleva audífono.
2. Marcada disminución de la visión que no puede compensarse con lentes. Sordera total.
3. Ceguera total.

3. Alteraciones del aparato locomotor

0. Movilidad y fuerza normales. Sensibilidad normal. Casos no valorables.
1. Ligera limitación de la movilidad en alguna de las extremidades o tronco.

2. Limitación moderada de la movilidad en alguna de las extremidades o tronco. Anquilosis de alguna articulación importante. Amputación parcial de alguna extremidad.
 3. Limitación grave de la movilidad. Amputación completa, sin prótesis. Desarticulación.
- 4. Otras funciones neurológicas** (Rigidez, movimientos anormales, crisis comiciales)
0. Sin alteraciones.
 1. Temblor ligero. Movimientos anormales ocasionales. Ligera hipertonía. Ligera rigidez.
 2. Temblor moderado. Crisis comiciales ocasionales. Movimientos anormales frecuentes. (Disquinesias, distonías). Rigidez moderada.
 3. Temblor importante. Crisis comiciales frecuentes. Rigidez importante. Movimientos anormales permanentes.
- 5. Aparato respiratorio y cardiovascular**
0. Sin alteraciones.
 1. Disnea de mediano esfuerzo (escaleras, cuestas). claudicación intermitente leve.
 2. Disnea de mínimos esfuerzos. Dolor vascular ligero y permanente.
 3. Disnea continua grave. Dolor vascular permanente, moderado o grave.

C) DEFICIENCIA PSÍQUICA

1. Lenguaje y comprensión

0. Habla normalmente. Comprensión buena.
1. Alguna dificultad en la expresión oral. En ocasiones no entiende lo que se le dice.
2. Disartria o disfasia intensa. Poca coherencia o expresividad. Es frecuente que no responda a órdenes y sugerencias.
3. Afasia. Lenguaje ininteligible o incoherente. Apenas habla. No responde a órdenes sencillas.

2. Orientación y memoria

0. Bien orientado en tiempo y espacio. Buena memoria.
1. Desorientación ocasional. Buen manejo en su casa o planta. Despistes u olvidos ocasionales.
2. Desorientado en tiempo o espacio. Perdida frecuente de objetos. Identifica mal a las personas, reconociendo lazos afectivos o recuerda mal acontecimientos nuevos y nombres.
3. Desorientación total. Pérdida de la propia identidad. No reconoce lazos afectivos. Apenas recuerda nada.

3. Trastornos del comportamiento

0. No presenta problemas.
1. Trastornos de comportamiento con alteraciones conductuales leves (p. ej.: irritabilidad, trastornos del control de los impulsos).
2. Trastornos del comportamiento con alteraciones conductuales moderadas (p. ej.: agresividad moderada, conducta desorganizada).
3. Trastornos del comportamiento con alteraciones conductuales graves.

4. Capacidad de juicio (Valerse correctamente del dinero cuando va a comprar, llamar desde un teléfono público, ejecución de órdenes sencillas)

0. Normal para su edad y situación.
1. Tiene alguna dificultad para resolver problemas y situaciones nuevas.
2. Le cuesta mucho resolver problemas sencillos.
3. No puede desarrollar ningún razonamiento.

5. Alteraciones del sueño

0. Duerme bien habitualmente, sin medicación.
1. Duerme bien con medicación.
2. Duerme mal con medicación, sin afectar al entorno.
3. Alteraciones graves del sueño con agitación nocturna.

VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA	
Autonomía de Función:	0
Ayuda Ocasional:	1
Ayuda Frecuente.	2
Ayuda Permanente:	3

CALIFICACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA	PUNTAJE
A. DEPENDENCIA (Total de 30 puntos)	
Valido o autónomo:	0 a 1 punto
Asistido Leve:	2 a 9 puntos
Asistido moderado:	10 a 19 puntos
Asistido severo:	20 a 30 puntos
B. DEFICIENCIA FISICA (Total de 15 puntos)	
Ausencia de déficit:	0 a 1 punto
Déficit leve:	2 a 4 puntos
Déficit moderado:	5 a 9 puntos
Déficit severo:	10 a 15 puntos
C. DEFICIENCIA PSIQUICA (Total de 15 puntos)	
Ausencia de déficit:	0 a 1 punto
Déficit leve:	2 a 4 puntos
Déficit severo:	10 a 15 puntos

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 (versión 2)

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una la casilla que mejor describa su respuesta.

1. En general, usted diría que su salud es:

<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores. -----	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
b <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora. -----	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
c Coger o llevar la bolsa de la compra. -----	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
d Subir <u>varios</u> pisos por la escalera. -----	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
e Subir <u>un sólo</u> piso por la escalera. -----	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
f Agacharse o arrodillarse. -----	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
g Caminar <u>un kilómetro o más</u> -----	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
h Caminar varios centenares de metros. -----	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³

- i Caminar unos 100 metros. ¹ ² ³
- j Bañarse o vestirse por sí mismo. ¹ ² ³

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b ¿ <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
d ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b ¿ <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f se sintió desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g se sintió agotado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h se sintió feliz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i se sintió cansado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a Creo que me pongo enfermo más facilmente que otras personas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: **NIVEL DE DEPENDENCIA Y SU RELACION CON LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL II GUSTAVO LANATTA LUJAN**

Habiendo sido informado(a) de la misma así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que la información que en el instrumento vierta será sólo y exclusivamente para los fines de la investigación en mención; además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

COMPROMISO DE CONFIDENCIABILIDAD

Estimado paciente:

La investigadora del proyecto para el cual usted ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado. Se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad de información; así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados sólo con fines de investigación y no le perjudicará en lo absoluto