

**UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICE – RECTORADO ACADEMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS
ASISTENCIALES DE SALUD**

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

**INFLUENCIA DE LA PLANIFICACIÓN DEL EQUIPO
MULTIDISCIPLINARIO DE LA UNIDAD DIÁLISIS 95´ SOBRE
LA CALIDAD DE VIDA DE LOS USUARIOS EN TRATAMIENTO
DE HEMODIÁLISIS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE
HASTA NOVIEMBRE DEL AÑO 2005.**

Presentado a la Universidad Católica Andrés Bello

Por:

DANNY YAJAIRA SOSA GONZALEZ

Como requisito parcial para optar al grado de:

**ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LOS SERVICIOS DE
SALUD**

Realizado con la tutoría del profesor
Ramón M´ Jauregui

Mérida, Diciembre del 2005.

INDICE

	Págs.
RESUMEN	6
CAPÍTULO I	8
I.- EL PROBLEMA	8
1.1.- Planteamiento del problema	8
1.2.- Justificación de la investigación	12
1.3.- Objetivos	14
1.3.1.- Objetivo General	14
1.3.2.- Objetivos Específicos	14
CAPÍTULO II.	15
II.- MARCO TEORICO.	15
II.1.- Antecedentes de la Investigación	15
II.2.-Bases Teóricas	19
II.3.-Sistema de Variables	47
II.3.1.-Variable Dependiente	47
II.3.2.-Variable Independiente	47
II.4.-Sistema de Hipótesis	47

CAPÍTULO III	Págs.
III.- MARCO METODOLÓGICO.	48
III.1.- Tipo y Diseño de Investigación	48
III.2.- Población y Muestra	48
III.3.- Instrumentos para la recolección de Datos	50
III. 4.- Sistema de variable y su operacionalización	51
III.4.1.- Validez	51
III.4.2.- Sistema de Análisis	51
CAPITULO IV.	53
IV.- PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS	53
IV.1 - Cronograma de actividades	82
CAPITULO V.	83
V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	83
V.1.- Conclusiones	83
V.2.- Recomendaciones	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
ANEXOS	93
Anexo N° 1. Consideraciones Eticas .- Instrumento	94
Anexo N°2.Instrumento para la Validez Cualitativa y Cuantitativa	101
Anexo N° 3. Solicitud para la aplicación del Instrumento	105

INDICE DE TABLAS

Tabla	Pág.
Distribución según sexo, usuario de la unidad de Diálisis. Mérida 2005.	53
Distribución según edad, usuario de la unidad de Diálisis. Mérida 2005.	54
Distribución según sexo y peso seco, usuario de la unidad de Diálisis. Mérida 2005.	56
Distribución según fecha de ingreso, usuario de la unidad de Diálisis. Mérida 2005.	57
Distribución del proceso de comunicación del usuario, según información recibida del personal. Mérida 2005.	58
Distribución del proceso de comunicación del personal de la unidad, según información sobre padecimiento al usuario. Mérida 2005.	60
Distribución del proceso de comunicación del personal de la unidad, según información sobre complicaciones al usuario. Mérida 2005.	61
Distribución del proceso de comunicación del personal de la unidad, según información sobre alimentación al usuario. Mérida 2005.	62
Distribución del proceso de comunicación del personal de la unidad, según información sobre cambios de animo al usuario. Mérida 2005.	63

Distribución según la satisfacción de atención brindada por el personal al usuario. Mérida 2005.	64
Distribución según la satisfacción de tiempo dedicado por el personal al usuario. Mérida 2005	65
Distribución según la satisfacción de apoyo y solidaridad por el personal al usuario. Mérida 2005	67
Distribución según la satisfacción del trato brindado por el personal al usuario. Mérida 2005	68
Distribución según situaciones estresantes del usuario. Mérida 2005	69-72
Distribución de satisfacción del usuario según ayuda familiar. Mérida 2005	73
Distribución de satisfacción del usuario según la familia comparte problemas. Mérida 2005	73
Distribución de satisfacción del usuario según la familia acepta y apoya deseos de emprender nuevas actividades. Mérida 2005	75
Distribución de satisfacción del usuario según la familia exprese afecto y responda a las emociones. Mérida 2005	76
Distribución de satisfacción del usuario según la familia comparte tiempo, espacio y dinero. Mérida 2005	77

Distribución de satisfacción del usuario si tiene algún amigo que pueda buscar en caso de necesidad. Mérida 2005 78

Distribución de satisfacción del usuario según soporte que recibe de sus amistades. Mérida 2005 79

Distribución del conocimiento sobre alimentación del usuario. Mérida 2005 80

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICE – RECTORADO ACADEMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE
SALUD

**INFLUENCIA DE LA PLANIFICACIÓN DEL EQUIPO
MULTIDISCIPLINARIO DE LA UNIDAD DIÁLISIS 95' SOBRE LA CALIDAD
DE VIDA DE LOS USUARIOS EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS
DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE HASTA NOVIEMBRE DEL AÑO
2005.**

Autor: DANNY YAJAIRA SOSA GONZALEZ

Tutor: RAMÓN M' JAUREGUI

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue determinar la influencia de la planificación del equipo multidisciplinario de la unidad diálisis 95' sobre la calidad de vida de los usuarios en tratamiento de hemodiálisis durante el mes de septiembre hasta noviembre del año 2005. Para ello se utilizó un estudio descriptivo, con diseño trasversal y de campo. La población estuvo constituida por 47 usuarios en tratamiento de hemodiálisis, a quienes se les aplicó un instrumento tipo encuesta. Entre los resultados destacan, según el sexo un predominio del masculino con el 62%, entre edades comprendidas

de 44 a 53 años, con un 29.79%, el peso seco oscila entre 51 a 58 Kgs, con 23.40% donde predomina en que el sexo femenino; según la fecha de ingreso de los pacientes en el año 2005 hubo un incremento del 34.04%. La mayoría de los pacientes han sido informados sobre su padecimiento, complicaciones, tipo de alimentación y cambios en el estado de ánimo, por parte del médico, enfermera, nutricionista y psiquiatra; siendo la principal fuente de información el médico en el 72.97%, información que influyen en un 100% sobre el tipo de alimentación. De acuerdo al grado de satisfacción el 36% estuvo muy satisfecho por la atención brindada por el médico y el 84% de insatisfacción por la atención del psiquiatra. En cuanto a la intensidad del Lazo emocional el 68.09% afirmó recibir excelente ayuda familiar. Las principales situaciones de estrés para el paciente son externas, predominando la dependencia de la diálisis con un 41.2%, y el deterioro de la relación en pareja con un 50%; en relación con los conocimientos sobre alimentación se encontró que el 41.4% normalmente cumple con la dieta, el 48.3% sienten debilidad corporal posterior a la diálisis. Se recomienda al usuario solicitar información al equipo multidisciplinario sobre opciones que puedan mejorar la calidad de vida de los pacientes tratados con hemodiálisis. Además de incentivar al equipo a realizar ajustes en los procedimientos para la atención adecuada al usuario, la cual debe estar centrada en una educación que contribuya a lograr cambios en los estilos de vida del paciente con patología renal.

Palabras Claves: Planificación, Calidad de vida, Tratamiento de Hemodiálisis.

CAPÍTULO I

I.- EL PROBLEMA

I.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Planificación es la primera función administrativa que sirve de base a los demás trabajos. Esta determina por anticipado cuáles son los objetivos que deben cumplirse y qué debe hacerse para alcanzarlos; por lo tanto es un modelo teórico para actuar en el futuro.

La unión, continuidad, flexibilidad y valoración son los aspectos principales de un buen plan de acción que ayudará a la organización a cumplir con su misión, organizando planes para cada estrategia y presupuestos, tan detallados como sea necesario y se caracteriza por ser un:

- Instrumento que proactiva, no reactiva
- Reduce el impacto de los cambios
- Facilita el manejo de situaciones
- Considera el entorno

El Diseño de una Estructura Organizacional se basa en adoptar una estructura correcta para lograr el funcionamiento de una estrategia independiente. Propone la asignación y responsabilidad de tareas y autoridad para la toma de decisiones dentro de la organización.

Cuando se observa que los equipos multidisciplinarios de salud planifican sus actividades para alcanzar los objetivos, se tiene el compromiso con la organización y, por ende, se logran las metas propuestas; cuando cada quien actúa con un fin propio se observa agotamiento y muchas veces despilfarro de recursos y la ausencia de satisfacer las necesidades del usuario en cualquier tratamiento y en concreto el de hemodiálisis, que va a ser objeto en este trabajo de investigación.

Los factores físicos, psicológicos y sociales del paciente con patología renal constituyen una unidad insoluble, afectando a unos y a otros por lo que se deben evaluar todos estos aspectos que incidan sobre el bienestar y la calidad de vida del mismo. Fortaleciéndose así la adecuada planificación de los equipos multidisciplinarios de salud que intervienen en la atención de dichos pacientes.

En los últimos años se ha observado un incremento de pacientes con insuficiencia renal, la autora de esta investigación ha corroborado, a través de

su desempeño laboral en el área de hemodiálisis, cómo la insuficiencia renal es una enfermedad que afecta también el estado de salud, emocional, económico y social del paciente y su entorno familiar.

El crecimiento de la demanda de atención de las enfermedades renales terminales con métodos sustitutivos de diálisis, ha adquirido características epidemiológicas que sobrepasan las previsiones de planificación y disponibilidad de recursos para su adecuada atención.

La escasa interrelación para la planificación de los equipos multidisciplinarios, que presta asistencia a los pacientes renales impide alcanzar los objetivos que satisfagan las necesidades del usuario, dificultando el proceso de atención.

Aunado a esto, hay que añadir la escasez de recursos económicos, déficit de recursos humanos, problemas técnicos administrativos, carencia de una adecuada metodología, pobreza en la información estadística, poca interrelación, falta de comunicación, control y evaluación del equipo multidisciplinario de salud, afectando en forma directa la calidad de vida de éste tipo de usuarios, debido a que no se actúa en el momento oportuno socavando aspectos físicos, emocionales y sociales.

Al ingresar a estos programas de terapia de reemplazo renal, los usuarios se ven obligados a someterse a un estricto tratamiento, teniendo

que modificar su vida social, además de las múltiples canulaciones, dieta, restricción de líquidos, técnicas dolorosas, muchas veces la pérdida de esperanzas de trasplantes renales, incluso, hasta el abandono familiar que afectan notablemente al paciente disminuyendo su colaboración en relación con su tratamiento, lo que hace que algunos pacientes adquieran conductas negativas a la diálisis, llevándolos al deterioro progresivo y, como consecuencia, a la disminución de la calidad de vida, entendiendo que esto último se relaciona con la satisfacción de las necesidades básicas humanas.

La rehabilitación de los pacientes sometidos a diálisis con el fin de mejorar su calidad de vida, es el objetivo fundamental del equipo multidisciplinario y de los programas de tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal (I.R.C.T.). Los parámetros fisiológicos y bioquímicos suministran información muy valiosa, pero lo que realmente interesa a los pacientes, es de qué manera su enfermedad y los tratamientos que reciben afectan su capacidad funcional y su calidad de vida en general.

Ello genera el desafío de incorporar y desarrollar nuevos protocolos en pro de ofrecer mejor calidad de vida a los pacientes asegurando la planificación, aspecto necesario para satisfacer las necesidades del usuario.

Implementar estrategias de planificación de los equipos multidisciplinarios que mejore la calidad de vida y cuidados paliativos en la unidad de Diálisis 95'' requiere medidas formativas y cambios organizativos,

cuyos resultados mejorarán notablemente la satisfacción del paciente y sus familiares. El objetivo es aumentar la adhesión (complacen) al tratamiento, facilitar e incorporar el apoyo social y familiar en la terapia y mejorar la percepción del bienestar del paciente y su calidad de vida.

Considerando esta información de gran importancia, para conocer cómo influye la planificación del equipo multidisciplinario sobre la calidad de vida de los usuarios en tratamiento de hemodiálisis, en la Unidad Diálisis 95” de la Parroquia el Llano, Municipio Libertador.

I.2.- JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.-

La realización de este estudio es de gran importancia. Genera implicaciones **sociales** por cuanto contribuirá a elevar el nivel de conocimientos sobre el tópico a quienes tengan acceso a esta información. **Educativas** porque servirá de base teórica para comentar, desarrollar o apoyar alguna teoría, además permitirá generalizar los resultados en propuestas de mejora. También proporcionará conocimientos del comportamiento de las variables y su relación, servirá de antecedente para otros investigadores. Desde el punto de vista **metodológico** ayudará a enriquecer la búsqueda del conocimiento.

Con esta investigación se espera beneficiar tanto a pacientes como al equipo multidisciplinario de la Unidad Diálisis 95” ya que se centrará en una visión integral dirigida al ser humano, en sus aspectos físicos, psíquicos, afectivos, emocionales y la planificación de los equipos multidisciplinarios. Esta iniciativa generada en nuestra sociedad, permitirá dar una orientación científica y ser referente válido para la elaboración de propuestas y a su vez definen su integración en la enseñanza y práctica de la especialidad.

En la medida en que la atención médica esté centrada sobre el paciente y no en la enfermedad, donde la persona participe en su tratamiento con conocimiento, responsabilidad y que el apoyo familiar se haga presente con comprensión y amor, donde el equipo multidisciplinario realice su trabajo con dedicación y consideración de los aspectos técnicos basados en mejorar la calidad de vida de quien está padeciendo la enfermedad, es posible que se logre una medicina integrativa que no sólo se ocupe del usuario sino que integre los aspectos del entorno propios de la condición de seres humanos.

I.3.- OBJETIVOS.-

I.3.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar la influencia de la planificación del equipo multidisciplinario en la calidad de vida de los enfermos renales que reciben tratamiento de hemodiálisis de la sucursal Mérida, diálisis 95´ en el período comprendido entre septiembre hasta noviembre del 2005.

I.3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar el proceso de comunicación entre el paciente dializado y los diferentes miembros del equipo de salud que intervienen durante el tratamiento sustitutivo.
- Determinar grado de satisfacción de los pacientes sometidos a hemodiálisis en referencia a la atención de los equipos multidisciplinarios.
- Identificar situaciones estresantes en los pacientes dializados.
- Determinar la funcionalidad familiar o el lazo emocional más fuerte del paciente en hemodiálisis.
- Determinar el conocimiento sobre la alimentación como parte del tratamiento de hemodiálisis.

CAPITULO II

II.- MARCO TEÓRICO.

II.1.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

La planificación es un conjunto de procedimientos y métodos universales que pueden ser utilizados en cualquier régimen social. Según koontz (1998). “La planificación implica la selección de misiones y objetivos y de las acciones para cumplirlos, y requiere de la toma de decisiones, es decir, de optar entre diferentes cursos futuros de acción”

RUIZ, M. (2000).México. En su trabajo titulado “**Planificación de los recursos humanos en salud**”, cuyo objetivo fue “Disponer de una metodología que permita apoyar la planificación del recurso humano para poder contar en el futuro con una oferta estable de profesionales en salud según la estimaciones de las necesidades del servicio, desarrolló un estudio de tipo descriptivo mediante la revisión de literatura de tal forma que se identifiquen las diferentes metodologías existentes para planear recursos humanos en salud con la participación de docentes con experiencia y los conocimientos en Planificación.

El estudio estuvo conformado por una población de 64 sujetos de la cual se extrajo una muestra representativa de 33 profesionales. Se llegó a la conclusión de que la planificación juega un papel determinante a la hora de calcular la estimación del recurso humano, el desarrollo de la propuesta no pretende entrar a satisfacer requerimientos en infraestructura tecnológica y/o de procesos de información en las instituciones participantes sino el crear un Centro de Información integrador de datos en lo que a recurso humano hace referencia y permite que todas las instituciones involucradas e interesadas puedan acceder a la información que éste tenga o indicarle la fuente misma y debe ofrecer capacitación de manera que permita que los agentes realmente se involucren y se vuelvan partícipes.

En este orden de ideas, Ruiz, S. (2000). Mérida, en su trabajo especial de grado **“Calidad de vida de los pacientes en tratamiento de suplencia (diálisis) en el IAHULA”** realizó un estudio descriptivo en 41 pacientes entre 19 y 81 años de edad sometidos a hemodiálisis y diálisis peritoneal del IAHULA, con la finalidad de evaluar la calidad de vida, capacidad de trabajo y estado funcional, funcionalidad familiar, situaciones estresantes. Se obtuvo como resultado que el 75% de los pacientes eran mayores de 48 años, el 60% pertenecen al sexo femenino. De acuerdo al test aplicado el 80% de los familiares de los pacientes son funcionales, 56% y 46% de las familias tenían cohesión y adaptabilidad balanceada respectivamente. En general los

pacientes encuentran mayor satisfacción con el trato, cariño, tiempo y solidaridad que ofrecen sus familiares.

Las principales situaciones estresantes percibidas por los pacientes son externas siendo las que produce mayor tensión: muerte de un amigo en diálisis y el alto costo de los medicamentos. Los pacientes en hemodiálisis tienen buena calidad de vida según los resultados obtenidos y ligeramente superior la percepción de su enfermedad en los pacientes que reciben diálisis peritoneal.

Ballesteros, E. (2001) Mérida, realizó un **“Estudio comparativo de sintomatología, trastornos emocionales y Calidad de Vida relacionada con la Salud en pacientes en programa de hemodiálisis periódica”**, los objetivos del trabajo fueron:

1) Determinar la prevalencia y severidad de los síntomas físicos y los trastornos emocionales (ansiedad y depresión)

2) Estudiar su influencia sobre su Calidad de Vida Relacionada en Salud. El tipo de investigación fue descriptiva. La población estuvo representada por 116 pacientes en hemodiálisis, la muestra quedó compuesta por 58 pacientes, empleándose dos cuestionarios de calidad de vida relacionados en salud. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Los síntomas más frecuentes ordenados según severidad de la molestia fueron: dolor de piernas, piernas cansadas, sed, prurito, piel seca,

dolor de huesos y / o articulaciones, dificultad para dormir, debilidad, calambres y estreñimiento.

- De los 58 pacientes evaluados el 44% obtuvo una puntuación que refleja la existencia de patología depresiva relevante, con valores máximos en aquellos ítems que evalúan: insatisfacción, dificultad laboral, trastornos del sueño, cansancio y desinterés por el sexo.
- La movilidad física y el sueño fueron las variables que más afectaron la calidad de vida de los usuarios en el estudio comparativo.

De igual manera, Jiménez, M. (2005) realizó un estudio sobre **“Planificación y Gestión de calidad en nefrología”**. Tuvo como objetivo estimular a las unidades hospitalarias y a los centros de diálisis periféricos a incorporar las herramientas de planificación y gestión de la calidad en su práctica”, elaboró un instrumento contentivo de los diferentes procesos asistenciales y sus indicadores, estableció planes de monitorización consensuados que permitieron comparar resultados entre diferentes centros y que sirvieron como punto de referencia para futuras áreas de mejora, dando el salto entre la elaboración de guías y su monitorización posterior.

El estudio se llevó a cabo en España con una población de 52 sujetos de los cuales se sacó una muestra de 21 individuos de los centros de hemodiálisis extra-hospitalarios mediante una encuesta por una necesidad profesional de asegurar al máximo el control de cada proceso de planificación de la

actividad que realizan, y por otro, impulsados por los requerimientos de la administración pública. Todo esto llevó a la conclusión de que es necesaria la motivación para la creación de un grupo de trabajo multidisciplinario sobre la planificación y Gestión de la Calidad y al seguimiento de indicadores y se resumen los avances realizados de la evaluación.

Como se puede evidenciar estos estudios tocan de alguna manera las variables abordadas por la investigación que se pretende desarrollar. Estas exploraciones señaladas anteriormente justifican la importancia que tiene la planificación de los equipos multidisciplinarios en su desempeño laboral y la determinación de la calidad de vida de los pacientes bajo tratamiento sustitutivo siendo necesarias para fortalecer propuesta que se implementen en dichas áreas.

II.2- BASES TEÓRICAS.

Sustentan desde una perspectiva teórica el problema. Fueron recopilados de algunos autores cuyos aportes permitieron el desarrollo de la variable principal de estudio.

La planificación se considera como trabajo en equipo, también podemos decir que planificar es pensar antes de actuar. Planear y determinar los objetivos consiste en seleccionar por adelantado el mejor camino para

lograrlos, porque constituyen métodos racionales para el cumplimiento de los objetivos preseleccionados para la organización.

Mediante el paso sucesivo resolver problemas y aprovechar oportunidades, define con claridad aquello que se pretende lograr en la organización, así como la forma, los tiempos, los responsables y los requerimientos y recursos, es decir no es más que la traducción de la estrategia a hechos concretos. Según Gabaldon (2003) “Se compone de objetivos, procedimientos y métodos, presupuestos operativos y programas”.

Para que un plan sea eficiente debe existir un compromiso, aunado al sentido de pertenecía de todos y cada uno de las personas que la laboran en la unidad Diálisis 95´ lo que será la clave del éxito del proceso de planificación y esto incluye:

- Sentido de Responsabilidad
- Comunicación Efectiva
- Coordinación y Planeacion

Este plan anticipa las acciones necesarias para alcanzar los objetivos, permite evaluar los pasos y al mismo tiempo corrige los errores de los equipos multidisciplinarios, facilitando el proceso de comunicación, en este momento se intercambian ideas y necesidades de los pacientes de la unidad de Diálisis 95’’ al identificar los problemas y jerarquizarlos se actúa en el momento preciso y oportuno, creando el compromiso y responsabilidad de

los equipos multidisciplinarios que permitan satisfacer las necesidades del paciente, alcanzando así, las metas propuestas.

El proceso de planificación se basa en la elaboración de un diagnóstico mediante un instrumento que permite al planificador el conocimiento e interpretación de una realidad, análisis y evaluación de esa situación.

Entre las etapas de la planificación se encuentran, los establecimientos de Objetivos que consiste en definirlos, saber a dónde y cómo se pretende llegar. Estos Objetivos, pueden ser inmediatos, mediatos o remotos. Cuanto más lejano en el tiempo estén, se vuelven más remotos y, por consiguiente, su consecución se haya sujeta a mayor incertidumbre.

Es importante Jerarquizar los Objetivos ya que los elaborados en la empresa prevalecen sobre todos los demás, y los de cada división están por encima de los de cada especialista.

La Planeación está sujeta a dos principios fundamentales en su constitución: Principio de Definición del Objetivo, donde el Objetivo debe ser definido de forma clara y concisa para que la planeación sea adecuada y el Principio de la Flexibilidad: donde el plan debe ser flexible, elástico con la finalidad de poderse adaptar a situaciones imprevistas.

Todos estos aspectos favorecen la planificación de los equipos multidisciplinario, por medio de técnicas y procedimientos que son necesarias para el buen cumplimiento de las funciones.

Según Weihrich (1999) “Toda organización implica poseer una estructura de funciones o puestos intencional y formalizada” (p.246). Una Organización consiste en una estructura formalizada de funciones, es por ello que la organización radica en la identificación y clasificación de las actividades requeridas, por consiguiente, la agrupación de las actividades necesarias para el cumplimiento de los objetivos. “Organización” es la parte de la administración que supone el establecimiento de una estructura intencionada de los papeles que los individuos deberán desempeñar en una empresa.

El propósito de una estructura organizacional es contribuir a la creación de un entorno favorable para el desempeño humano.

El autor señala dos tipos de organización: la Formal; basada en la división racional del trabajo que especializa órganos y funciones en determinadas actividades y la Informal, que surge de modo natural y espontáneo, debido a las relaciones humanas que establecen las personas que desempeñan cargos en la organización formal.

Entre los componentes de la organización, se especifican las tareas que representan las funciones subdivididas entre personas y órganos; cada persona asignada para ocupar un cargo, es una porción específica del trabajo global, mientras que el órgano; es la unión del trabajo y las personas, en la medida que tengan características u objetivos semejantes.

Otras de las etapas de la planificación, se encuentra la Dirección.

Koontz (2000) señala “La dirección como el hecho de influir en los individuos para que contribuyan a favor del cumplimiento de las metas organizacionales y grupales. (p.165). La Dirección pone en marcha la organización, su objetivo es alcanzar el máximo rendimiento de los empleados, de acuerdo con los aspectos generales.

El papel de la Dirección es poner a funcionar la empresa y dinamizarla. La Dirección es la función administrativa que se refiere a las relaciones interpersonales de los administradores en todos los niveles de la organización.

Para que la Planeación y la Organización puedan ser eficaces, deben ser dinamizadas y complementadas por la orientación que debe darse a las personas mediante la Dirección.

Dirigir significa explicar los planes a los demás y dar instrucciones para ejecutarlos teniendo como mira los objetivos por alcanzar. Las personas necesitan que alguien las dirija.

Autoridad y Poder son los medios de influencia para modificar el comportamiento, las actitudes y los valores de las personas dirigidas.

Observamos que en los equipos multidisciplinarios de Diálisis 95'' no cuentan con un líder que guíe los planes y, al contrario, se improvisa en los procedimientos, por lo que al actuar no se trata la necesidad del usuario bajo tratamiento de hemodiálisis en ese instante, ni en el momento en que ocurre los hechos, por lo que es importante una unidad de mando que facilite el proceso de ejecución alcanzando así las metas propuestas.

Entre los principios de la dirección se encuentra;

Principio de Armonía de Objetivos: que consiste en armonizar las metas personales de los individuos con las metas de la empresa.

El Principio de Motivación: radica en influir sobre la conducta humana, induciendo a las personas a actuar o realizar algo, en pro de la organización. Mientras que el Principio de Liderazgo, señala la capacidad de influir y dirigir sobre las personas, para que se esfuercen en forma voluntaria y con entusiasmo para el logro de las metas del grupo.

En toda planificación es necesario desarrollar la planificación estratégica, Según, Chiavenato (1998) "Es la Planeación más amplia de la organización. Sus características principales son la proyección a largo plazo, abarcar la empresa como totalidad" (p.332).

La Planificación estratégica consiste en seleccionar misiones y objetivos, así como las acciones necesarias para cumplirlos, es la elección de los cursos futuros de acción a partir de diversas alternativas .Consiste en planes minuciosos, planes de acción que permitan la ejecución de las estrategias. Estas deben apoyarse en tácticas efectivas

Según, Koontz (1998), “Se desprenden de la imposibilidad de prever el futuro con un alto grado de certidumbre” (p.172).

La administración estratégica, según, Fred (1998) “La administración estratégica no es un ciencia pura, que lleve a un enfoque concreto tipo “uno, dos, tres, cuatro”. Se trata más bien de un intento por organizar información cualitativa y cuantitativa, de tal manera que permita la toma de decisiones efectivas en circunstancias de incertidumbre” (p.3).

Es el proceso de manejar con eficiencia y eficacia, las estrategias en una organización unificando el enfoque tradicional estratégico y el nuevo enfoque.

Uno de los problemas observados que influyen en la planificación de los equipos multidisciplinarios de Diálisis 95” es la falta de comunicación entre los miembros que intervienen.

La comunicación, según Chiavenato (2000), “consiste en la transferencia y comprensión de información de una persona a otra. (P.114).

La Comunicación constituye un puente de transferencia entre las personas, para que puedan compartir lo que sienten y saben. Es el proceso mediante el cual los seres humanos son capaces de transmitir información, mensajes, experiencias, sentimientos, conocimientos, ayuda etc.

Es importante que se desarrolle la comunicación como una condición de la existencia humana, porque las personas no podrían vivir sin comunicarse. En las Organizaciones la comunicación es un factor esencial que permite mantener unidas todas las partes que la conforman, no sólo en su funcionamiento interno sino también con su entorno.

Proporciona el ámbito adecuado para la toma y puesta en práctica de las decisiones, para obtener y transmitir la información, modificar los objetivos y las exigencias de la Organización para así esta poder adaptarse a un entorno cambiante.

Se pierde diariamente una cantidad de energía debido a las faltas o errores de comunicación, trabajos innecesarios por falta de comunicación entre equipos que determine y las necesidades del usuario, informes mal redactados, explicaciones mal formuladas, transmisiones defectuosas de los mensajes, generando pérdidas económicas, esfuerzos desperdiciados, conflictos profesionales, laborales y personales.

Los temas relacionados con la comunicación son intangibles y nos involucran por lo que es necesario situarlos en un primer plano con el objeto de mejorar la eficiencia y la eficacia de los equipos multidisciplinarios.

Un buen sistema de comunicación dota a la empresa de una mejor adaptabilidad al cambio, permitiendo a la Gerencia transmitir las pautas de acción que deben desarrollar (qué hacer), los procedimientos para desarrollarlas (cómo hacerlo) y el significado de sus acciones (porque hacerlo). Moingeon y Edmondson, (1999).

El grado de eficacia con la que un trabajador desempeña sus funciones y el nivel de cooperación con sus miembros son debidos a la calidad de la información y comunicación que existan entre ellos.

La comunicación se puede definir, como un proceso bilateral de intercambio y comprensión de información entre al menos dos personas o grupos de personas. Intercambio porque una persona o grupos de personas transmiten una información (emisor) a otra persona o grupos de personas que la reciben (receptor); y comprensión por que la información debe tener un significado para el receptor.

El proceso de comunicación es el método por el medio del cual un emisor entra en contacto con un receptor. Este proceso consta de seis pasos:

1. Desarrollo del mensaje o idea que el emisor desea transmitir. Este es un paso esencial, porque a menos que haya un mensaje válido, todos los demás pasos pierden significado.
2. Codificación de la idea en palabras, grafismos, métodos usuales o cualquier otro vehículo apropiado para la transmisión
3. La transmisión, permite que la otra persona reciba el mensaje.
4. Recepción de la información, inicia la participación del receptor.
5. Decodificación del mensaje para que pueda comprenderse.
6. Utilización del mensaje por el receptor, después de recibido y comprendido.

Es necesario la retroalimentación y la comunicación en dos sentidos. Por lo general, el emisor desea cierto tipo de retroalimentación para asegurarse de que su mensaje ha sido comprendido. La retroalimentación da inicio a una nueva comunicación que debe a su vez cursar los seis pasos ya señalados. El resultado es un circuito completo de comunicación conocido como comunicación en dos sentidos. Esto significa que un emisor y un receptor se encuentran intercambiando mensajes, de manera que existe un flujo de información.

La recepción adecuada del mensaje que consiste en el esfuerzo positivo llevado a cabo por un receptor para recibir y comprender una comunicación codificada, presenta muchas ventajas: ayuda al receptor a

comprender las emociones, ideas y necesidades de los comunicadores; muestra interés por el emisor y lo que tiene que expresar; a su vez, mejoran las actitudes del emisor hacia el receptor, y por esta razón ambos se tornan más receptivos.

Entre los modelos de comunicación se señalan;

- Descendente,
- Ascendente,
- Horizontal.

Siendo de importancia la comunicación horizontal porque señala

- Coordinar entre actividades.
- Transmisión de Información.
- Resuelve Problemas.
- Apoyo social y emocional.
- Trabajo en equipo participativo.
- Menos filtrada.

La asertividad, se puede definir como una habilidad personal (se aprende una forma básica de comunicación) que permite a la persona expresar sus sentimientos, pensamientos, opiniones y deseos de una forma adecuada, defendiéndolos, pero sin negar ni violar los de los demás, es decir, sin necesidad de ser agresivo ni tampoco pasivo.

El hecho de ser asertivo, hace que se controle a sí mismo, que se exprese franca y honestamente, sin sentimientos de ansiedad y culpabilidad y facilita la integración y comunicación con el medio.

La comprensión de la comunicación asertiva, es la forma de comunicación pasiva la cual se caracteriza por ser:

- No expresa directamente.
- Intenta comunicar indirectamente.
- Los demás Adivinan los acontecimientos.
- No se violan los derechos y/o sentimientos desatendidos.

Mientras que una forma de comunicación agresiva, la persona;

- Siente, quiere y piensa.
- Tiende a humillar y atacar.
- Fomenta la culpa y el resentimiento.

Los equipos multidisciplinarios que no implantan un buen sistema de comunicación asumen el riesgo de que en sus organizaciones se produzcan errores de atención al cliente por fallas en los procesos de comunicación e intercambio de ideas siendo estos necesarios para el buen funcionamiento de la unidad.

En cuanto a la satisfacción, es otros de los puntos clave de la investigación, es la que define al equipo multidisciplinario como eficiente en su atención al cliente, complaciendo al usuario en su tratamiento, permitiendo satisfacer sus necesidades y por ende tenga una mejor percepción de su enfermedad con el entorno que lo rodea.

Se define la satisfacción como la acción y efecto de satisfacer o satisfacerse.

- Razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria.
- Confianza o seguridad del ánimo.
- Cumplimiento del deseo o del gusto.

Entre los factores de satisfacción. Señala Herzberg (2000), cuatro factores que las personas han mencionado con mayor frecuencia, cuando han dicho que se sentían felices por el servicio proporcionado.

1.- Realización, que demuestra la alegría de las personas con respecto a lo que han logrado realizar. Se incluye aquí la realización exitosa de un trabajo, la solución de problemas y ver los resultados del trabajo hecho.

Reconocimiento, es la gratitud (o inclusive los cumplimientos) que los individuos reciben por sus realizaciones. Las personas suelen asociar el reconocimiento con la realización.

2.- El mismo trabajo, inclusive el nivel de interés, los desafíos, la variedad y las oportunidades para la realización del trabajo, desde el comienzo hasta su finalización. El grado hasta donde las personas deben usar sus habilidades puede llevar a niveles más elevados de satisfacción en el trabajo.

Hay interpretaciones encontradas con respecto a si el trabajo exige o no la gama completa de habilidades. Aunque la administración piense que esa exigencia existe, si los empleados tienen una opinión diferente, pueden surgir problemas de satisfacción en el trabajo.

3.- Responsabilidad, es decir, la realización del trabajo por parte de los individuos sin supervisión inmediata. La responsabilidad puede referirse también a un nuevo tipo de trabajo, así como al trabajo de los otros.

4.- Progreso (o crecimiento) enfoca el potencial que el trabajador ofrece para el crecimiento, desarrollo, y avances continuos.

Herzberg destacó otras dos consideraciones importantes:

- Los empleados deben estar convencidos de que su empeño en el trabajo está relacionado con las oportunidades de crecimiento.
- Cuando más piensan las personas que deben esperar oportunidades de promoción, menos acceso tienen a las oportunidades de trabajo. Ellos necesitan ver los efectos tangibles e inmediatos de sus esfuerzos.

Entre los factores de insatisfacción están los siguientes:

- .- La política y la administración de la empresa, que es la ineficiencia, la duplicación de esfuerzos, el desperdicio, las luchas por el poder dentro de la compañía, y las políticas que los empleados consideran injustas o perjudiciales.
- .- La supervisión, relacionada con la competencia y la justicia ejercida por los jefes inmediatos. La mala voluntad de los jefes al delegar responsabilidades. Y también están incluidos los jefes exageradamente críticos, severos y exigentes, que los empleados consideran incompetentes para trabajar con las personas.
- .- El salario, específicamente los aumentos salariales autorizados muy tarde – o con mucha dificultad – y la existencia de diferencias insuficientes entre los salarios de los empleados más antiguos y los más recientes.
- .- Las relaciones interpersonales (sociales), frecuentemente con referencia a ejemplos de mala supervisión administrativa, o cuando los jefes no logran entenderse con los empleados. La mala habilidad de esos jefes al relacionarse influye en la relación social entre los empleados.

Las condiciones de trabajo, con enfoque sobre la mala iluminación, el nivel de ruido, el aire acondicionado, la calefacción del ambiente y la suciedad. Anthony D´ Souza (2000).

Estos factores son de gran importancia en la contribución del desempeño de los equipos multidisciplinarios, siendo necesario contar con profesionales satisfechos en su labor garantizando el logro de las metas.

Una de las características que intervienen en la calidad de vida de los enfermos renales en tratamiento de hemodiálisis, es satisfacer sus necesidades físicas, por lo que es de gran valor que los equipos multidisciplinarios brinden un servicio a estas necesidades y logren la satisfacción del usuario que participa.

Se han descrito muchos factores que intervienen en la planificación de los equipos multidisciplinarios, que de alguna manera influyen en la calidad de vida de los pacientes renales en tratamiento sustitutivo, entre lo que también se describe el término del estrés. Son situaciones que modifican la estabilidad del usuario dificultando el bienestar, esta situación hace que el paciente tenga una percepción no agradable de su enfermedad.

Selye h. (1976). Hace más de medio siglo definió el estrés ante la Organización Mundial de la Salud, como la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior.

Introdujo el concepto de “síndrome de adaptación general”, como respuesta común e inesperada del cuerpo producida por diversos estrese físico como sustancias tóxicas, calor, frío, inmovilización, etc.

Darley J. (1998). Define el estrés como un estado que se presenta cuando la gente se enfrenta a exigencias del medio que requiere que cambie en alguna forma. Uno de los problemas que plantea esta definición es si sobre el estrés es la exigencia del medio en sí o la respuesta de la persona ante ella. Resulta útil concebir el estrés como algo que influye tanto las exigencias del medio o estresantes, como las reacciones de la persona ante ellas.

Estrés. “Tensión provocada por situaciones angustiosas que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces graves”.

Entre los tipos de estrés se señalan;

Selye H (1996), en su libro “Estrés de la vida” clasifica el estrés de la siguiente manera:

- Estrés positivo: Es aquel que permite alcanzar el placer y adaptarse al entorno medio ambiental, desencadenando una respuesta agradable o placentera.
- Estrés negativo: Lo produce todo aquello que se hace en contra de los principios o de si mismo, disminuyendo la capacidad de adaptación.
- En la vida del hombre el estrés negativo, provoca muchos trastornos afectando las labores cotidianas que se desarrollan tanto físico como

mentalmente, lo que sucede es producto de un rompimiento del equilibrio natural.

Etapas en el desarrollo del estrés.

Según Selye (1976), con el término síndrome general de adaptación, se pretende dar una explicación e identificar el patrón de cambios fisiológicos que se observan sin relacionarlo con el estímulo nocivo para el organismo.

Se observan tres fases:

- Reacción de alarma: El organismo amenazado por las circunstancias se altera fisiológicamente por la activación de una serie de glándulas especialmente el hipotálamo y la hipófisis ubicada en la parte inferior del cerebro y por las glándulas suprarrenales localizadas en los riñones en la zona posterior de la cavidad abdominal. El cerebro al determinar la amenaza o riesgo, estimula al hipotálamo quien produce “factores liberadores” que constituyen sustancias específicas que actúan como mensajeros para las zonas corporales también específicas.
- Estado de resistencia: Cuando un individuo es sometido en forma prolongada a la amenaza de agentes nocivos físicos, químicos, biológicos o sociales, el organismo responde su adaptación a dichas demandas de manera progresiva, puede ocurrir que disminuyan sus capacidades de respuestas debido a la fatiga que se produce en las glándulas del estrés.

Durante esta fase suele ocurrir un equilibrio dinámico u homeostático entre el medio ambiente interno y externo del individuo.

- Fase de agotamiento: La disminución progresiva del organismo frente a una situación de estrés prolongado conduce a un estado de gran deterioro con pérdida importante de los organismos fisiológicos y con ello sobreviene la fase de agotamiento en la cual suele sucumbir ante las demandas, pues se reducen al mínimo sus capacidades de adaptación e interrelación con el medio.

Los enfermos renales en tratamiento de hemodiálisis, pasan por muchas situaciones que le causan estrés, desde el momento que empieza su enfermedad. Si los equipos multidisciplinarios planifican sus objetivos, uno de los puntos clave es controlar estas situaciones que le afectan al paciente y engloba todo el entorno tanto interno y externo. Los equipos al tener en cuenta esta situación intercambian ideas, aplican técnicas y estrategias necesarias alcanzando el bienestar del usuario.

Otro componente que no se debe separar del servicio brindado a los usuarios renales es el núcleo familiar o lazo emocional más fuerte, esta participación es de mucho peso, ya que modifica de alguna manera la estabilidad emocional, favoreciendo o perjudicándolo.

Los equipos multidisciplinarios tienen que conocer el entorno familiar de los usuarios en tratamiento sustitutivo, contribuyendo al desenvolvimiento de estos al medio y a su entorno.

La familia; Es definida como: el (los) individuo(s) con quien (el) usualmente vive. Si usted vive solo, su “familia” consiste en las persona (s) con quien (es) usted tiene ahora el lazo emocional más fuerte.

La familia se compone de un grupo de personas que conviven, comparten la vida diaria, se quieren y se respetan. La comunidad familiar está unida por vínculos o lazos afectivos, biológicos o de sangre, religiosos, económicos y legales.

Entre los vínculos afectivos: Los miembros de una familia están unidos por sentimientos de amor, respeto, cooperación y confianza. La existencia de los lazos afectivos contribuye a la solidez de la familia, siendo este un lazo fuerte de afecto que puede modificar, mejorando o afectando al núcleo familiar.

Si una persona tiene una limitación física y se siente rechazado e improductivo para la sociedad, este siente una necesidad de apoyo, comprensión y respeto, siendo el núcleo familiar de vital importancia para superar esa frustración. Esta familia puede ser un amigo, un compañero o simplemente el equipo multidisciplinario.

Si este equipo planifica sus actividades y toma en cuenta el entorno del paciente, puede modificar, reforzar o simplemente evaluar y contribuir con el desenvolvimiento del usuario en su entorno y participación, estableciendo apoyo psico- social, explorando el efecto del tratamiento sobre el paciente en su contexto y no sólo sobre su enfermedad, sino también sobre la calidad de vida, satisfacción y estado funcional.

Al observar los pacientes en tratamiento de hemodiálisis, se suscitan una serie de alteraciones metabólicas y nutricionales que favorecen el desarrollo de malnutrición. Con la diálisis se corrige en parte estas alteraciones, pero se generan también otros cambios metabólicos que pueden hacer que empeore el estado nutricional.

Las personas que se encuentran sometidas a hemodiálisis tienen una alta prevalencia de malnutrición, cuya prevención y tratamiento parte de una identificación precoz, que se inicia en el periodo pre-dialítico.

Prevención de la malnutrición

Es importante que la ingesta de macro nutrientes (proteínas e hidratos de carbono) y de micro nutrientes (vitaminas y oligoelementos) sea suficiente. Un déficit nutricional puede pasar desapercibido durante bastante tiempo antes de dar ningún síntoma.

- Proteínas: al menos 1.2gr./Kg. de peso.

- Aporte energético: mínimo 32 Kcal. /Kg. De esta energía, de un 35 a un 50% debe corresponder a la ingesta de grasas con predominio de ácidos grasos poli insaturados.
- Ingesta de agua y sal individualizadas
- Puede ser necesario un suplemento de calcio para lograr una ingesta diaria de 800 a 1000 mg.
- Se recomiendan de 200 a 300 mg diarios de magnesio.
- Individualizar las necesidades diarias de vitamina D, ácido fólico, complejo vitamínico B y oligoelementos.

Cuando las medidas preventivas son insuficientes, se puede intentar mejorar el estado nutricional con el empleo de suplementos nutricionales:

- Orales: eficaces a dosis de proteínas de 15 gr. /día. Cuando se toman a largo plazo, se toleran mal.
- Endovenosos: se utiliza una mezcla de aminoácidos esenciales y no esenciales.

El mantenimiento de un estado nutricional normal es uno de los principales factores que condicionan la supervivencia.

Nutrición en pre diálisis

En esta etapa se pueden presentar síntomas tipo

- Vómitos.

- Picores.

En esta etapa suele recomendarse una dieta:

- Pobre en proteínas y fósforo. Restringa la ingesta de leche, queso, las nueces y las bebidas gaseosas, pues son ricas en fósforo.
- Rica en hidratos de carbono.
- Restricción de la sal.
- Toma de líquidos en relación con la cantidad que se orine.
- Precaución con los alimentos ricos en potasio, como la fruta, las verduras, hortalizas, chocolate, etc.

Nutrición en hemodiálisis

- Mayor aporte de proteínas porque la hemodiálisis se encarga de eliminar los desechos.
- Restringida la cantidad de líquidos, ya que se eliminan sólo una vez cada dos días. La retención de líquidos puede provocar un aumento de la tensión arterial.
- Vigilar el peso, que no puede exceder de dos kilos entre sesiones.
- Vigilar los alimentos y bebidas ricas en potasio.
- Hay que tomar una medicación que evita que se absorba demasiado fósforo de los alimentos.

Oligoelementos

Los minerales son elementos químicos inorgánicos, que intervienen en numerosos procesos orgánicos necesarios para el crecimiento y la salud. Distintos minerales forman parte esencial de las enzimas y participan en numerosas funciones del organismo: transporte de oxígeno, coagulación, contracciones musculares, etc.

Su ausencia da lugar a alteraciones estructurales y fisiológicas, que pueden prevenirse a través de la adecuada administración.

Otras de las variables que se debe desarrollar en el estudio para comprender la investigación, es La Calidad de Vida de cada persona que se va a determinar, en gran parte, de cómo haya sido preparada y de cuánto hayan sido evitados algunos factores de riesgo en la etapa pre-dialítica.

Es conveniente llegar a la diálisis con un buen conocimiento de la enfermedad. La asistencia y el apoyo emocional y psicológico son fundamentales para afrontar el impacto que significa el tratamiento y su condición de crónico.

Calidad de Vida Relacionada con Salud.

Después de una amplia revisión de la literatura, en relación al concepto Calidad de Vida, nos guiaremos para el presente estudio por la definición, que propuso la OMS en 1994, en donde se afirma que Calidad .de

Vida es “la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.”

Calidad de vida es un concepto que desde hace algún tiempo se está usando en salud y la intención de incorporarlo ha sido tener una información más completa de la estimación de vida de las personas y como éstas la perciben,

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han hecho posible prolongar notablemente la vida, generando un aumento importante de las enfermedades crónicas, lo que ha llevado a poner especial acento en un término nuevo, Calidad de vida relacionada con salud (C.V.R.S.). Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy este concepto, como una forma de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.

La calidad de vida relacionada con salud ha probado ser útil, principalmente como un rasgo de estructura general, dentro de la cual las dimensiones relevantes de la vida y salud se pueden examinar en investigación y prácticas clínicas. (René Dubos 1982), este mismo autor señala, “debería ser la habilidad del individuo, para ejecutar su mayor y

deseado papel social y el grado en el cual éste individuo obtiene satisfacción ejecutando estos papeles”.

La calidad de vida relacionada con salud en un período relativamente corto ha estado tomando su importancia junto con la morbilidad y la mortalidad como un criterio mayor, al evaluar las intervenciones en salud.

A fin de presentar un perfil comprensivo de la vida de los individuos que pueden ser afectados por las intervenciones de salud, la medida de la Calidad de Vida debería incluir otras cinco dimensiones centrales (Levine y Croog 1984)

- 1.- la ejecución de los roles sociales
- 2.- el estado psicológico del individuo
- 3.- el estado emocional del individuo
- 4.- el funcionamiento intelectual o cognitivo del individuo
- 5.- el sentido de bienestar o satisfacción general.

La investigación científica emplea hoy el concepto de Calidad de Vida, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de su tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente sobre las consecuencias que provoca sobre su bienestar, físico, emocional y social. La meta de la atención de salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino

fundamentalmente a la mejora de la Calidad de Vida del paciente. (Gómez María, Sabeh Eliana 1999).

Se propone adoptar en salud un enfoque de información, que supone atribuir igual importancia a la observación de la enfermedad hecha por el clínico, al reporte del paciente acerca de su padecimiento y a la percepción familiar de la carga que la situación implica (Barbara Dikey 1996).

El creciente aumento de intervenciones quirúrgicas no ha demostrado consistentemente su capacidad para extender significativamente la vida, pero si la mitigación importante del dolor y la mejora de la calidad de vida; así mismo, la tecnología ha sido capaz de extender la vida en los pacientes moribundos, pero no mejorar su Calidad de Vida. (Cohen 1982).

Otros autores formulan que cuando la aplicación de la tecnología previene la muerte prematura, como ocurre con las enfermedades crónicas terminales, sobreviene una serie de problemas con respecto a los efectos de vivir con la enfermedad crónica. El problema del costo total y efectos de Calidad de Vida se presentan en enfermedades específicas como las renales (Lawrence y Gaus 1983).

El desarrollo del movimiento de los derechos de los pacientes , el crecimiento de los movimientos de autoayuda y la atención renovada en relación a la importancia de la elección del paciente en la adopción de

decisiones médicas, están teniendo un efecto cada vez más importante en los individuos con enfermedades graves y crónicas.

La Universidad de California y la Rand Corporation han desarrollado conjuntamente una taxonomía, para la calidad de vida relacionada con la salud, que abarca los dominios o áreas que actualmente se consideran integrantes de la salud.

Estas áreas son cuatro: salud física, mental, social y general.

La salud física; incluye funcionalidad y movilidad, síntomas físicos y gravedad de la enfermedad.

La salud mental; abarca el bienestar (que incluye el autocontrol y la satisfacción vital), la autonomía, el distres psicosocial (que incluye la ansiedad y la depresión) y la función cognitiva.

La salud social; comprende la capacidad de relacionarse con los demás, la sexualidad y la satisfacción con los contactos sociales.

Finalmente en la salud general se incluyen el dolor, energía / fatiga y la situación global de salud.

Para medir la calidad de vida es importante disponer de instrumentos adecuados y sensibles que detecten los cambios que se producen en los factores que la determinan y que deben tener las siguientes características:

- coincidir con el concepto operativo del grupo de investigación, situado en una cultura determinada

- ser sencillos
- ser aceptables para el paciente y el equipo
- ser válidos

II.3- SISTEMA DE VARIABLE

Variable Dependiente

En este caso la variable dependiente es la calidad de vida de los enfermos renales bajo tratamiento con hemodiálisis.

Variable Independiente

La variable independiente en este estudio, es cómo funciona la planificación de los equipos multidisciplinarios que laboran en la Unidad de Diálisis 95''.

II.4- HIPÓTESIS

En el presente estudio se planteó la siguiente Hipótesis.

- Determinar cómo la planificación de los equipos multidisciplinarios influye en la calidad de vida de los pacientes bajo tratamiento con hemodiálisis.

CAPITULO III

III.- MARCO METODOLOGICO

III.1.- TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación es de tipo descriptiva, transversal y de campo, ya que permitirá identificar las características de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis y de igual forma determinará la influencia que tienen los equipos multidisciplinarios en la calidad de vida de los usuarios renales en tratamiento sustitutivo.

III.2.- POBLACIÓN

La población en estudio está representada por el total de enfermos renales en hemodiálisis de la unidad Diálisis 95' distribuidos de la siguiente manera 47 pacientes que conforman los turnos de 7am – 10am; 11am – 2pm; 3pm – 6pm; 7pm – 10pm como se señala en el cuadro N- 1. Estructurados en grupos constituyen el 100% de la población.

Cuadro N- 1

Distribución de pacientes bajo hemodiálisis por turnos en la unidad Diálisis 95' en los meses de septiembre hasta noviembre del 2005.

Mérida

Turnos	7am- 10am	11am- 2pm	3pm- 6pm	7pm- 10pm	Total	%
Grupo	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4		
L-M-V	7	7	7	6	27	
M-J-S	6	7	7	-	20	
Total					47	100%

Según SEXO

Masculino Total 29

Femenino Total 18

III. 2.1- MUESTRA

El tamaño de la muestra seleccionada fue censal, previo consentimiento informado. Por ser una población finita la muestra estuvo representada por el total de la población, 47 pacientes en tratamiento de

hemodiálisis constituye el 100% del universo los cuales se le aplicará un instrumento.

III.3.- INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la recolección de la información se utilizará un instrumento que mida la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis, aplicado en estudios anteriores, con un complemento tipo cuestionario elaborado por la misma autora, que facilitara la evaluación de la influencia del equipo multidisciplinario sobre la calidad de vida de los pacientes bajo tratamiento de hemodiálisis.

Su aplicación será individual y estará estructurado en dos partes.

La primera consta de ocho (8) ítems relacionados con la variable sociodemográfica del usuario bajo hemodiálisis, la segunda parte consta de treinta y siete (37) ítems, con la finalidad de recoger información sobre; el proceso de comunicación, grado de satisfacción, situaciones estresantes, apgar familiar y conocimientos sobre la alimentación.

Dicho cuestionario consta de preguntas con dos (2) alternativas de respuesta SI y NO. Otras con alternativas de respuestas (Nunca, Casi Nunca, Algunas veces, Casi siempre y Siempre). Bajo la escala Likert. Según Hernández y Otros (1999). Consiste en un formato de ítems, presentado en

forma de afirmaciones o juicios los cuales se les pide la reacción de los sujetos a los que se les administra. Pág. (263).

III. 4.- SISTEMA DE VARIABLE Y SU OPERACIONALIZACIÓN

La operacionalización.-

Son las técnicas o herramientas utilizadas en las organizaciones para medir el conjunto de actividades y tareas realizadas por los equipos multidisciplinarios.

En la página siguiente se presenta la operacionalización de la variable principal de estudio.

III.- 4.1 - Validez.-

El instrumento será validado por profesionales expertos en el área, quienes después de validarlo considerarán si es o no pertinente su aplicación a los sujetos objetos de estudio.

III.4.2.- Sistema de Análisis

Los datos serán presentados en cuadros estadísticos descriptivos de acuerdo con los porcentajes obtenidos lo que facilitará su lectura y comprensión. Los mismos estarán analizados desde el punto de vista cuantitativo.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE PRINCIPAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS
Influencia de la planificación de los equipos multidisciplinares en la calidad de vida de los usuarios en tratamiento de hemodiálisis. Son las manifestaciones que se pueden originar como consecuencia de la escasa planificación de los equipos multidisciplinares sobre la calidad de vida de los usuarios en tratamiento de hemodiálisis mediante datos objetivos y la percepción de datos subjetivos.	- Proceso de comunicación entre el paciente dializado y los diferentes miembros del equipo de salud que Intervienen durante el tratamiento sustitutivo.	- Tipos de comunicación - Importancia del proceso - Retroalimentación	1- 2- 3 -4
		- Satisfacción en cariño	5
		- Satisfacción en dedicación	6
		- Satisfacción en apoyo	7
	-Grado de satisfacción de los pacientes en hemodiálisis en la atención de los equipos multidisciplinares.	- Satisfacción en el trato	8
		- Complicaciones	9
		- Falta de material	12
		- Resultados	10
	-Situaciones estresantes en los pacientes dializados.	- Tipo de Dieta y peso	11-18
		- Reunión	13- 20
		- Cambios	14- 16
		- Control, Dependencia	15- 17
	-Funcionalidad Familiar o el lazo familiar más fuerte de los pacientes en hemodiálisis.	- Procedimientos	19- 21- 22
		- Ayuda, apoyo y soporte	21- 23- 27
	-Conocimiento sobre la alimentación en el tratamiento de hemodiálisis.	- Compartir, expresar afecto.	22-25- 24
		- Cuenta con amigo	26
		- Tipo de alimentación	30-33-35
		- Información, cumplimiento	31- 32- 37

CAPÍTULO IV

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.1.- Análisis e Interpretación de los Resultados.

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación y sus respectivos análisis con base a los objetivos establecidos. La influencia de la planificación del equipo multidisciplinario de la Unidad de Diálisis 95^{va} sobre la calidad de vida de los usuarios en tratamiento de hemodiálisis.

A continuación se realizará el tratamiento estadístico de los resultados de cada ítem de acuerdo a las respuestas emitidas por la muestra en estudio. Conforme a la fuente de datos se realizó el análisis e interpretación que permita mostrar frecuencias y porcentajes de las opiniones ofrecidas por la muestra.

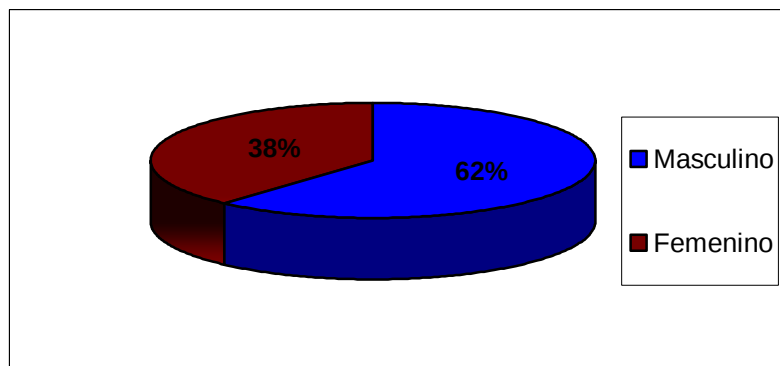
I DATOS DEMOGRAFICOS

TABLA N° 1

Usuario de la Unidad de Dialisis, según sexo, frecuencias
y porcentajes Mérida, 2005

GENERO	f	%
Masculino	29	61,70
Femenino	18	38,30
TOTAL	47	100,00

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de la Unidad de Diálisis 95^{va}.

**FIGURA N° 1**

Análisis: tal como se puede observar en el indicador porcentual, predomina el sexo masculino con un 62% sobre el sexo femenino el cual ocupa el 38% del total de los encuestados.

TABLA N° 2

Usuario de la Unidad de Dialisis, según Edad, frecuencias y porcentajes. Mérida, 2005

EDAD	f	%
14 - 23	1	2,13
24 - 33	2	4,26
34 - 43	6	12,77
44 - 53	14	29,79
54 - 63	11	23,40
64 - 73	10	21,28
74 o más	3	6,38
TOTAL	47	100,00

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de la Unidad de Diálisis 95`.

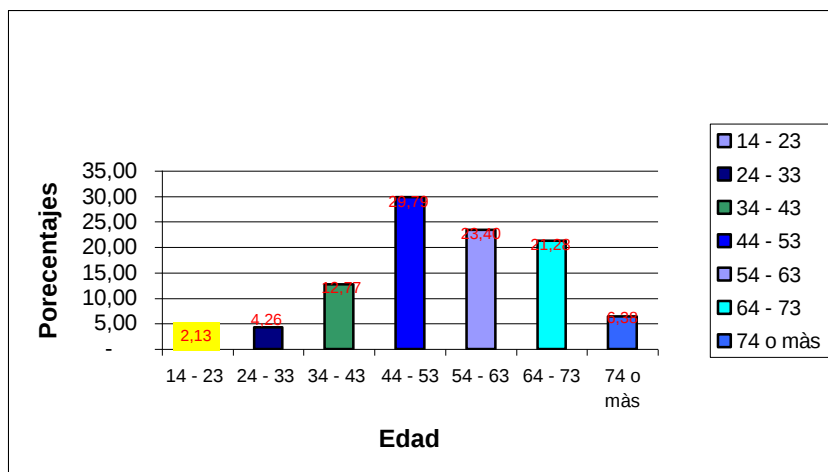


FIGURA N° 2

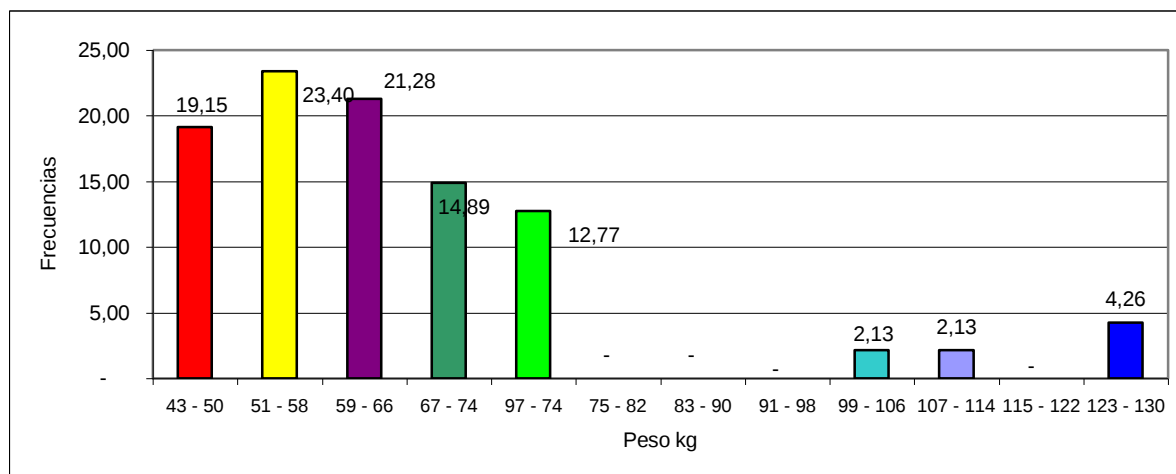
Análisis: El mayor índice porcentual se encuentra en las edades comprendidas entre 44 – 53 años, con un 29,79%; seguido por las edades de 54 – 63 años que posee el 23,40%. Se observa que el valor mas bajo esta en las edades de 14 – 23 años. Se puede notar que el porcentaje va aumentando con la edad, sin embargo en la edad de 74 o más años lo representa el 6,38%, esto es debido a que las expectativas de vida en nuestro país esta dada hasta los 70 años. El 75% de la población estudiada se encuentra entre los 44 y 73 años.

TABLA N° 3

Usuario de la Unidad de Hemodialisis 95`, según sexo, peso seco, frecuencias y porcentajes. Mèrida, 2005

PESO SECO (	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
43 - 50	2	7,14	7	36,84	9	19,15
51 - 58	4	14,29	7	36,84	11	23,40
59 - 66	7	25,00	3	15,79	10	21,28
67 - 74	5	17,86	2	10,53	7	14,89
97 - 74	6	21,43	-	-	6	12,77
75 - 82	-	-	-	-	-	-
83 - 90	-	-	-	-	-	-
91 - 98	-	-	-	-	-	-
99 - 106	1	3,57	-	-	1	2,13
107 - 114	1	3,57	-	-	1	2,13
115 - 122	-	-	-	-	-	-
123 - 130	2	7,14	-	-	2	4,26
TOTAL	28	100,00	19	100,00	47	100,00

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de la Unidad de Diálisis 95`.

**FIGURA N° 3**

Análisis: el 23, 40%, representa el mayor porcentaje en el peso seco de los encuestados, esto se debe a que la mayoría del sexo femenino se encuentra en esta categoría, al igual que el 19,15% que lo representa el peso en kilogramos de 43 – 50. También se puede observar que el menor porcentaje se encuentra en el peso de 99 – 106 y de 107 – 114, con un 2,13%.

TABLA N° 4

Usuario de la Unidad de Dialisis 95`, según fecha de Ingreso, frecuencias y porcentajes. Mérida, 2005

FECHA DE INGRESO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
AÑOS	f	%	f	%	f	%
1999	2	6,90	1	5,56	3	6,38
2000	2	6,90	1	5,56	3	6,38
2001	4	13,79	3	16,67	7	14,89
2002	1	3,45	1	5,56	2	4,26
2003	5	17,24	-	-	5	10,64
2004	7	24,14	4	22,22	11	23,40
2005	8	27,59	8	44,44	16	34,04
TOTAL	29	100,00	18	100,00	47	100,00

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de la Unidad de Diálisis 95`.

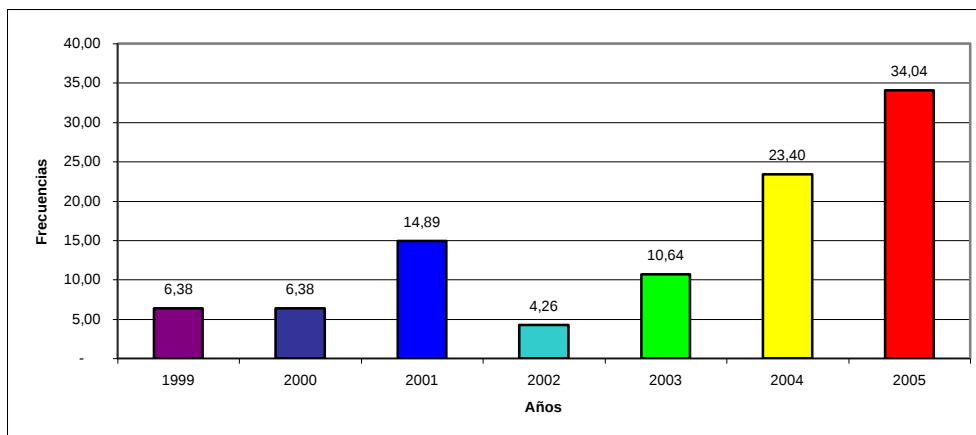


FIGURA N° 4

Análisis: se refleja en el resultado porcentual que a medida que pasan los años se va incrementando el número de ingresos en la Unidad de Diálisis 95`. El resultado obtenido muestra que en el año 1999 se mantienen los ingresos, pero tiene un descenso en el año 2002 de un 6,30% a un 4,26%. Aumenta nuevamente a partir del año 2003, hasta llegar en el año 2005, al mayor porcentaje con un 34,04%, resultados obtenidos.

II PROCESO DE COMUNICACIÓN

TABLA N° 5

Proceso de Comunicación del Usuario de la Unidad de Diálisis 95`,
según información recibida del personal, frecuencias
y porcentajes. Mérida, 2005

Items	Padecimiento		Complicaciones		Alimentacion		Cambios de animo	
	f	%	f	%	f	%	f	%
SI	45	95,74	43	91,49	47	100	37	78,72
NO	2	4,26	4	8,51	0	0	10	21,28
TOTAL	47	100	47	100	47	100	47	100

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de la Unidad de Diálisis 95`.

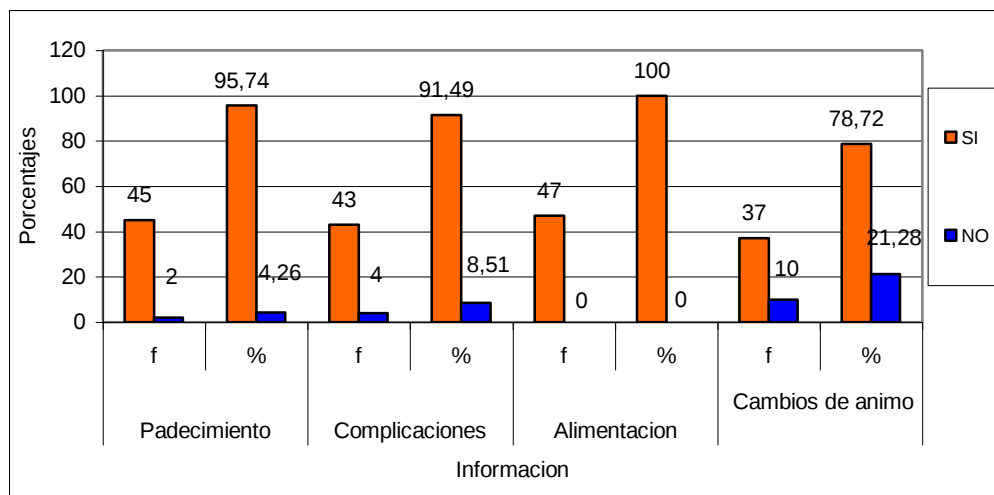


FIGURA N° 5

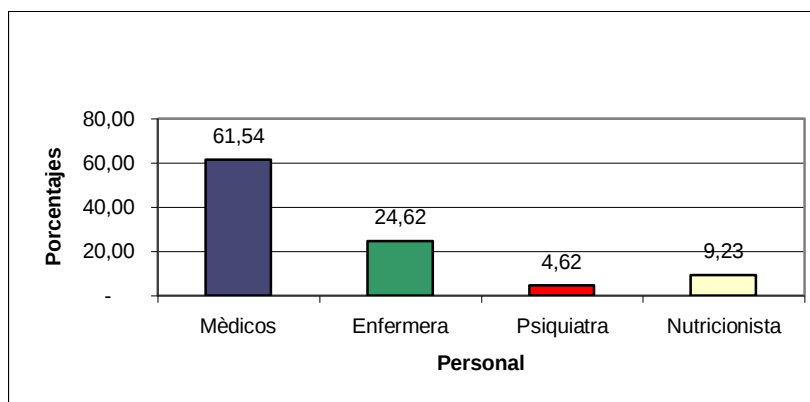
Análisis: Se evidencia en los resultados obtenidos por el indicador que el mayor porcentaje se encuentra en la alternativa “SI”, en cada uno de los ítems; lo que indica que la mayoría del usuario es informado durante el tratamiento sustitutivo por parte del equipo de salud. A demás esto permite que el paciente de importancia al control de sus tratamientos para asi detectar cualquier anormalidad o signos de alarma presentes en el curso de la enfermedad.

TABLA N° 6

Proceso de comunicación del personal de la Unidad de Diálisis 95`,
según Información aportada al Usuario, frecuencia y porcentajes.
Mèrida, 2005

INFORMACION	f	%
SOBRE PADECIMIENTO		
Médicos	40	61,54
Enfermera	16	24,62
Psiquiatra	3	4,62
Nutricionista	6	9,23
TOTAL	65	100,00

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de la Unidad de Diálisis 95`.

**FIGURA N° 6**

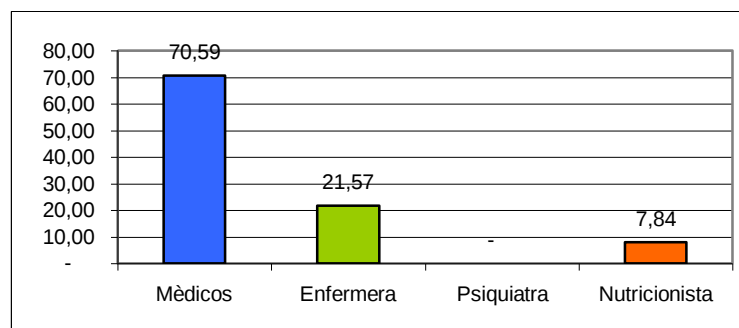
Análisis: Se evidencia en los resultados obtenidos que el usuario recibió información sobre su padecimiento por aporte del Médico tratante en un 61,54%, un 24,62% por parte del personal de Enfermería, de un 9,23% del Nutricionista y un 4,62% del Psiquiatra. Esto indica que existe buena comunicación entre el paciente y el médico. Probablemente debido a que el médico es quien tiene más contacto con el usuario.

TABLA N° 7

Proceso de comunicación del personal de la Unidad de Dialisis 95`,
según Información aportada al Usuario, frecuencia y porcentajes.
Mèrida, 2005

INFORMACION SOBRE COMPLICACIONES	f	%
Médicos	36	70,59
Enfermera	11	21,57
Psiquiatra	0	-
Nutricionista	4	7,84
TOTAL	51	100,00

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de la Unidad de Diálisis 95`.

**FIGURA N° 7**

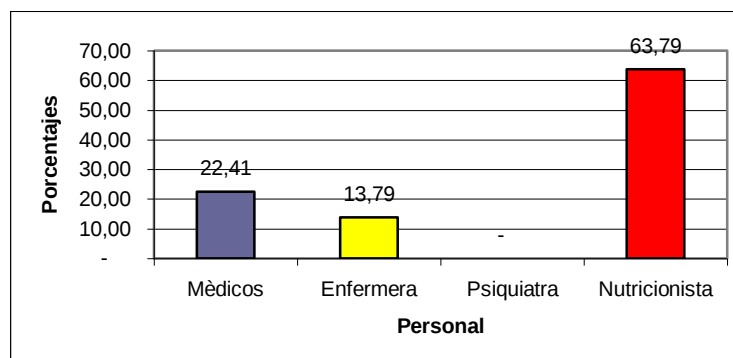
Análisis: al igual que en la tabla anterior se evidencia que el médico continúa siendo el que aporta mas información al usuario, en este caso el médico es quien tiene la potestad para decir al paciente de las complicaciones que presenta por lo que el médico posee el 70,59% del total, seguido por el personal de Enfermería con un 21,57%, el psiquiatra no figura, cosa que llama la atención porque son ellos quienes preparan al paciente para evitar desanimo, y el 7,84% está representado por el nutricionista.

TABLA N° 8

Proceso de comunicación del personal de la Unidad de Diálisis 95`,
según Información aportada al Usuario, frecuencia y porcentajes.
Mèrida, 2005

INFORMACION SOBRE	f	%
LA ALIMENTACION		
Mèdicos	13	22,41
Enfermera	8	13,79
Psiquiatra	0	-
Nutricionista	37	63,79
TOTAL	58	100,00

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de la Unidad de Diálisis 95`.

**FIGURA N° 8**

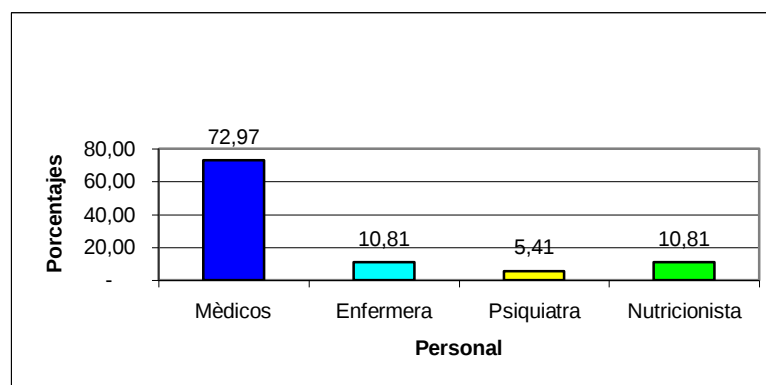
Análisis: Tal como se puede observar en los resultados obtenidos el 63,70% del indicador está representado por el Nutricionista, puesto que esto forma parte de su profesión y es parte de su responsabilidad en la Unidad con el Usuario, si embargo el médico contribuye en un 22,41% y el personal de Enfermería en un 13,70%, ya que son ellos quienes tienen que estar al tanto de que se tomen en cuenta las instrucciones recomendadas por el nutricionista para la buena alimentación del paciente.

TABLA N° 9

Proceso de comunicación del personal de la Unidad de Dialisis 95`,
según Información aportada al Usuario, frecuencia y porcentajes.
Mérida, 2005

INFORMACION SOBRE	f	%
CAMBIO DE ANIMO		
Médicos	27	72,97
Enfermera	4	10,81
Psiquiatra	2	5,41
Nutricionista	4	10,81
TOTAL	37	100,00

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de la Unidad de Diálisis 95`.

**FIGURA N° 9**

Análisis: el 72,97% de los encuestados indicaron que es el Médico quién aporta más información sobre los cambios de ánimo presentes en el usuario, seguido por el 10,81% indicado por el Nutricionista y el personal de Enfermería. Llama la atención que el Psiquiatra poco comunica a los pacientes sobre su estado de ánimo, siendo el pieza fundamental en este tipo de información.

III SATISFACCION DEL USUARIO EN LA ATENCION DE LOS EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS.

TABLA N° 10

Satisfaccion del Usuario de la Unidad de Dialisis 95`, según atencion
brindada por el personal, frecuencias y porcentajes.
Mèrida, 2005

Personal	muy satisfecho		moderadamente s		poco satisfecho.		insatisfecho		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Medico	33	36,7	14	25,5	-	-	-	-	47	26,26
Enfermeria	31	34,4	13	23,6	-	-	-	-	44	24,58
Nutricionista	17	18,9	17	30,9	7	46,7	3	15,8	44	24,58
Psiquiatra	9	10,0	11	20,0	8	53,3	16	84,2	44	24,58
TOTAL	90	100,0	55	100,0	15	100,0	19	100,0	179	100,00

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de la Unidad de Diálisis 95`.

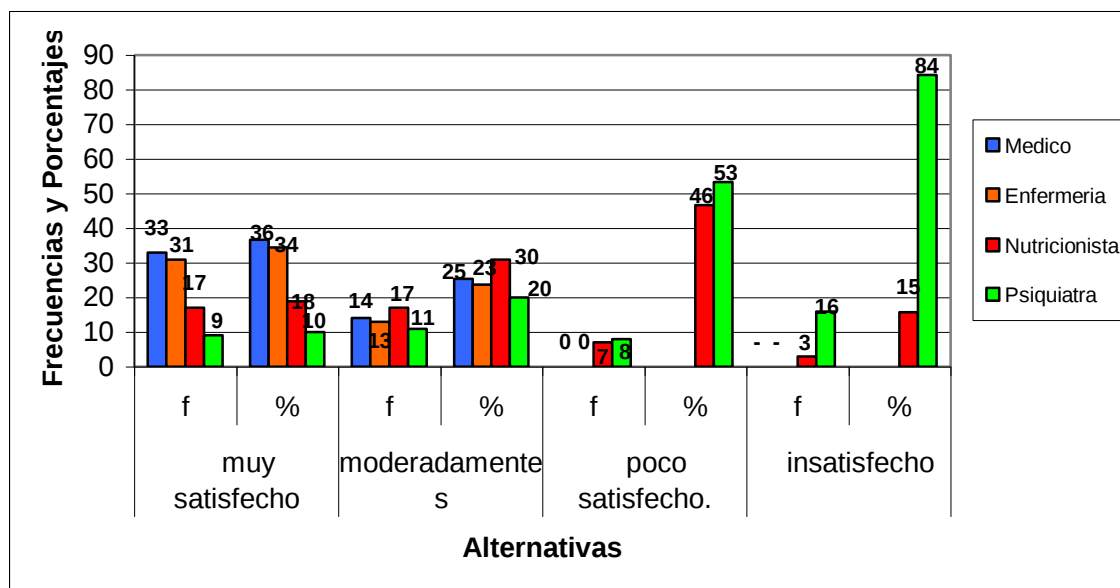


FIGURA N° 10

Análisis: los resultados obtenidos reflejan que sigue siendo el médico, quien trata mejor al paciente y es quien tiene más comunicación con él. Ya que las respuestas indican que el usuario se encuentra muy satisfecho en un 36% y moderadamente satisfecho en un 25%, seguido por el personal de enfermería y por el nutricionista. Es de hacer notar que el usuario se siente insatisfecho con el nutricionista y el psiquiatra. El personal de enfermería y el médico no figuran en estas categorías. Lo que indica que el grado de satisfacción se encuentra entre el personal de enfermería y el médico y en ocasiones con el nutricionista. Es indispensable que el equipo de salud ofrezca un buen trato al usuario para disminuir los niveles de estrés desencadenados por la enfermedad y así permitirle al paciente la opción de saber actuar ante cualquier situación presente en su padecimiento.

TABLA N° 11

Satisfacción del Usuario de la Unidad de Dialisis 95`, según el tiempo dedicado por el personal en su atención, frecuencias y porcentajes. Mérida, 2005

PERSONAL	Muy satisfecho		Moderadamente satis.		Poco satisfecho		Insatisfecho		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Médicos	27	39,1	11	24,4	7	17,9	0	-	45	25,7
Enfermeras	29	42,0	14	31,1	1	2,6	2	9,1	46	26,3
Psiquiatra	5	7,2	3	6,7	13	33,3	20	90,9	41	23,4
Nutricionista	8	11,6	17	37,8	18	46,2	0	-	43	24,6
TOTAL	69	100,0	45	100,0	39	100,0		100,0	175	100,0

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de la Unidad de Diálisis 95`.

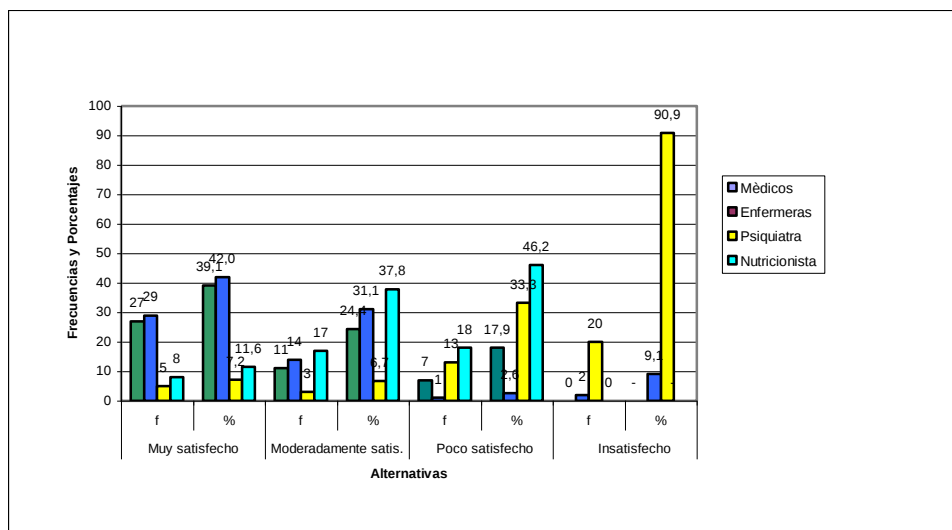


FIGURA N° 11

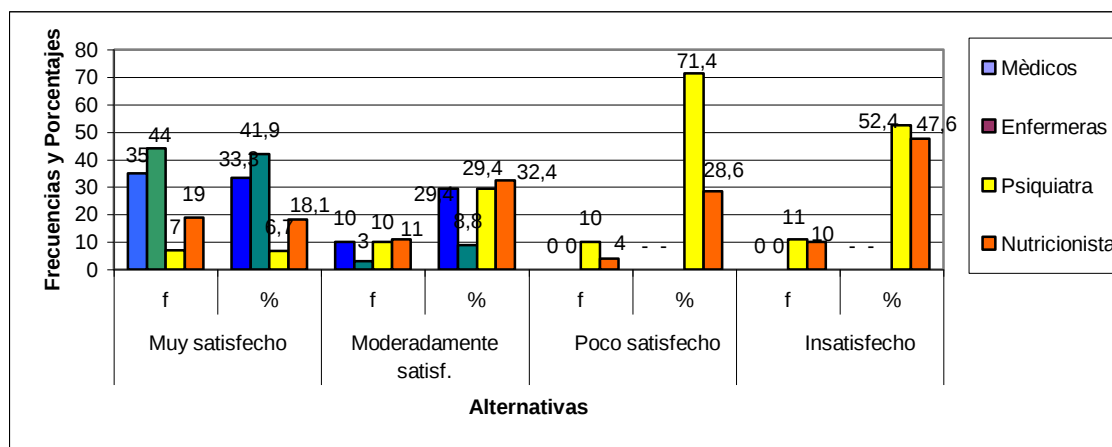
Análisis: tal como se puede observar en los resultados obtenidos el usuario se siente muy satisfecho en un 42% con el tiempo que le dedica el personal de enfermería a su atención, el usuario se siente muy satisfecho con la atención brindada por el medico en un 39%. Poco satisfecho con el nutricionista en un 46,2%, el 20% de los encuestados insatisfechos con el psiquiatra. La satisfacción que el usuario tenga con el equipo multidisciplinario contribuirá a disminuir las complicaciones de la enfermedad a fin de que el paciente comunique sus malestares al medico y al personal con entera confianza.

TABLA N° 12

Satisfacción del Usuario de la Unidad de Diálisis 95`, según apoyo y solidaridad del personal, frecuencias y porcentajes. Mérida, 2005

PERSONAL	Muy satisfecho		Moderadamente satisf.		Poco satisfecho		Insatisfecho		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Médicos	35	33,3	10	29,4	0	-	0	-	45	25,9
Enfermeras	44	41,9	3	8,8	0	-	0	-	47	27,0
Psiquiatra	7	6,7	10	29,4	10	71,4	11	52,4	38	21,8
Nutricionista	19	18,1	11	32,4	4	28,6	10	47,6	44	25,3
TOTAL	105	100,0	34	100,0	14	100,0	21	100,0	174	100,0

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de la Unidad de Diálisis 95`.

**FIGURA N° 12**

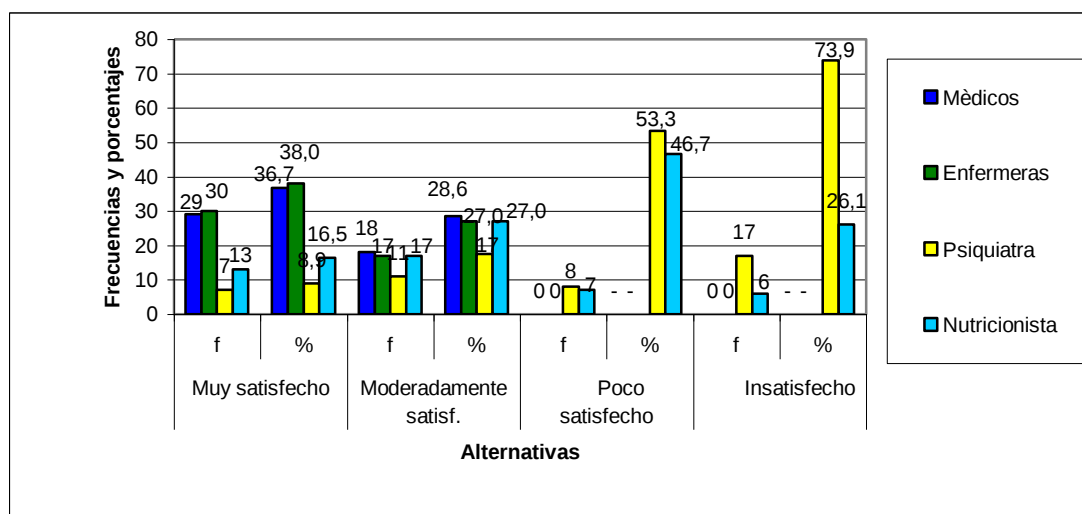
Análisis: El personal de enfermería es quien aporta más apoyo y solidaridad al paciente con un 41,9% que se siente muy satisfecho. Moderadamente satisfecho con el nutricionista en un 32,4%. Poco satisfecho con el psiquiatra con un 71,4% e insatisfecho nuevamente con el psiquiatra en un 52,4%. El médico se encuentra entre la alternativa muy satisfecha y moderadamente satisfecha. Ponerse en el lugar del paciente es parte importante que debe tomar en cuenta el equipo de salud, ya que de esta forma se entienden los cambios de personalidad que tenga el usuario en un momento dado.

TABLA Nº 13

Satisfacción del Usuario de la Unidad de Diálisis 95^a, según el trato brindado por el personal, frecuencias y porcentajes. Mérida, 2005

PERSONAL	Muy satisfecho		Moderadamente satisf.		Poco satisfecho		Insatisfecho		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Médicos	29	36,7	18	28,6	0	-	0	-	47	26,1
Enfermeras	30	38,0	17	27,0	0	-	0	-	47	26,1
Psiquiatra	7	8,9	11	17,5	8	53,3	17	73,9	43	23,9
Nutricionista	13	16,5	17	27,0	7	46,7	6	26,1	43	23,9
TOTAL	79	100,0	63	100,0	15	100,0	23	100,0	180	100,0

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de la Unidad de Diálisis 95^a.

**FIGURA Nº 13**

Análisis: el trato brindado por el personal indica que el usuario se siente insatisfecho con el psiquiatra en un 73,9%. Los resultados en las alternativas muy satisfecho y moderadamente satisfecho indican que no existe una diferencia muy marcada entre el médico y el personal de enfermería, sin embargo el paciente está muy satisfecho con el personal de enfermería en un 38%, y moderadamente satisfecho con el médico en un 28,6%.

III SITUACIONES ESTRESANTES EN EL PACIENTE DIALIZADO

TABLA N° 14

Situaciones del estrés del Usuario de Dialisis 95`, según frecuencias y porcentajes
Mèrida, 2005

Situaciones de Stres	Nunca		Casi Nunca		Algunas veces		Casi Siempre		Siempre		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Acceso vascular	6	7,2	2	9,5	33	60,0	1	10	4	6,5	46	19,9
Resultados de exámenes	21	25,3	4	19,0	6	10,9	1	10	13	21,0	45	19,5
Dietas indicadas	29	34,9	5	23,8	3	5,5	1	10	9	14,5	47	20,3
Por falta de material	4	4,8		0,0	8	14,5		0	34	54,8	46	19,9
Hablar del problema	23	27,7	10	47,6	5	9,1	7	70	2	3,2	47	20,3
TOTAL	83	100,0	21	100,0	55	100,0	10	100	62	100,0	231	100,0

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de la Unidad de Diálisis 95`.

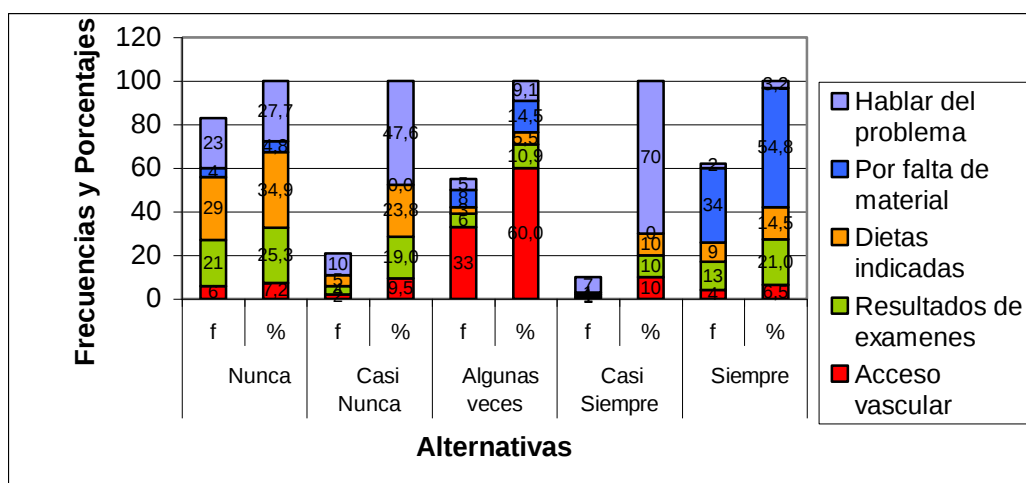


FIGURA N° 14

Análisis: como se puede observar las situaciones de estrés para el paciente se encuentran algunas veces con un 60%, en el acceso vascular o el catéter. En la opción resultados de exámenes de laboratorio el paciente se siente estresado nunca con un 25,3% y en la categoría siempre con un 21%. Si embargo se puede notar que los valores no son muy significativos con el resto de las alternativas. Las dietas indicadas estresan al paciente en un

34,9%, ya que estas son muy estrictas. La falta de material al momento de la atención del usuario causa estrés en un 54,8%. Casi nunca causa estrés hablar sobre el problema o padecimiento del usuario ya que los resultados indican el 47,6%. Es de gran importancia que tanto el equipo de salud, como los familiares y amigos del paciente, contribuyan al fortalecimiento y motivación, con responsabilidad a fin de que se comparta información sobre la enfermedad avances de la misma, las complicaciones presentes y que se le brinde recreación y esparcimiento al usuario, esto permitirá reducir los niveles de estrés que se presenten en un momento dado. Y además evitar empatía a la hora de colocar los tratamientos indicados.

TABLA N° 15

Situaciones del estrés del Usuario de Dialisis 95`, según frecuencias y porcentajes
Mèrida, 2005

Situaciones de Stres	Nunca		Casi Nunca		Algunas veces		Casi Siempre		Siempre		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
cambios en la imagen	9	11,3	4	23,5	22	62,9	0	0	12	23,5	47	25,1
muerte de compañero	27	33,8	8	47,1	5	14,3	0	0	6	11,8	46	24,6
deterioro en la relacion de pareja	27	33,8	1	5,9	5	14,3	2	50	12	23,5	47	25,1
dependencia de la dialisis	17	21,3	4	23,5	3	8,6	2	50	21	41,2	47	25,1
TOTAL	80	100,0	17	100,0	35	100,0	4	100	51	100,0	187	100,0

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de la Unidad de Diálisis 95`.

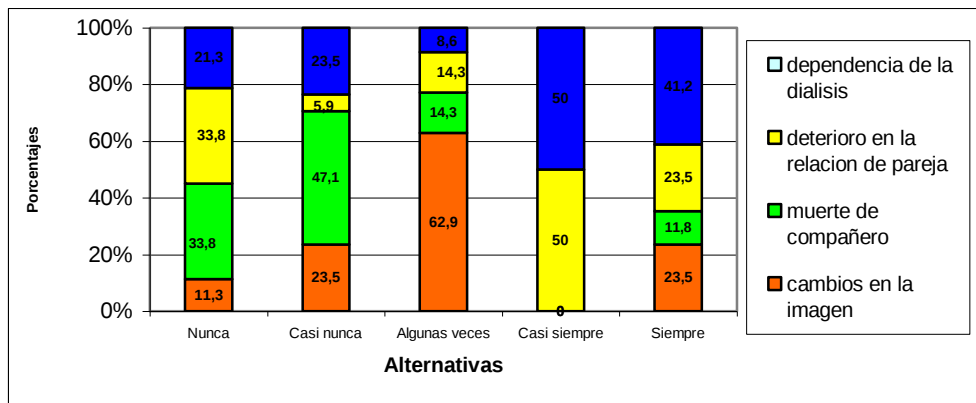


FIGURA Nº 15

Análisis: de la población en estudio los resultados arrojados fueron que los cambios de imagen en su persona causan estrés algunas veces en un 62,9%, mientras que la muerte de un compañero los hace casi nunca en un 47,1%. El deterioro en la relación de pareja causa estrés en un 33,8% en la alternativa casi nunca y en la dependencia de la diálisis en un 41,2%, en la alternativa siempre.

Es de hacer resaltar de que las enfermedades renales causan alto grado de estrés, ya que al paciente ser dializado siente incomodidad y miedo de ser dependiente de la diálisis.

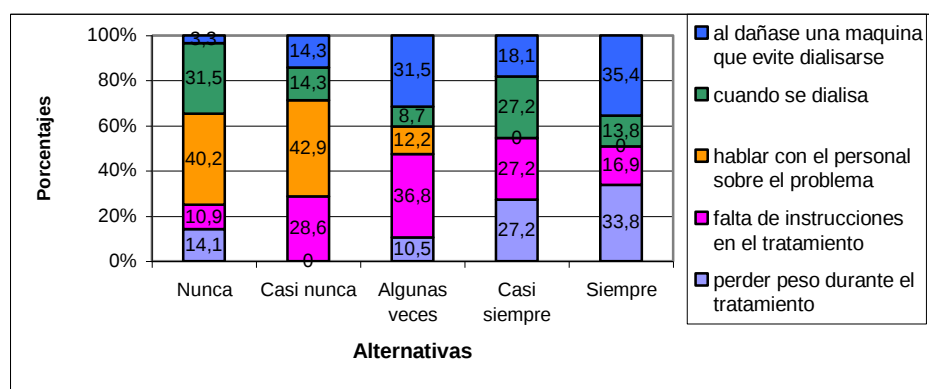
TABLA N° 16

Situaciones del estrés del Usuario de Dialisis 95`, según frecuencias y porcentajes

Mèrida, 2005

Situaciones de Stres	Nunca		Casi Nunca		Algunas veces		Casi Siempre		Siempre	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
perder peso durante el tratamiento	13	14,1	0	0	6	10,53	3	27,27	22	33,8
falta de instrucciones en el tratamiento	10	10,9	2	28,6	21	36,84	3	27,27	11	16,9
hablar con el personal sobre el problema	37	40,2	3	42,9	7	12,28	0	0	0	0
cuando se dialisa	29	31,5	1	14,3	5	8,772	3	27,27	9	13,8
al dañase una maquina que evite dialisarse	3	3,3	1	14,3	18	31,58	2	18,18	23	35,4
TOTAL	92	100	7	100	57	100	11	100	65	100

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de la Unidad de Diálisis 95`.

**FIGURA N° 16**

Análisis: Perder peso durante el tratamiento causa estrés siempre al paciente en un 33,8%. Por falta de instrucciones durante el tratamiento algunas veces con un 36,8%. Hablar con el personal de la unidad sobre el problema casi nunca causa estrés al usuario. Por otro lado cuando se dializa nunca causa estrés en un 31,5%, esto se debe a que el paciente sabe que es por su bien. El daño de una máquina siempre causa estrés en un 35,4%.

IV APGAR FAMILIAR Y SOPORTE DE AMIGOS.

TABLA N° 17

Satisfacción del Usuario de la Unidad de Hemodialisis, según soporte familiar y de amigos, frecuencias y porcentaje Unidad de Dialisis 95' Meridá 2005.

PREGUNTAS A RESPONDER	ALTERNATIVAS									
	NUNCA		CASI NUNCA		ALGUNAS VECES		CASI SIEMPRE		SIEMPRE	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1) Ayuda familiar en caso de necesidad	1	2,12	-	-	11	23,40	3	6,38	32	68,08

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de la Unidad de Diálisis 95'.

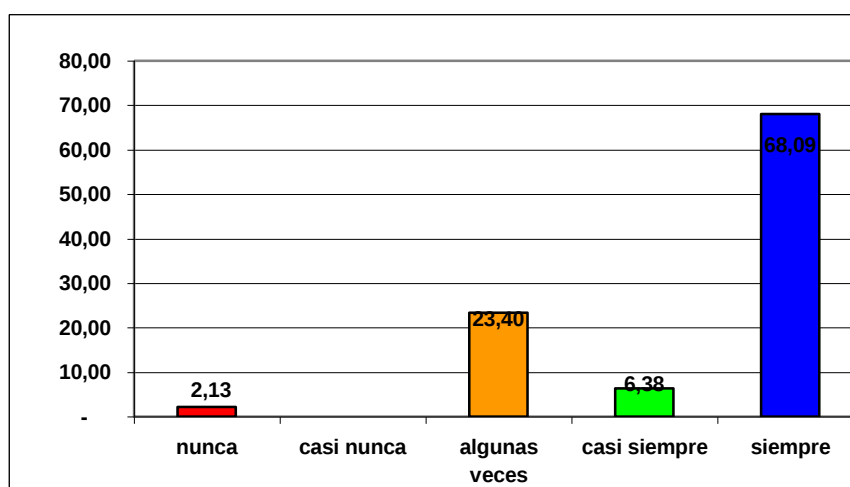


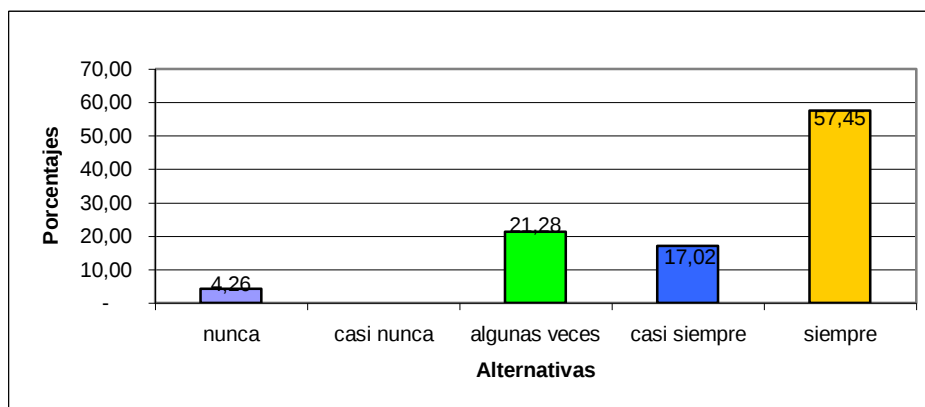
FIGURA N° 17

Análisis: el paciente recibe ayuda familiar siempre con un 68,09% y nunca en un 2,13%. Esto indica que el paciente tiene un buen contacto familiar. Es indispensable que el paciente sienta ayuda y apoyo de su familia, puesto que esto hará más fácil luchar en contra de la enfermedad.

TABLA N° 18

Satisfaccion del Usuario de la Unidad de Hemodialisis, según soporte familiar y de amigos, frecuencias y porcentaje. Unidad de Dialisis 95´. Merida 2005										
PREGUNTAS					ALTERNATIVAS					
A RESPONDER	NUNCA		CASI NUNCA		ALGUNAS VECES		CASI SIEMPRE		SIEMPRE	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
2) Me satisface como en mi familia compartimos nuestros problemas	2	4,26	0	0	10	21,28	8	17,02	27	57,45

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de la Unidad de Diálisis 95'.

**FIGURA N° 18**

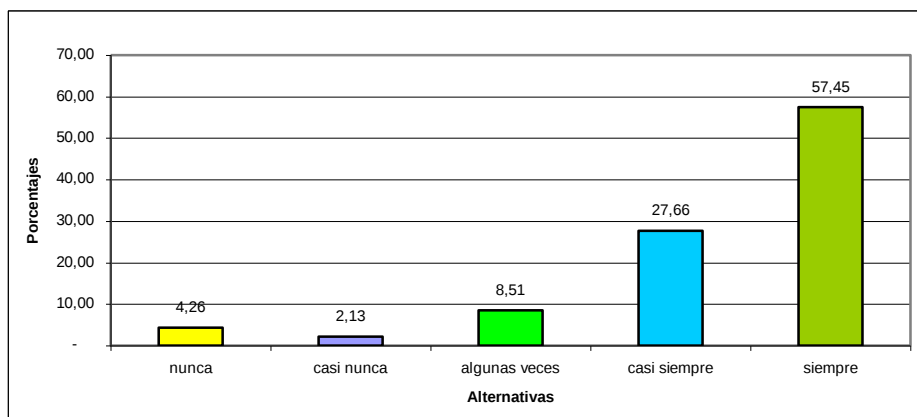
Análisis: la satisfacción del usuario en la comunicación con sus familiares se refleja en un 57,45% que indica que en la familia se comparten los problemas presentes. Solo el 4,26% dijo que nunca.

TABLA N° 19

Satisfacción del Usuario de la Unidad de Hemodialisis, según soporte familiar,
frecuencias y porcentaje. Unidad de Dialisis 95 Merida 2005

PREGUNTAS A RESPONDER	ALTERNATIVAS									
	NUNCA		CASI NUNCA		ALGUNAS VECES		CASI SIEMPRE		SIEMPRE	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
3) me satisface que mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas acti- vidades	2	4,26	1	2,13	4	8,51	13	27,66	27	57,45

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de la Unidad de Diálisis 95`.

**FIGURA N° 19**

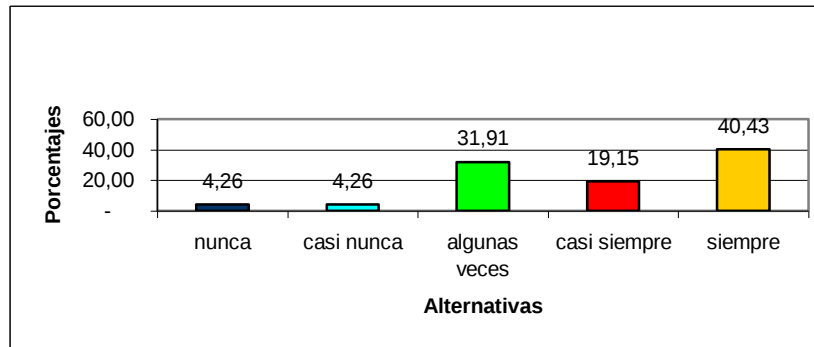
Análisis: es importante que la familia acepte y apoye las decisiones del paciente, en este caso son tomados en cuenta puesto que el 57.45% dijo que siempre y solo el 2,13% dijo casi nunca. Sin embargo se observa que las alternativas van aumentando de algunas veces a casi siempre, hasta llegar a siempre.

TABLA N° 20

Satisfacción del Usuario de la Unidad de Hemodialisis, según soporte familiar,
frecuencias y entaje. Unidad de Diálisis 95` Merida 2005.

PREGUNTAS A RESPONDER	ALTERNATIVAS									
	NUNCA		CASI NUNCA		ALGUNAS VECES		CASI SIEMPRE		SIEMPRE	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
4) me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones	2	4,26	2	4,26	15	31,91	9	19,15	19	40,43

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de la Unidad de Diálisis 95`.

**FIGURA N° 20**

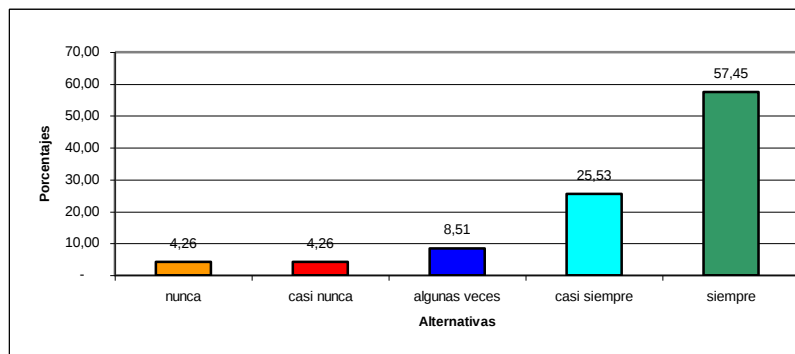
Análisis: el 40,43% respondió en la alternativa siempre. Lo que quiere decir que la familia le expresa afecto y responde a las emociones que el les expresa. Solo el 4,26% dijo que nunca hay afecto y respuestas por los afectos que el paciente brinda a sus familiares.

TABLA N° 21

Satisfacción del Usuario de la Unidad de Hemodialisis, según soporte familiar,
frecuencias y porce Unidad de Dialisis 95` Merida 2005.

PREGUNTAS A RESPONDER	ALTERNATIVAS									
	NUNCA		CASI NUNCA		ALGUNAS VECES		CASI SIEMPRE		SIEMPRE	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
5) me satisface que en mi familia compartimos tiempo y espacio en la casa y el dinero	2	4,26	2	4,26	4	8,51	12	25,53	19	57,45

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de la Unidad de Diálisis 95`.

**FIGURA N° 21**

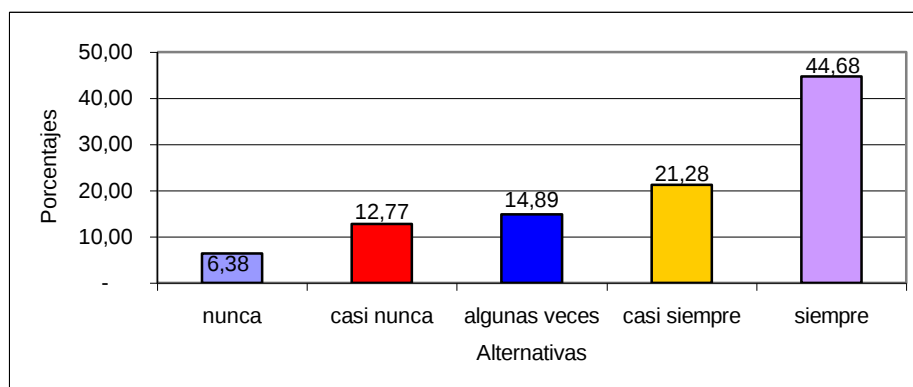
Análisis: el 57,45% de los encuestados respondieron que les satisface como en su familia comparten tiempo y espacio en la casa y el dinero. Se puede observar que solo el 4,26% dijo nunca y casi nunca.

TABLA Nº 22

Satisfacción del Usuario de la Unidad de Hemodialisis, según soporte de amigos,
frecuencias y porce Unidad de Dialisis .95` Merida 2005

PREGUNTAS A RESPONDER	ALTERNATIVAS									
	NUNCA		CASI NUNCA		ALGUNAS VECES		CASI SIEMPRE		SIEMPRE	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
6) tiene algun amigo cercano que pueda buscar en caso de necesitar ayuda	3	6,38	6	12,77	7	14,89	10	21,28	21	44,68

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de la Unidad de Diálisis 95`.

**FIGURA Nº 22**

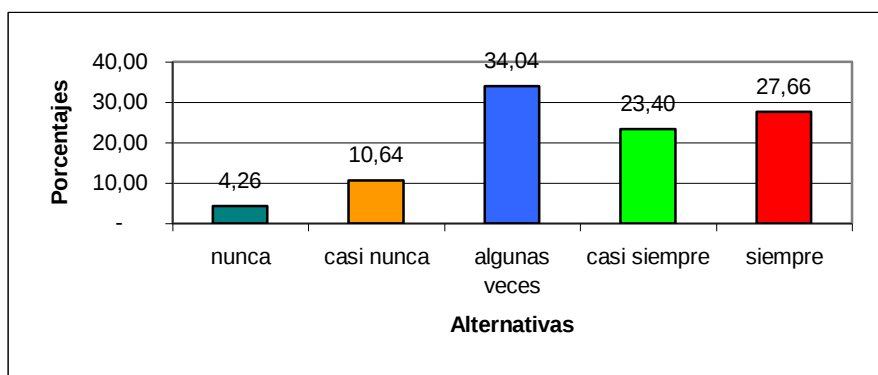
Análisis: el 44,68% tiene amistades con las cuales puede contar en caso de necesitar ayuda, solo el 6,38% dijo que nunca cuenta con este tipo de ayuda.

TABLA N° 23

Satisfacción del Usuario de la Unidad de Hemodialisis, según soporte de amigos,
frecuencias y ntaje. Unidad de Dialisis 95` Merida 2005
los Andes. Mèrida, 2005,

PREGUNTAS A RESPONDER	ALTERNATIVAS									
	NUNCA		CASI NUNCA		ALGUNAS VECES		CASI SIEMPRE		SIEMPRE	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
7) satisfaccion del usuario según soporte que recibe de sus amistades	2	4,26	5	10,64	16	34,04	11	23,40	13	27,66

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de la Unidad de Diálisis 95`.

**FIGURA N° 23**

Análisis: el 34,04% de los encuestados respondieron algunas veces les satisface el soporte que recibe de sus amistades, el 4,26% dijo que nunca le satisface. Mientras el 27,66% dijo siempre.

V CONOCIMIENTO SOBRE LA ALIMENTACION

TABLA Nº 24

Conocimiento sobre la alimentacion en los pacientes de la Unidad de Dialisis 95`,
frecuencias y porcentajes. Mèrida, 2005

ITEMS	Nunca		Casi Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1) ¿ come ud. Durante la sesion de dialisis	22	23,7	2	16,7	20	23,3	1	11,11	1	3,45
2) ¿cumple la dieta idicada por el nutricionista ?	1	1,1	1	8,3	30	34,9	3	33,33	12	41,4
3) ¿ consume bastantes liquidos durante el dia?	24	25,8	3	25,0	17	19,8	0		1	3,45
4) siente debilidad durante la dialisis	16	17,2	2	16,7	8	9,3	5	55,56	14	48,3
5) los alimentos le producen piquiña en el cuerpo	30	32,3	4	33,3	11	12,8	0		1	3,45
TOTAL	93	100	12	100	86	100	9	100	29	100

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de la Unidad de Diálisis 95`.

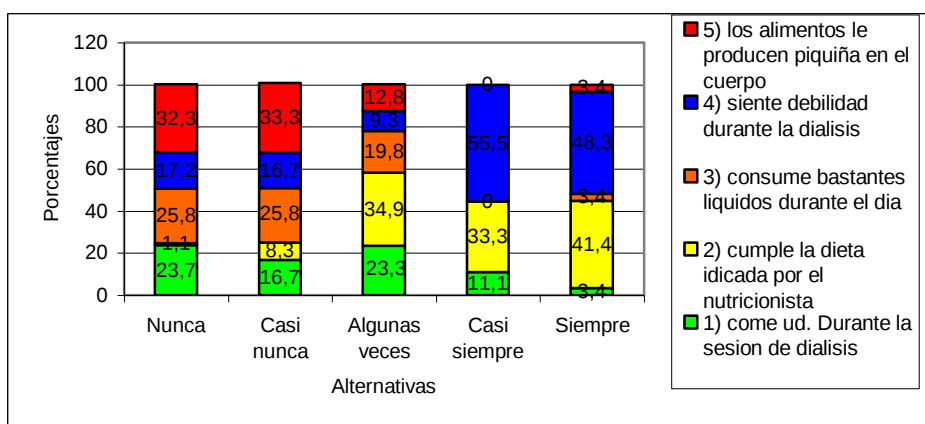


FIGURA Nº 24

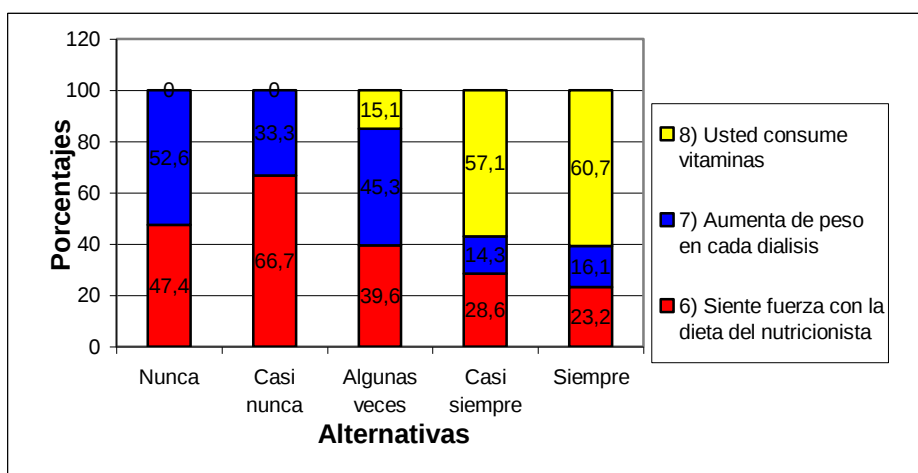
Análisis: el 23, 7% nunca se alimenta durante la sesión de diálisis y solo el 3,45% siempre se alimenta durante el tratamiento. El 41,4% siempre cumple con la dieta indicada por el nutricionista, solo el 1,1% nunca lo hace. El 25,8% nunca consume suficiente líquido durante el tratamiento y el 3,45% de los encuestados si lo hacen. El 55,56% casi siempre siente debilidad durante la diálisis, solo el 9,3% respondió algunas veces. Al 33,3% casi nunca le produce piquiña en el cuerpo con el tratamiento, mientras al 3,45% siempre le produce este síntoma.

TABLA Nº 25

Conocimiento sobre la alimentacion en los pacientes de la Unidad de Dialisis 95°,
frecuencias y porcentajes. Mèrida, 2005

ITEMS	Nunca		Casi Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
6) Siente fuerza con la dieta del nutricionista	9	47,4	2	66,7	21	39,6	2	28,57	13	23,2
7) Aumenta de peso en cada dialisis	10	52,6	1	33,3	24	45,3	1	14,29	9	16,1
8) Usted consume vitaminas	0	0,0	0	0,0	8	15,1	4	57,14	34	60,7
TOTAL	19	100	3	100	53	100,0	7	100	56	100

Fuente: Encuesta aplicada al usuario de la Unidad de Diálisis 95°.

**FIGURA Nº 25**

Análisis: 66,7% casi nunca siente fuerza con la dieta del nutricionista, mientras el 23,2% dijo siempre. El 52,6% de los encuestados nunca aumentan con el tratamiento y el 14,29% dijo que casi siempre aumenta de peso. El 60,7% consume vitaminas, solo el 15,1% algunas veces lo hace.

VI.1.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

PLANIFICACIÓN SEMANA TEMPORAL	Septiembre Semana 1 2 3 4	Octubre Semana 1 2 3 4	Noviembre Semana 1 2 3 4	Diciembre Semana 1 2 3 4
Recolección de la Información	X	X X	X X	
Revisión de Bibliografía		X X	X X	
Planteamiento del Problema		X X		
Accesoría		X	X X X	X X
Antecedentes de la investigación		X X		
Elaboración y aplicación del Instrumento			X X X	
Análisis de los Resultados			X	X X
Conclusión y Recomendaciones				X

CAPÍTULO V.-

V.1.- CONCLUSIONES

Luego de analizar los informes obtenidos mediante la aplicación del instrumento de recolección de datos para determinar la influencia del equipo multidisciplinario de la unidad de Diálisis 95' sobre la calidad de vida de los usuarios en tratamiento de hemodiálisis, durante el mes de septiembre hasta noviembre del año 2005, surgen las siguientes conclusiones:

- Dentro de las categorías socio demográficas de los usuarios en tratamiento de hemodiálisis, se puede notar que el porcentaje va aumentando con la edad destacando que la mayoría tiene entre 44 y 53 años, todavía en una edad productiva para la sociedad y un 75% entre los 44 y 73 años.
- En cuanto a la fecha de ingreso, se refleja en el resultado porcentual que a medida que pasan los años se va incrementando el número de ingresos de enfermos renales por lo que los programas preventivos deben fortalecerse

- Se evidencia que los resultados aportados por el indicador que recibió información sobre su padecimiento o enfermedad por aportes de un 61.54% por el médicos, con un 24.62% del personal de enfermería, un 9,23% del nutricionista y con un 4,62% del psiquiatra, lo que quiere decir que existe buena comunicación entre el usuario y el médico, esta responsabilidad es fundamental y primordial para el equipo de salud, puesto que ello contribuirá a que el paciente se sienta mejor atendido.
- Esto radica en la información como mecanismo de comunicación y orientación de forma integral al usuario lo que ayudará a disminuir las complicaciones de la enfermedad y mejorar la calidad de vida.
- La enfermedad esta bien controlada por el equipo de salud especialmente por el médico y el profesional de enfermería, sin embargo dependerá del paciente seguir las indicaciones y recomendaciones aportadas por el equipo de salud.
- El usuario en tratamiento de hemodiálisis tiene claro que las complicaciones que se pueden presentar asienta en riesgo su salud y deterioro de la calidad de vida.

- Se evidencia que hay poca intervención percibida por el usuario por parte del psiquiatra representada por un 84% de insatisfacción por la atención brindada debido a que su participación al usuario es en momentos de alteraciones o situaciones que amerite su instrucción.
- Es indispensable que el equipo de salud ofrezca un buen trato al usuario para disminuir los niveles de estrés desencadenados por desconocimientos, riesgos, exposiciones, estricto tratamiento, técnicas dolorosas y poder enfrentar estas situaciones en los usuarios, brindándole apoyo y seguridad al tratamiento de hemodiálisis.
- Entre las situaciones estresantes que causaron mayor predominio al paciente en tratamiento de hemodiálisis fue la falta de material con un 54.8%, llegar a ser dependiente de la diálisis con un 41.2% y dañarse la máquina y no poder dializarse con un 35.4%, por lo que es importante que los equipos multidisciplinarios orienten al usuario a enfrentar estas situaciones, sintiéndose capaces de solventar el entorno sin necesidad de alterar el bienestar de la salud.

- La enfermedad en ocasiones causa que el usuario cambie sus formas y estilos de vida mejorando o empeorando su calidad de vida, por lo que se hace necesario que sus familiares y amigos contribuyan en preservar la salud del paciente.
- Es importante que el equipo de salud como la familia y amigos, contribuyan al fortalecimiento, motivación, con sentido de responsabilidad para compartir información, avances sobre la enfermedad y sus complicaciones y además se brinde recreación y esparcimiento al usuario.
- Los resultados obtenidos reflejan que el paciente con enfermedades renales complementan el tratamiento con una dieta representada por el 41.4% siempre cumplen la dieta y un 60.7% consumen suplementos nutricionales representado por vitaminas.
- Es función del nutricionista y del equipo de salud, dar orientación continua, periódica y oportuna a fin de crear conciencia en el paciente y así lograr un cambio en su estilo de vida y permitiendo alcanzar un mayor beneficio para la salud del usuario.

- La mala alimentación causa un gran factor de riesgo para el paciente que recibe hemodiálisis, revelando que un 48.3% sienten debilidad después de la diálisis a tal punto que pueda llegar a ser ingresado por complicaciones a los centros asistenciales de salud.

- Debe señalarse que se evidencia en los resultados la preocupante falta de comunicación de la Enfermera y el Psiquiatra con el paciente siendo la enfermera quien, en realidad, pasa más tiempo con el paciente.

V.2.- RECOMENDACIONES.-

A partir de las conclusiones presentadas surgen las siguientes recomendaciones a fin de mejorar la planificación de los equipos multidisciplinarios sobre la calidad de vida de los usuarios en tratamiento bajo hemodiálisis.

- Presentar los resultados de investigación a las autoridades de la Unidad de Diálisis 95', con la finalidad de fortalecer la planificación de los equipos multidisciplinarios para mejorar la calidad de vida de los usuarios en tratamiento de hemodiálisis.
- Es importante que el equipo multidisciplinario reconozcan las debilidades y amenazas y resalte las fortalezca y las oportunidades mediante la planificación estratégica.
- Aplicar la comunicación horizontal y asertiva con los equipos multidisciplinarios para alcanzar las metas propuestas.

- El equipo multidisciplinario aplique tácticas y estrategias necesarias fortaleciendo sus campos, brindándole seguridad y confianza al usuario en tratamiento de hemodiálisis.
- Fomentar al usuario a la asistencia precoz, continua, periódica e integral con el propósito de mejorar la calidad de vida en tratamiento de hemodiálisis.
- Estimular al usuario para que aclare dudas con el equipo multidisciplinario respecto al tratamiento de hemodiálisis, ya que esto representa la fuente más adecuada de información.
- Es necesario que el equipo multidisciplinario se convierta en el principal promotor de calidad de vida en los usuarios bajo tratamiento de hemodiálisis.
- La atención del profesional de psiquiatría brinde una asistencia continua y precoz al paciente renal en todos los momentos y no solamente cuando se presentes alteraciones.

- El profesional en nutrición, ofrezca alternativas en los tipos de dieta que le permita al usuario ajustarse a la indicación de acuerdo a sus gustos y necesidades.

- Es importante incorporar e involucrar a la profesional de enfermería en la administración activa de la información sobre el tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- Arreola, M (2000). **“ESTRES Y MANIFESTACIONES CLINICAS”** Bogota Colombia. 2da edición, Editorial Trillas.
- Balderas, M. (1995) **“ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA”**. Editorial McGraw-Hill. Tercera Edición. México D. F.
- Bush, J. B. Frohman, A.L. (1991) **“COMMUNICATION IN A NETWORK - ORGANIZATION”**.EEUU. Editorial Prentice Hall. Séptima Edición.
- Chiavenato, Adalberto. (1999) **“ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS.”**Mexico, D.F. editorial Mc Graw- Hill, Interamericana de México S.A. Quinta edición.
- D´ Sousa A. (2000) **“EXITO EN TU LIDERAZGO”** Colombia. Editorial Latinoamericana. Segunda Edición.
- (2003) **“EPIDEMIOLOGÍA EN SALUD PÚBLICA”**. Modulo II. Unidad.
- Ezequiel Vellorí F. 8 Carmen L. L. (2001) **“PROGRAMA NACIONAL DE ENFERMEDADES RENALES”**, 2 – 3
- Gabaldon, R. Fernando (2003) **“GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE SERVICIO”**. Consejo de Publicaciones U.L.A. Mérida.
- Hellriegel. S. (1998) **“COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL”**. Octava edición. Editoriales Internacionales Thomson.

- Hernandez, O. (1999) **“METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN”**
México, D.F. Editorial Mac Graw- Hill.
- J. Bohnen & Salomkin. “Surgery”. Enero (1992). **“AMERICANA. MÉDICOS DEDICADOS A LA SALUD DE AMÉRICA”**.
- Krieger N. (2000, 1 Marzo) **EPIDEMIOLOGÍA AND SOCIAL SCIENCES**.
[Homepage] Consultado el día
12/11/200www.pano.org/spanish/shalve_v23n1-episocial.htm
- Koontz, H. Weihrich H. (1998) **“ADMINISTRACIÓN UNA PERSPECTIVA GLOBAL”**, Editorial Mc.Graw Hill. Primera Edición
- Lony, B. J. Phipps (1999) **“ENFERMERÍA MEDICO QUIRURGICO”**.
España Harcourt.
- Mendoza, José (1995). **“LAS FUNCIONES ADMINISTRATIVA”**. Ediciones
presencia. Barranquilla.
- Muñoz. Sosa (1998). **“EPIDEMIOLOGÍA DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA”** [Homepage] Consultado 22 de Noviembre de 2005.
OBCYN.net.latina. google. Epidemiología experimental.
- Nuevo informe de la OPS. **“PROMOVIENDO LA SALUD EN LAS AMERITAS”**. Consultado 17/11/2005 de la página Web:
<http://www.paho.org/spanish>
- Sánchez, B. (1999) **“MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN”** Venezuela.
Ediciones Universidad. Segunda Edición.

ANEXOS

ANEXO N° 1

**UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICE – RECTORADO ACADEMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE
SALUD**

Estimado Usuario.

El presente instrumento tiene como finalidad obtener información acerca de como influye la planificación del equipo multidisciplinario en la calidad de vida de los usuarios que reciben tratamiento de hemodiálisis, con el propósito de determinar la necesidad de implementar estrategias que permitan mejorar la calidad de vida de los pacientes renales en tratamiento sustitutivo (Hemodiálisis).

Las respuestas emitidas por Usted, serán estrictamente confidenciales por lo que agradecemos su veracidad.

Gracias por su colaboración.

Participante. Sosa González Danny Yajaira.

INFLUENCIA DE LA PLANIFICACIÓN DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE LA UNIDAD DIÁLISIS 95' SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS USUARIOS EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS.

ENCUESTA

I PARTE.- Datos Socio demográficos del usuario.

Describa la categoría que más se adapte a sus características.

-Edad_____ Sexo M_____ F_____

Procedencia_____ Rural_____ Urbana_____

-Nivel de Instrucción_____ Profesión_____

-Trabaja Actualmente: Si_____ No_____ Especifique_____

-Estado Civil: Soltero_____ Casado_____ Divorciado_____ Viudo_____ Unido_____

-Con quien vive: Padre _____ Madre_____ Hijos_____ Hermanos_____ Tíos_____

Abuelos_____ Otros_____

-Fuente de ingresos _____

Menos de sueldo Mínimo_____ 450mil – 550 mil_____

560 mil – 750 mil_____ 760 mil o más_____

-Tiempo en Diálisis_____

II PARTE.- PROCESO DE COMUNICACIÓN.

1. Ha recibido información acerca de su padecimiento SI_____ NO_____
De quien: Médico_____ Enfermera_____ Psiquiatra_____ Nutricionista_____
Otros_____
2. Ha recibido información acerca de sus complicaciones SI_____ NO_____
De quien: Médico_____ Enfermera_____ Psiquiatra_____ Nutricionista_____
Otros_____
3. Ha recibido información acerca del tipo de alimentación SI_____ NO_____
De quien: Médico_____ Enfermera_____ Psiquiatra_____ Nutricionista_____
Otros_____
4. Ha recibido información acerca de los cambios en su estado de animo
SI_____ NO_____
De quien: Médico_____ Enfermera_____ Psiquiatra_____ Nutricionista_____
Otros_____

CUADRO N° 1
GRADO DE SATISFACCIÓN

	Satisfacción	Muy Satisfecho	Modera- damente Satisfecho	Poco Satisfecho	<i>Insatisfecho</i>
5)	Está satisfecho con las manifestaciones de atención del Médico				
	Está satisfecho con las manifestaciones de atención de Enfermería				
	Está satisfecho con las manifestaciones de atención del Psiquiatra				
	Está satisfecho con las manifestaciones de atención del Nutricionista				
6)	Está satisfecho con el tiempo que le dedica el Médico para atender necesidades e inquietudes				
	Está satisfecho con el tiempo que le dedica Enfermería para atender necesidades e inquietudes				
	Está satisfecho con el tiempo que le dedica el Psiquiatra para atender necesidades e inquietudes				
	Está satisfecho con el tiempo que le dedica el Nutricionista para atender necesidades e inquietudes				

	Satisfecho	Muy Satisfecho	Moderadamente Satisfecho	Poco Satisfecho	<i>Insatisfecho</i>
7	Está satisfecho con las manifestaciones de apoyo y solidaridad por parte del Médico				
	Está satisfecho con las manifestaciones de apoyo y solidaridad por parte de Enfermería				
	Está satisfecho con las manifestaciones de apoyo y solidaridad por parte del Psiquiatra				
	Está satisfecho con las manifestaciones de apoyo y solidaridad por parte del Nutricionista				
8	Está satisfecho con el trato que recibe del Médico				
	Está satisfecho con el trato que recibe de Enfermería				
	Está satisfecho con el trato que recibe del Psiquiatra				
	Está satisfecho con el trato que recibe del <i>Nutricionista</i>				

CUADRO N° 2

SITUACIONES ESTRESANTES EN EL PACIENTE DIALIZADO.

Se define Estrés; como un estado que se presenta cuando la gente se enfrenta a exigencias del medio que requiere que cambie en alguna forma.

Esta situación le causa estrés	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
9) ¿Le provoca estrés si se presenta alguna Complicación del acceso vascular o en Catéter de hemodiálisis?					
10) ¿Le provoca estrés los Resultados de los Exámenes de Laboratorio?					
11) ¿Usted se estresa por el tipo de Dieta que le indican?					
12) ¿Se preocupa si llegara a Faltar el Material para poder Dializarlo?					
13) ¿Usted se estresa al reunirse con su familia para hablar de su problema?					
14) ¿Usted se estresa si se producen Cambios en la imagen corporal?					
15) ¿Usted no se puede controlar por la Muerte de un compañero en diálisis?					
16) ¿Se siente estresado si presenta Deterioro en la Relación de Pareja?					
17) ¿Le produce una situación estresante llegar a ser Dependiente de la Diálisis?					
18) ¿Usted se preocupa si no Pierde Peso durante la Diálisis?					
19) ¿Usted se estresa si no le Explican como es el Procedimiento de la Diálisis?					
20) ¿Usted se estresa al reunirse con el Médico, Enfermera, Psiquiatra y Nutricionista para hablar de su problema?					
21) ¿Cuando le toca Dializarse ese momento es estresante para usted?					
22) ¿Usted se estresa si se daña una maquina y no puede Dializarse ese Día?					

CUADRO N° 3
APGAR FAMILIAR Y SOPORTE DE AMIGOS.

Preguntas A responder	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
23) ¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
24) ¿Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas?					
25) ¿Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades?					
26) ¿Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor?					
27) ¿Me satisface como compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa y el dinero?					
28) ¿Usted tiene un amigo(a) cercano(a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					
29) ¿Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos y amigas?					

CUADRO N° 4**CONOCIMIENTO SOBRE LA ALIMENTACIÓN.**

Peso _____ Talla _____

Preguntas A responder	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
30) ¿Come usted durante la sesión de Diálisis?					
31) ¿Cumple usted la dieta que le indica el nutricionista?					
32) ¿Consumes usted bastantes líquidos durante el día?					
33) ¿Se siente débil y sin apetito al terminar la Diálisis?					
34) ¿Hay alimentos que le producen piquiña en el cuerpo?					
35) ¿Se siente fuerte con la dieta que le indico el nutricionista?					
36) ¿Usted aumenta excesivamente de peso en cada Diálisis?					
37) ¿Usted toma vitaminas?					

ANEXO N ° 2

**UNIVERSIDAD CATÓLICA “ANDRÉS BELLO”
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSTGRADO GERENCIA EN SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD
CÁTEDRA SEMINARIO I
EXTENSIÓN MÉRIDA**

Ciudadana (o)

Presente.-

Me dirijo a usted muy respetuosamente, en la oportunidad de solicitar sus buenos oficios para la validación del instrumento titulado: **INFLUENCIA DE LA PLANIFICACIÓN DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE LA UNIDAD DIÁLISIS 95' SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS USUARIOS EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS**. Dicha validación contará con un instrumento de evaluación conformado por dos partes. La primera parte corresponde a la apreciación cualitativa del instrumento. La segunda corresponde a la apreciación cuantitativa, mediante la utilización de una escala

Likert donde; 1= Nunca, 2= Casi Nunca, 3= Algunas veces, 4= Casi Siempre y 5= Siempre.

Agradeciendo de antemano su valioso aporte en la construcción definitiva de dicho instrumento, se despide.

Atentamente,

Participante.
Sosa González Danny Yajaira.

INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ CUALITATIVA

CRITERIOS	APRECIACIÓN CUALITATIVA			
	Excelente (1)	Bueno (2)	Regular (3)	Deficiente (4)
Presentación del Instrumento.				
Calidad de redacción De los ítems.				
Pertinencia de la variable con los indicadores.				
Factibilidad de Aplicación.				

Apreciación cualitativa

Observaciones

Validado por: _____ C.I - _____

Cargo que desempeña _____ Firma _____

INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ CUANTITATIVA

ITEMS	ESCALA				OBSERVACIONES
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					

ITEMS	ESCALA				OBSERVACIONES
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente	
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					

FIRMA: _____

ANEXO N ° 3

**UNIVERSIDAD CATÓLICA “ANDRÉS BELLO”
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSTGRADO GERENCIA EN SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD
CÁTEDRA SEMINARIO I
EXTENSIÓN MÉRIDA**

Mérida, _____ Noviembre de 2005.

**Dra. Carolina Araque.
Medico Coordinador de la Unidad Diálisis 95’
Sucursal Mérida.-
Presente.**

Me dirijo a usted respetuosamente, con el propósito de solicitar la aplicación en el servicio que usted coordina, de un instrumento de recolección de datos, el cual tiene como objetivo Determinar la influencia que tiene el equipo multidisciplinarios sobre la calidad de vida de los usuarios en tratamiento de hemodiálisis en la unidad, en los periodos Septiembre hasta Noviembre del 2005. El cual es el titulo de trabajo especial.

Dicho instrumento será aplicado a los usuarios de la unidad y no interferirá con las labores asistenciales del personal, ni la sesión de hemodiálisis al cliente. Es importante mencionar que sus resultados serán mostrados en el área.

Agradeciendo la colaboración que pueda otorgar en su aprobación.

Participante.-
Sosa González Danny Yajaira.