



UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN

NICOLÁS DE HIDALGO.

FACULTAD DE ENFERMERÍA.

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA SECUNDARIA
A DIABETES MELLITUS**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA

ALEJANDRA DELGADO GONZÁLEZ

ASESORA:

**DRA. EN ENF. MA. LETICIA RUBI GARCÍA
VALENZUELA.**

CO-ASESORA

MEM. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA

REVISORA:

ME. MA. LILIA ALICIA ALCÁNTAR ZAVALA

MORELIA, MICHOACÁN.NOV-2009

JURADO

DRA. EN ENF. LETICIA RUBI GARCÍA VALENZUELA

Presidente

M.C. MARIA CRISTINA MARTHA REYES

1er. Vocal

DR. DANIEL FELICIANO ZALAPA MARTINEZ

2do. Vocal

M.C. MA. JAZMIN VALENCIA GUZMAN

Suplente

DIRECTIVOS

M.C JOSEFINA VALENZUELA GARANDILLA

Directora de la Facultad de Enfermería

L.E.O MA. DE JESÚS RUIZ RECÉNDIZ

Secretaria Académica

L.E.O ANA CELIA ANGUIANO MORA

Secretaria administrativa

AGRADECIMIENTOS

Después de un arduo y motivante trabajo vi por fin terminada esta tesis, al verlo experimenté una profunda gratitud hacia Dios por la oportunidad que me ha dado sentir su presencia tan cercana, así como para dar respuesta a mi inquietante búsqueda de llegar a entender y tratar de alentar a muchas personas que tienen este tipo de enfermedad terminal y ayudarles a proporcionarles una mejor calidad de vida.

Al mismo tiempo reconocí que para poder llevar a cabo conté con personas que han sido muy importantes en mi vida y a las cuales no quiero ni debo dejar de agradecer:

A mis padres Jaime y Ángeles, de quienes e recibido todo el amor y aliento necesarios para seguir siempre adelante, a los cuales ahora soy lo que soy. Gracias.

“Calidad de vida en el paciente con insuficiencia renal crónica secundaria a Diabetes Mellitus”

RESUMEN

La DM es un problema de salud que afecta entre el 2 y el 5% de la población mundial. Una de las complicaciones es la IRC; en México el 25% de los pacientes con Diabetes Mellitus, tienen IRC como complicación. Este estado trae consigo la incapacidad del riñón para mantener dentro de los límites renales el equilibrio ácido-base. De aquí la importancia del estudio, al identificar y dar a conocer las características de la calidad de vida y personales de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento con Diálisis Peritoneal secundario a la Diabetes Mellitus. Se utilizó el instrumento genérico SF-36 que mide la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), considerando 8 dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental). Con la hipótesis de que la calidad de vida del paciente con Insuficiencia Renal crónica en Diálisis Peritoneal, se afecta en alguna de las 8 dimensiones, medidas por el instrumento genérico SF-36. Se encuestaron 30 pacientes en un Hospital de segundo nivel, con el objetivo de conocer las características que tiene la calidad de vida relacionada con salud en el paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis peritoneal intrahospitalaria. El diseño de estudio fue Prospectivo, transversal, descriptivo y observacional. En cuanto a los Criterios de inclusión se encuentran pacientes hospitalarios con Insuficiencia Renal Crónica secundarios a Diabetes Mellitus que reciben atención médica en un hospital de segundo nivel de atención, en la ciudad de Morelia. En los Criterios de exclusión se consideró a los pacientes con las mismas características pero con alguna complicación o existencia de una patología previa. Para el procesamiento y análisis de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS (versión 15.0), aplicando la prueba de Alpha de Cronbach y Spearman - Brown para determinar el comportamiento de los datos y obtener una mayor fiabilidad.

Los resultados muestran que la dimensión de la función física fue la más afectada en los pacientes en Diálisis peritoneal intrahospitalaria. En cuanto a la

dimensión que estuvo menos afectada, se identificó que fue la relacionada al rol emocional en la cual se expresó una motivación frente a la enfermedad al encontrar apoyo con la familia y el deseo de vivir.

Es por ello que de acuerdo a la hipótesis planteada se llega a la conclusión que la calidad de vida del paciente con Insuficiencia Renal Crónica se adapta al bienestar físico emocional y social, de acuerdo a la percepción del paciente mediante los cuatro modos de adaptación de Roy (2004) y al instrumento de medición genérico SF-36.

INDICE

PORTADA.....	1
JURADO.....	2
DIRECTIVOS.....	3
AGRADECIMIENTOS.....	4
RESUMEN.....	5-6
INDICE.....	7-9
DEFINICION DE TERMINOS.....	10-11
<i>CAPITULO 1:</i>	
1.1 Introducción.....	12-14
1.2 Planteamiento del problema.....	15-16
1.3 Hipotesis.....	17
1.4 Objetivos.....	18
1.5 Importancia de estudio.....	19-20
<i>CAPITULO 2: MARCO TEORICO</i>	
DESCRIPCION DEL MARCO TEORICO	
2.1 Diabetes Mellitus.....	21
2.1.1 Etimología.....	21
2.1.2 Descripción general.....	22
2.1.3 Clasificación.....	22
2.1.4 Enfermedades a consecuencia de la Diabetes.....	23
2.1.5 Complicaciones agudas.....	23-24
2.2 Insuficiencia Renal Crónica	

2.2.1	Definición.....	25
2.2.2	Signos y síntomas.....	25-26
2.2.3	Diagnostico.....	26
2.2.4	Causas.....	27
2.2.5	Tratamiento.....	27
2.3 Dialis Peritoneal		
2.3.1	Definición.....	28
2.3.2	Dialisis Peritoneal Continua Ambulatoria(DPCA).....	28
2.3.3	Dialisis Peritoneal Automatizada (DPA).....	29
2.3.4	Dieta y Diálisis Peritoneal.....	29-30
2.3.5	Cuidados.....	30
2.3.6	Complicaciones.....	30-31
2.4 Calidad de Vida		
2.4.1	Definición.....	32-34
2.4.2	Utilidad del concepto “Calidad de Vida”.....	35
2.4.3	Lineas de la Investigación sobre Calidad de Vida en distintos Ámbitos de los servicios humanos.....	35-36
2.4.4 Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)		
2.4.4.1	Introducción.....	37-41
2.4.4.2	Las ciencias de la Salud en relación a la Calidad de Vida..	41
2.4.4.3	Medidas de la (CVRS).....	41-43
2.4.4.4	Alcances, limitaciones y confusiones conceptuales de la (CVRS).....	44-48

2.4.4.5Puntos de consenso.....	48-50
--------------------------------	-------

CAPITULO 3: METODOLOGIA

3.1Diseño de estudio.....	51
3.2Criterios de selección	
3.2.1Criterios de inclusión.....	51
3.2.2Criterios de exclusión.....	51
3.3 Instrumento para la colecta de datos.....	51-52
3.4Etica de Estudio.....	53

CAPITULO 4: RESULTADOS

4.1Descripción de los resultados.....	55-57
---------------------------------------	-------

CAPITULO 5:

5.1Discusión.....	58-61
5.2Conclusiones.....	63
5.3Bibliografía.....	63-64
5.4Anexo	
5.4.1Anexo I: Cuestionario SF-36, adaptado a esta propuesta.	66-74
5.5 Apéndices	
5.5.1Apéndice I: Carta de consentimiento informado.....	76
5.5.2Apéndice II: Graficas.....	77-118

DEFINICION DE TERMINOS

ACIDOSIS METABÓLICA: Estado de acidosis en el que aumentan los ácidos de los fluidos corporales o se pierde bicarbonato.

CITOTÓXICAS: Sustancia que tiene un efecto tóxico sobre determinadas células.

DIALISIS PERITONEAL: Procedimiento realizado para corregir el desequilibrio electrolítico de sangre o eliminar toxinas, fármacos u otros productos de desechos normalmente excretados por el riñón.

DM: Diabetes Mellitus

DPA: Diálisis Peritoneal Ambulatoria

DPCA: Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria

ESTENOSIS: Trastorno Renal raro caracterizado por la Insuficiencia Renal anemia hemolítica micro angiopatica y deficiencia de las plaquetas.

FÍSTULA: Comunicación anormal entre un Órgano interno y la superficie corporal, o entre dos órganos internos.

GLOMERULONEFRITIS: Enfermedad no infecciosa que se caracteriza por proteinuria, hematuria disminución de la producción de orina

GLOMERULOSCLEROSIS: Aumento del fosforo en la sangre

HIPERFOSFATEMIA: Aumento del fosforo en la sangre

INSULINA: Hormona secretada por los islotes de langrhans del Páncreas como respuesta al aumento de glucosa en sangre.

IRA: Insuficiencia Renal Aguda

IRC: Insuficiencia Renal Crónica

IRCT: Insuficiencia Renal Crónica Transitoria

NEFROPATÍA ISQUEMICA: Es un trastorno del riñón donde se degenera las células renales

NEUROPATÍA: Inflamación y de generación como la que tiene lugar en la intoxicación por plomo

OMS: Organización Mundial de la Salud

PATOLOGÍA: Estudio de las causas características y efectos de la enfermedad

PERITONEO: Amplia membrana serosa que recubre la pared abdominal y se refleja en las vísceras intra abdominales

POLICISTICO: Es el aumento de eritrocitos en la sangre periférica

RETINOPATÍA: Enfermedad ocular no inflamatoria provocada por una alteración en los vasos sanguíneos retinianos.

SINDROME HEMOLISTICOUREMICO: Trastorno renal raro caracterizado por la Insuficiencia Renal anemia Hemolítica micro antipática y deficiencia de las plaquetas.

VASCULITIS: Trastorno inflamatorio de los vasos sanguíneos característico de ciertas enfermedades isquémicas y reacciones alérgicas.

CAPITULO I:

1.1 INTRODUCCION

El presente tema analizo la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica secundario a Diabetes Mellitus en tratamiento dialítico e intrahospitalario en el cual el hospital es de segundo nivel, utilizando el instrumento SF-36 que mide la calidad de vida relacionada con salud.

La Diabetes Mellitus es un problema de salud que afecta entre el 2 y el 5% de la población mundial. Se plantea que cuando esta enfermedad está mal controlada puede llegar a presentar complicaciones graves e irreversibles como: Insuficiencia renal crónica. (Álvarez, et al, 2002).

En cuanto a la IRC, se puede decir que no difiere de otras enfermedades crónicas degenerativas que han visto su incidencia aumentar significativamente a lo largo de la última década debido a la transición epidemiológica.

La incidencia de la IRC en México se ha venido aproximando, de forma abrupta y descontrolada a niveles semejantes a los encontrados en países industrializados. Actualmente se calculan 40,000 urémicos en México que demandan servicios de atención al sistema de salud en cualquiera de sus modalidades público-privadas, notificandose 120 nuevos casos por millón de habitantes cada año. Además, cabe resaltar la importante prevalencia de pacientes diabéticos en México que son responsables por el 25 % de los pacientes con IRC.

La insuficiencia renal crónica, es la entidad final común a la que pueden arribar las enfermedades renales primarias, las secundarias a enfermedades sistémicas y cuya característica esencial es la disminución progresiva e inexorable de la función renal global.

Los procedimientos establecidos por la secretaria de salud para el tratamiento de la IRC son la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), la diálisis en centro hospitalario (diálisis peritoneal intermitente y hemodiálisis) y el trasplante renal (TR).

La IRC trae consigo la incapacidad del riñón para mantener dentro de los límites renales el equilibrio ácido básico, la composición, el volumen y la osmolaridad del medio interno, la regulación eritropoyetina, proteínica, lipídica y la presión sanguínea.

Estos elementos caracterizan la progresión rítmica y constante de la enfermedad a su estado **crónico** en el que el grado de deterioro de los mismos se hace máximo y solo perdura el 10% o menos de la función renal. Es en este momento en el que se hace necesaria la utilización de los distintos métodos dialíticos (diálisis peritoneal y hemodiálisis) para lograr mantener la vida del enfermo en espera del trasplante renal o prolongarla hasta que la enfermedad y la calidad de vida del paciente lo permitan. (ALVAREZ, et al 2002).

El interés por estudiar la calidad de vida es antiguo, sin embargo la preocupación por el desarrollo sistemático y científico del constructo es relativamente reciente, la idea comienza a popularizarse en la década del sesenta, hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como la salud, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

partir de la década de los 80, el concepto fue aplicado en el mundo de las enfermedades incapacitantes, dado que captaba una visión nueva y cambiante sobre las personas con discapacidad (Schwartzmann, 2003). En la medida que la satisfacción con la vida se consideró muy ligada a las posibilidades de tomar decisiones y elegir entre diversas opciones, se abrieron oportunidades a las personas con discapacidad para expresar sus gustos, deseos, metas y aspiraciones y a tener mayor participación en las decisiones que las afectan (Jiménez, 1998).

Para el profesional de enfermería, el estudio de la calidad de vida del individuo es de gran interés, ya que le permite conocer al ser humano desde una perspectiva más integral, que incluye sus valores, creencias y percepciones. Este conocimiento le permitiría realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida por la que está atravesando el usuario. El quehacer de enfermería debería centrarse en ayudar a los

individuos a satisfacer más plenamente sus necesidades, incrementando su conocimiento de las múltiples alternativas que tienen en relación con su salud y así determinar las orientaciones de valor para cada uno de ellos, favoreciendo la calidad de vida.

Es interesante, entonces, para nuestra profesión saber cuál es la calidad de vida y las características personales de los pacientes sometidos al tratamiento de diálisis peritoneal, por lo cual se implementó esta propuesta.

Por lo tanto, el propósito de este estudio fue conocer la calidad de vida y las características personales de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con Diálisis Peritoneal secundaria a Diabetes Mellitus.

Para la colecta de los datos, se aplicó el instrumento de medición genérico SF-36 que mide la calidad de vida relacionada a la salud, considerando 8 dimensiones. Se encuestaron a 30 pacientes en un Hospital de segundo nivel, obteniendo como resultados que la dimensión de la función física es la más afectada en los pacientes en Diálisis peritoneal intrahospitalaria.

Este resultado pudiera estar relacionado con los limitantes físicos a causa del procedimiento, como es la presencia del catéter y la necesidad de asistir periódicamente al hospital, así como cuidados y la naturaleza del procedimiento que implica la existencia de retención de líquido.

Los resultados también evidencian la importancia de la dieta requerida para que haya un equilibrio hidroelectrolítico adecuado para estos pacientes, pues si se sigue un régimen alimentario riguroso y específico, se puede mantener un estado físico adecuado.

En cuanto a la dimensión que estuvo menos afectada, se identificó que fue la relacionada al rol emocional en la cual se expresa una motivación frente a la enfermedad al encontrar apoyo con la familia y el deseo de vivir. Este resultado favorece la calidad de vida lo cual es positivo para el bienestar y fortalecimiento del estado integral de los pacientes estudiados.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Diabetes Mellitus es una patología compleja que incluye a varias enfermedades en las cuales coexiste un trastorno global del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas. Por lo tanto es un trastorno multifactorial; por la existencia de factores implicados en su patogénesis.

Uno de los factores principales relacionados secundarios a la Diabetes Mellitus es la Insuficiencia Renal Aguda, Crónica ó en fase terminal.

La Insuficiencia Renal Crónica es un proceso irreversible en la cual el tratamiento es la Diálisis Peritoneal permanente, la cual hace la función de un riñón artificial manteniendo equilibrio electrolítico, acido base e hídrico, evitando la aparición de complicaciones y aportar el máximo confort psíquico y físico.

Tanto los elementos que son consecuencia de la IRC como los determinados por los procedimientos dialíticos, repercuten con el tiempo, sobre la estructura y funcionamiento de los distintos sistemas y órganos; interfiriendo consecuentemente en la calidad de vida del paciente.

De acuerdo a las revisión bibliográfica hecha, se encontró que el estudio de la calidad de vida implica diversos aspectos, clínicos, éticos y económicos. Exige metodología de valoración tanto cuantitativa como cualitativa que permitan extraer conclusiones generalizables y aplicables en el mejoramiento de este aspecto, considerando que Lugones (2002), define a la calidad de vida como la percepción del paciente de su grado de bienestar, físico, emocional y social.

Los resultados de la investigación científica emplea hoy el concepto, como un modo 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. En las ciencias de la salud los avances de la medicina han hecho posible prolongar notablemente la vida, generando un aumento importante de las personas con enfermedades crónicas, lo que ha llevado a poner especial acento en la Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS) (Álvarez y Badía, 1995).

La CVRS 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 (Dubos, et al 1989). Su medición se ha utilizado para distinguir diferencias entre pacientes o grupos de pacientes, para predecir resultados en ellos y para evaluar las intervenciones terapéuticas (Bravo y Falache 1993).

Para la enfermería, como profesión científica, también se ha hecho necesario estudiar y conocer los aspectos relacionados a la calidad de vida de los pacientes que atiende, sobre todo, aquellos con padecimientos crónico-degenerativos que ven afectada seriamente su calidad de vida a causa de los tratamientos adyuvantes a la enfermedad.

Por lo que para la realización de este estudio, se planteo la siguiente pregunta de estudio:

¿Qué características tiene la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a Diabetes Mellitus sometidos al tratamiento de Diálisis Peritoneal?

La respuesta a esta interrogante nos permitiría hacer un aporte y prepararse para la atención de estos pacientes y otros con enfermedades crónicas, que están experimentando un incremento acelerado en nuestro país.

1.3 HIPOTESIS

Ha La calidad de vida del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en Diálisis Peritoneal, se afecta en alguna de las 8 dimensiones, medidas por el instrumento genérico SF-36.

Ho La calidad de vida del paciente con Insuficiencia Renal crónica en Diálisis Peritoneal, no se afecta en alguna las 8 dimensiones medidas por el instrumento genérico SF-36.

1.4 OBJETIVOS

GENERAL

Analizar las características que tiene la calidad de vida relacionada con salud en el paciente con Insuficiencia Renal crónica en tratamiento de Diálisis Peritoneal intrahospitalaria

ESPECIFICO

Conocer las características de la calidad de vida del paciente; de acuerdo al cuestionario de salud SF-36.

Identificar la calidad de vida el paciente dentro de las 8 dimensiones medidas por el instrumento sf-36.

Valorar cada una de las 8 dimensiones del instrumento SF-36: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

1.5 IMPORTANCIA DE ESTUDIO

El propósito de este estudio fue analizar las características que tiene la calidad de vida relacionada con salud en el paciente con Insuficiencia Renal crónica en tratamiento de Diálisis Peritoneal intrahospitalaria, así como las características personales de los mismos, para verificar hechos y compartir experiencias personales que puedan ayudar y cooperar para entender la calidad de vida del paciente con IRC.

Desde que se habla de Diabetes Mellitus, se sabe que esta es una enfermedad crónico-degenerativa; Por lo tanto toda enfermedad de estas características es incurable según el paradigma actual que priva en los profesionales de la medicina, y su sobre vida es amplia, en virtud de los tratamientos establecidos y los adelantos científicos de la medicina.

En este sentido, los avances tecnológicos experimentados en las últimas décadas han llevado a un considerable aumento de herramientas biotecnológicas en salud, en contraste con el lento desarrollo de herramientas vinculadas a los factores o aspectos sociales y humanos involucrados como es la calidad de vida de los sobrevivientes de las enfermedades crónico degenerativas (Velarde y Ávila, 2002).

Esto lleva a que se produzca un desequilibrio en la atención de salud, con un acentuado énfasis en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y una insuficiente consideración de las consecuencias psicosociales derivadas de sus nuevos estilos de vida. (Gómez, et al, 2000)

La información ofrecida de forma reiterada al paciente por un médico o por más de uno (como suele suceder), respecto a la cronicidad de la enfermedad y el tratamiento, hace que el paciente se resigne a tomar su terapéutica para el alivio de los síntomas por el resto de su vida, y a perder la esperanza de volver a ser un individuo saludable y en muchos casos útil a la sociedad. Esta situación genera una gran frustración y limita el accionar diario de este grupo de pacientes, haciéndolos sentir una carga para la familia y/o la sociedad en la que viven, alterando en forma considerable su calidad de vida. (Jiménez, 1998).

En este punto es importante destacar, que el ser humano por naturaleza, experimenta bienestar en la medida en que puede aportar y ayudar a su entorno y así a obtener una mejor calidad de vida, por lo tanto, es necesario que se conozca cuales son los aspectos de la calidad de vida, que la persona en DP percibe alterados, para que puedan implementarse estrategias de atención y cuidado de enfermería que nos permita fortalecer los aspectos que incluye la calidad de vida de estos pacientes.

Por lo tanto para el profesional de enfermería, el estudio de la calidad de vida del individuo es de gran interés, ya que le permite conocer al ser humano desde una perspectiva más integral, que incluye sus valores, creencias y percepciones. Este conocimiento le permitiría realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida por la que está atravesando el usuario. El quehacer de enfermería debería centrarse en ayudar a los individuos a satisfacer más plenamente sus necesidades, incrementando su conocimiento de las múltiples alternativas que tienen en relación con su salud y así determinar las orientaciones de valor para cada uno de ellos, favoreciendo la calidad de vida.

CAPITULO 2: MARCO TEORICO

DESCRIPCION DEL MARCO TEORICO

2.1 DIABETES MELLITUS

Diabetes mellitus (DM) o Diabetes sacarina, es un síndrome orgánico multisistémico que tiene como característica el aumento de los niveles de glucosa en sangre (signo clínico conocido como hiperglucemia), resultado de defectos en la secreción de insulina, en su acción o ambos.

Se trata de una patología compleja que incluye a varias enfermedades en las cuales coexiste un trastorno global del metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas.

La DM es un trastorno multifactorial por la existencia de múltiples factores implicados en su patogénesis.

Se calcula una prevalencia estimada en la población adulta del 7,4 % (1995), con un valor esperado de alrededor del 9% para 2025.

El Día Mundial de la Diabetes se celebra el 14 de noviembre, (Charlotte Coleman 2001).

2.1.1 ETIMOLOGIA

Proviene del latín diabetes, y éste del griego διαβήτης, (diabétes, 'correr a través' con δια o 'dia-', 'a través', y βήτης o 'betes', 'correr', de διαβαίνειν (diabaínein, 'atravesar'). Como término para referirse a la enfermedad caracterizada por la eliminación de grandes cantidades de orina (poliuria), empieza a usarse en el siglo I en el sentido etimológico de «paso», aludiendo al «paso de orina» de la poliuria. Fue acuñado por el filósofo griego Arateus,

2.1.2 DESCRIPCION GENERAL

Las células metabolizan la glucosa para convertirla en una forma de energía útil; por ello el organismo necesita recibir glucosa (a través de los alimentos), absorberla (durante la digestión) para que circule en la sangre y se distribuya por todo el cuerpo, y que finalmente, de la sangre entre al interior de las células para que pueda ser utilizada. Esto último sólo ocurre bajo los efectos de la insulina, una hormona secretada por el páncreas.

En la DM (diabetes mellitus) el páncreas no produce o produce muy poca insulina (DM Tipo I) o las células del cuerpo no responden normalmente a la insulina que se produce (DM Tipo II). Esto evita o dificulta la entrada de glucosa en la célula, aumentando sus niveles en la sangre (hiperglucemia). La hiperglucemia crónica que se produce en la diabetes mellitus tiene un efecto tóxico que deteriora los diferentes órganos y sistemas y puede llevar al coma y la muerte.

La diabetes mellitus es un trastorno endocrino-metabólico crónico, que afecta la función de todos los órganos y sistemas del cuerpo: el proceso mediante el cual se dispone del alimento como fuente energética para el organismo (metabolismo), los vasos sanguíneos (arterias, venas y capilares) y la circulación de la sangre, el corazón, los riñones, y el sistema nervioso (cerebro, retina, sensibilidad cutánea y profunda, etc.). (Robbins y Cotran 2007).

2.1.3 CLASIFICACIÓN

Actualmente existen dos clasificaciones principales, la de la OMS, y la propuesta por la Asociación Americana de Diabetes, (ADA en 1997).

Según el Comité de expertos de la ADA, los diferentes tipos de DM se clasifican en 4 grupos:

- a) Diabetes Mellitus tipo 1
- b) Diabetes Mellitus tipo 2
- c) Otros tipos de Diabetes Mellitus
- d) Diabetes gestacional

2.1.4 ENFERMEDADES A CONSECUENCIA DE LA DIABETES

Independiente del tipo de diabetes mellitus, un mal nivel de azúcar en la sangre conduce a las siguientes enfermedades. Bases son las modificaciones permanentes de las estructuras constructoras de proteínas y el efecto negativo de los procesos de reparación, p.ej.: la formación desordenada de nuevos vasos sanguíneos.

Daño de los pequeños vasos sanguíneos (microangiopatía)

Daño de los nervios periféricos (polineuropatía]

Síndrome del pie diabético: heridas difícilmente curables y la mala irrigación sanguínea de los pies, puede conducir a laceraciones y eventualmente a la amputación de las extremidades inferiores.

Daño de la retina (retinopatía)

Daño renal (nefropatía)

Hígado graso o Hepatitis de Hígado graso (Esteatosis hepática)

Daño de los vasos sanguíneos grandes (macroangiopatía): trastorno de las grandes venas. Esta enfermedad conduce a infartos, apoplejías y trastornos de la circulación sanguínea en las piernas. En presencia simultánea de polineuropatía y a pesar de la circulación sanguínea crítica pueden no sentirse dolores.

2.1.5 COMPLICACIONES AGUDAS

Estados hiperosmolares: llamados de manera coloquial "**coma diabético**", comprenden dos entidades clínicas definidas: la cetoacidosis diabética (CAD) y el coma hiperosmolar no cetósico (CHNS). Ambos tiene en común –como su nombre lo dice–, la elevación patológica de la osmolaridad sérica. Esto es resultado de niveles de glucosa sanguínea por encima de 250 mg/dL, llegando en casos extremos a registrarse en casos extremos más de 1 000 mg/dL. La elevada osmolaridad sanguínea provoca diuresis osmótica y deshidratación, la cual pone en peligro la vida del paciente (Katzung, Bertramg, 2007).

La cetoacidosis suele evolucionar rápidamente, se presenta en pacientes con DM tipo 1 y presenta acidosis metabólica; en cambio el coma hiperosmolar evoluciona en cuestión de días, se presenta en ancianos con DM tipo 2 y no presenta cetosis. Tienen en común su gravedad, la presencia de deshidratación severa y alteraciones electrolíticas, el riesgo de coma, convulsiones, insuficiencia renal aguda, choque hipovolémico, falla orgánica múltiple y muerte.

Los factores que los desencadenan suelen ser: errores, omisiones u ausencia de tratamiento, infecciones agregadas -urinarias, respiratorias, gastrointestinales-, cambios en hábitos alimenticios o de actividad física, cirugías o traumatismos, entre otros.

Hipoglucemia: Disminución del nivel de glucosa en sangre por debajo de los 50 mg/dl. Puede ser consecuencia de ejercicio físico no habitual o sobreesfuerzo, sobredosis de insulina, cambio en el lugar habitual de inyección, ingesta insuficiente de hidratos de carbono, diarreas o vómitos, etc.

2.2 INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

2.2.1 DEFINICION

La **insuficiencia renal crónica** (CRF, o "falla renal crónica", o "falla crónica del riñón", CKF, o la "enfermedad crónica del riñón", CKD) es una pérdida lentamente progresiva de la función renal durante un período de meses o años y definida como un anormalmente bajo índice de filtrado glomerular, que es usualmente determinado indirectamente por el nivel de creatinina en el suero de la sangre.

El CRF que conduce a una enfermedad severa y que requiere una cierta forma de terapia de reemplazo renal (como la diálisis) se llama **enfermedad renal crónica**.

2.2.2 SIGNOS Y SINTOMAS

Inicialmente no tiene síntomas específicos y solamente puede ser detectada como un aumento en la creatinina del suero. A medida que la función del riñón disminuye, los síntomas pueden ser los siguientes:

- La presión arterial está incrementada debido a la sobrecarga de líquidos y a la producción de hormonas vasoactivas que conducen a la hipertensión y al paro cardíaco congestivo
- La urea se acumula, conduciendo a la azotemia y en última instancia a la uremia (los síntomas van desde el letargo a la pericarditis y a la encefalopatía)
- El potasio se acumula en la sangre (lo que se conoce como hiperpotasemia), con síntomas que van desde malestar general a arritmias cardíacas fatales
- Se disminuye la síntesis de eritropoyetina (conduciendo a la anemia y causando fatiga)
- Sobrecarga de volumen de líquido, los síntomas van desde edema suave al edema pulmonar peligroso para la vida
- La hiperfosfatemia, debido a la excreción reducida de fosfato, asociada a la hipocalcemia (debido a la deficiencia de vitamina D3) y al hiperparatoidismo, que conduce a la osteoporosis renal y a la calcificación vascular

- La acidosis metabólica, debido a la generación disminuida de bicarbonato por el riñón, conduce a respiración incómoda y después al empeoramiento de la salud de los huesos

2.2.3 DIAGNOSTICO

En muchos pacientes con IRC, ya son conocidas enfermedades renales previas u otras enfermedades subyacentes. Un número pequeño presenta con IRC de causa desconocida. En estos pacientes, ocasionalmente una causa es identificada retrospectivamente.

Es importante distinguir el IRC de la insuficiencia renal aguda (IRA) porque la IRA puede ser reversible. Comúnmente es realizado el ultrasonido abdominal, en el cual se mide el tamaño de los riñones. Los riñones en la IRC usualmente son más pequeños que los riñones normales, con excepciones notables por ejemplo en la nefrología diabética y en la enfermedad del riñón policístico. Otra pista de diagnóstico que ayuda a diferenciar la IRC de la IRA es una subida gradual de la creatinina del suero (sobre varios meses o años) en comparación con un aumento repentino en la creatinina del suero (de varios días a semanas). Si estos niveles no están disponibles (porque el paciente ha estado bien y no ha tenido ningún análisis de sangre), ocasionalmente es necesario tratar a un paciente brevemente como si tuviera IRA hasta que se establezca si el empeoramiento renal es irreversible.

En los pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con diálisis estándar se van acumulando numerosas toxinas urémicas. Estas toxinas muestran varias actividades citotóxicas en el suero, tienen diversos pesos moleculares y algunas de ellas están enlazadas a otras proteínas, primariamente a la albúmina. Tales sustancias tóxicas, ligadas a proteínas, están recibiendo la atención de los científicos interesados en mejorar los procedimientos estándar hoy usados para la diálisis crónica.

2.2.4 CAUSAS

Las causas más comunes de IRC son nefropatía diabética, hipertensión, y glomerulonefritis. Juntas, causan aproximadamente el 75% de todos los casos en adultos.

Históricamente, las enfermedades del riñón han sido clasificadas según la parte de la anatomía renal que está implicada:

- Vascular, incluye enfermedades de las grandes vasos sanguíneos, como estenosis de la arteria renal bilateral, y enfermedades de los vasos sanguíneos pequeños, como nefropatía isquémica, síndrome hemolítico-urémico y vasculitis
- Glomerular, abarcando a un grupo diverso y subclasificado en:
 - Enfermedad glomerular primaria, como glomerulosclerosis segmental focal y nefritis IgA
 - Enfermedad glomerular secundaria, como nefropatía diabética y nefritis lupus
- Tubulointersticial, incluyendo enfermedad policística del riñón, nefritis tubulointersticial crónica inducida por drogas o toxinas, y nefropatía de reflujo
- Obstruktiva, por ejemplo con piedras del riñón bilaterales y enfermedades de la próstata

2.2.5 TRATAMIENTO

La meta de la terapia es retrasar o parar la progresión, de otra manera implacable, de IRC a Insuficiencia renal crónica terminal (IRCT). Usualmente es necesario el reemplazo de la eritropoyetina y la vitamina D3, dos hormonas procesadas por el riñón, al igual que el calcio. Los enlazadores de fosfato son usados para controlar los niveles de fosfato en el suero, que usualmente están elevados en la insuficiencia renal crónica.

Después de que ocurra la IRCT, se requiere la terapia de reemplazo renal, en la forma de diálisis (peritoneal o hemodiálisis) o de un trasplante.

2.3 DIALISIS PERITONEAL

2.3.1 DEFINICION

En la diálisis peritoneal, se aprovecha la membrana que rodea los órganos internos del abdomen llamada peritoneo. Esta membrana tiene facultades dialíticas, y mediante un catéter que se inserta en la cavidad, a través de una cirugía, con anestesia local, se infunde una cantidad de un líquido preparado que viene en bolsas de diferentes concentraciones y ya listas para su uso.

Actualmente hay dos tipos de diálisis peritoneal:

2.3.2 Diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA)

La solución de diálisis viene presentada en bolsas con una capacidad que varía entre 1 y 2 litros. El paciente conecta al catéter un equipo con dos bolsas; una con el líquido a infundir y otra vacía que recogerá el líquido de una anterior infusión, que se encuentra alojado en la cavidad peritoneal.

Acto seguido se deja que el líquido salga del peritoneo a la bolsa vacía. A continuación el líquido a infundir pasa de la bolsa nueva al peritoneo. Todo este proceso se efectúa gracias a las diferencias de altura: es decir, por gravedad. La bolsa de drenaje ha de estar en el suelo y la de infusión ha de colocarse a mayor altura que el abdomen. Esto se conoce por intercambio y, normalmente, se efectúa cuatro veces al día. El contenido de la última bolsa quedará dentro de la cavidad peritoneal toda la noche.

Un componente característico en la composición del líquido para diálisis peritoneal es la glucosa. Esta sustancia es la que posibilita que el exceso de líquido del organismo pase al peritoneo y de aquí se drene. La solución se presenta en dos concentraciones de glucosa: 1,5 y 4,25 %. Esta última, por su mayor poder de ultrafiltración, es la que se emplea para el último intercambio.

2.3.3 Diálisis peritoneal automatizada (DPA)



Los avances en la técnica de la diálisis peritoneal han dado como resultado la llamada Diálisis peritoneal automatizada. A diferencia con la DPCA, en la DPA los intercambios no se efectúan manualmente. Se utiliza una máquina o cicladora que se encarga, automáticamente, de infundir y drenar el líquido de diálisis.

Otra peculiaridad de este sistema consiste en que la diálisis se efectúa por la noche, cuando el paciente duerme. Se permite así una mayor libertad que redundan en calidad de vida. La gran ventaja que supone este sistema consiste en la libertad de movimientos que otorga ya que el sistema ocupa poco espacio (el de una maleta).

2.3.4 Dieta y diálisis peritoneal

Cuando el usuario es admitido en el programa de diálisis peritoneal, se alivian un poco las restricciones dietéticas, pero individualizando la dieta en función de los valores clínicos y analíticos. En este sentido conviene apuntar que :

- Se puede incrementar la ingesta de proteínas, ya que a través de la diálisis peritoneal se pierde gran cantidad de estas sustancias. De las proteínas, se ha de subir la ingesta de las llamadas "de alto valor biológico"; es decir las contenidas en carnes, pescado azul...Pero hay que vigilar los alimentos ricos en fósforo.
- Las grasas serán del tipo de las insaturadas, es decir las que proceden del pescado o tienen origen vegetal.
- Normalmente se pierden muchas vitaminas hidrosolubles, en el líquido de diálisis que se evacua. Por ello se hace necesario un aporte extra de dichas vitaminas (las B, C...).

- Se deben incluir alimentos ricos en fibra ya que ayudan, entre otras cosas a mantener la movilidad intestinal. Esto evita que el catéter se adhiera a algún asa del intestino y provoque problemas de entrada o salida del líquido.
- Prestar atención a la ingesta de azúcares e hidratos de carbono, ya que la glucosa contenida en las bolsas de diálisis pasa al organismo.

2.3.5 Cuidados

La mayoría de los cuidados van encaminados a mantener permeable el acceso al peritoneo, es decir el catéter:

- Vigilar diariamente el orificio de entrada del catéter.
- Mantener un nivel óptimo de higiene en la zona que rodea el catéter.
- Evitar tirones.
- Hacer los intercambios en las máximas condiciones de asepsia.
- Evitar acodaduras o dobleces del catéter que puedan obstaculizar o impedir el paso del líquido.



2.3.6 Complicaciones

La principal complicación que puede aparecer en la diálisis peritoneal, cualitativa y cuantitativamente es la peritonitis: Es una inflamación de la membrana peritoneal que impide la normalidad funcional de la misma y compromete la calidad de la diálisis. Normalmente se produce por la entrada de gérmenes desde el exterior, por ello hay que incidir especialmente en las medidas higiénicas para evitar su aparición. Sus síntomas son:

- El líquido que drena está turbio
- Dolor abdominal

- Fiebre
- Nauseas y/o vómitos.

Si todos o algunos de estos síntomas aparecen, acuda al Centro sanitario que le corresponda. A ser posible lleve la bolsa de drenaje (esto se hace para efectuar un cultivo bacteriano del líquido y así determinar, en su caso, el agente causante y administrarle el tratamiento específico). Las peritonitis repetidas pueden llegar a comprometer seriamente el funcionamiento de la membrana peritoneal haciendo que, en algunos casos, se tenga que abandonar la diálisis peritoneal y acceder a la hemodiálisis.

Otras complicaciones obedecen a causas mecánicas:

- Salida del líquido por el orificio de implantación.
- Obstrucción del interior del catéter por circunvalación o adherirse a un asa intestinal.
- En otras ocasiones hay obstrucción producida por la presencia de una sustancia orgánica llamada fibrina.

2.4 CALIDAD DE VIDA.

2.4.1 DEFINICION

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

En un primer momento, la expresión Calidad de Vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos (Arostegui, 1998).

El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70 y comienzos de los 80, provocará el proceso de diferenciación entre éstos y la Calidad de Vida. La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. La inclusión del término en la primera revista monográfica de EE UU, "Social Indicators Research", en 1974 y en "Sociological Abstracts" en 1979, contribuirá a su difusión teórica y metodológica, convirtiéndose la década de los 80 en la del despegue definitivo de la investigación en torno al término.

Transcurridos 20 años, aún existe una falta de consenso sobre la definición del constructo y su evaluación. Así, aunque históricamente han existido dos aproximaciones básicas: aquella que lo concibe como una entidad unitaria, y la que lo considera un constructo compuesto por una serie de dominios, todavía en 1995, Felce y Perry encontraron diversos modelos conceptuales de Calidad de Vida. A las tres conceptualizaciones que ya había propuesto Borthwick-Duffy en 1992, añadieron una cuarta. Según éstas, la Calidad de Vida ha sido definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona (a), como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales (b), como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta (c) y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (d). Ver figura:

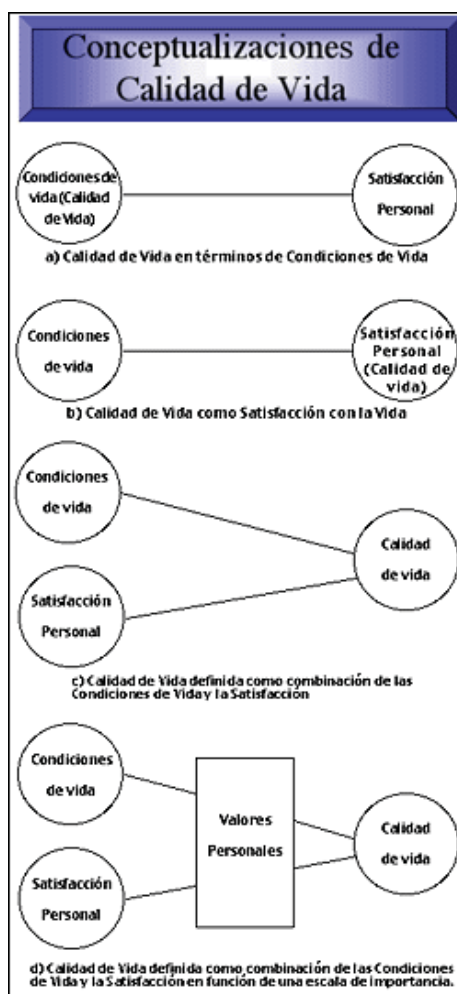


Figura 1: Conceptualizaciones de la

calidad de vida, (Dennis et al 1993)

Los enfoques de investigación de este concepto son variados, pero podrían englobarse en dos tipos: Enfoques cuantitativos, cuyo propósito es operacionalizar la Calidad de Vida. Para ello, han estudiado diferentes indicadores: Sociales (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc); Psicológicos (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales); y Ecológicos (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente) y, Enfoques cualitativos que adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente.

A pesar de esta aparente falta de acuerdo entre los investigadores sobre la definición de calidad de vida y la metodología utilizada para su estudio, el concepto ha tenido un impacto significativo en la evaluación y planificación de servicios durante los últimos años.

2.4.2 Utilidad del concepto "Calidad de Vida"

En líneas generales, para Schalock (1996), la investigación sobre Calidad de Vida es importante porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. No obstante, la verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos, inmersos en una "Quality revolution" que propugna la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyos y de técnicas de mejora de la calidad.

En este sentido, el concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas, como la población con discapacidad.

A continuación, veremos más detenidamente el estado de la investigación sobre Calidad de Vida en distintos ámbitos.

2.4.3 Líneas de investigación sobre Calidad de Vida en distintos ámbitos de los servicios humanos

En los últimos 10 años las investigaciones sobre Calidad de Vida han ido aumentando progresivamente en diferentes ámbitos del quehacer profesional y científico.

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha llevado a poner especial acento en un término nuevo: Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.

**CALIDAD DE VIDA.
CONCEPTUALIZACIONES:
(Borthwick-Duffy y Cols.,1992; Felce, 1995)**

<i>Calidad de Vida</i> = Calidad de las Condiciones objetivas de Vida.	<i>Calidad de Vida</i> = Satisfacción del individuo con sus Condiciones de Vida.
<i>Calidad de Vida</i> = Calidad de las Condiciones de Vida + Satisfacción Personal.	<i>Calidad de Vida</i> = Calidad de las Condiciones de Vida + Satisfacción Personal + Valores Personales.

Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de Calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir que la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad. Ello ha dado lugar al análisis de los diferentes momentos del ciclo evolutivo: la infancia, la adolescencia y la vejez. En la infancia y la adolescencia los estudios consideran, en función de la edad, cómo repercuten situaciones especiales (la enfermedad crónica particularmente: asma, diabetes, por ejemplo) en la satisfacción percibida con la vida. Se ha puesto el acento en la perspectiva de evaluación centrada en el propio niño, contrastando con la tendencia a efectuar la evaluación sólo a través de informantes adultos, como pueden ser padres, maestros o cuidadores. En tercera edad los estudios han prestado especial atención a la influencia que tiene sobre la Calidad de Vida, las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física, y los servicios que reciben las personas mayores.

2.4.4 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD (CVRS)

2.4.4.1 INTRODUCCIÓN

El interés por estudiar la calidad de vida, es antiguo, sin embargo la preocupación por el desarrollo sistemático y científico del constructo es relativamente reciente, la idea comienza a popularizarse en la década del sesenta, hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como la salud, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

Hasta los años 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización experimentada por la sociedad, hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos (relacionados con las necesidades del individuo en salud, educación, etc.) y en términos subjetivos mediante el análisis de la percepción del individuo en cuanto a lo que considera su nivel de bienestar.

La diferencia entre los indicadores objetivos y subjetivos determinarían los componentes de la misma del individuo (Palomino y López, 1999). Existe consenso entre los diversos autores que han abordado el tema, que la calidad

de vida está relacionada con las necesidades humanas, y que la evaluación de ésta debe hacerse a través de datos objetivos y subjetivos (Moreno, 1996).

En los años 80 el término *calidad de vida* se adoptó como un concepto sensibilizador que podía ofrecer a los profesionales de distintas disciplinas un lenguaje común y guiar las prácticas de los servicios humanos, más orientados hacia la persona, su autodeterminación y el logro de una mayor satisfacción con su vida (Jiménez, 1998).

A lo largo de los 90 las preocupaciones en torno a la definición y evaluación del concepto tuvieron un mayor carácter metodológico. Superadas estas inquietudes, el siglo XXI se presenta como aquél en que el término calidad de vida no sólo teñirá las intenciones y acciones de individuos que gozan cada vez de mayores posibilidades de elección y decisión y optan por una vida de mayor calidad, sino también la de los servicios humanos en general, que se verán obligados a adoptar técnicas de mejoramiento de sus procedimientos, en la medida que existirá un grupo de evaluadores que analizará sus resultados desde criterios de excelencia como es el de calidad de vida (Croog y Levine, 1989).

Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo 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 (Lugones, 2002). En las ciencias de la salud los avances de la medicina han hecho posible prolongar notablemente la vida, generando un aumento importante de las personas con enfermedades crónicas, lo que ha llevado a poner especial acento en la Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS) (Alvares y Badía, 1995).

La CVRS 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 (Dubos, citado por Croog y Levine, 1989). Su medición se ha utilizado para distinguir diferencias entre pacientes o grupos de pacientes, para predecir resultados en ellos y para evaluar las intervenciones terapéuticas (Bravo y Falache 1993).

A partir de la década de los 80, el concepto fue aplicado en el mundo de las enfermedades incapacitantes, dado que captaba una visión nueva y cambiante sobre las personas con discapacidad (Schwartzmann, 2003). En la medida que la satisfacción con la vida se consideró muy ligada a las posibilidades de tomar decisiones y elegir entre diversas opciones, se abrieron oportunidades a las personas con discapacidad para expresar sus gustos, deseos, metas y aspiraciones y a tener mayor participación en las decisiones que las afectan (Gómez y Sabeih et al 2000).

Los avances tecnológicos experimentados en las últimas décadas han llevado a un considerable aumento de herramientas biotecnológicas en salud, en contraste con el lento desarrollo de herramientas vinculadas a los factores o aspectos sociales y humanos involucrados (Velarde y Ávila, 2002). Esto lleva a que se produzca un desequilibrio en la atención de salud, con un acentuado énfasis en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y una insuficiente consideración de las consecuencias psicosociales de sus problemas (Rebollo y col., 2000).

La aplicación de la tecnología previene la muerte prematura, como ocurre con las enfermedades crónicas terminales, pero a su vez sobreviene una serie de problemas que se refieren a las consecuencias de vivir con ellas. Las enfermedades cardíacas y renales reflejan plenamente los problemas de costo y efectos sobre la C. de V. de los pacientes portadores de estas patologías (Lawrence y Gaus et al, 1989).

Si bien el tema de la calidad de vida o de la "buena vida" está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI. Anualmente se publican en revistas médicas más de 2.000 artículos, poniendo de manifiesto tanto el gran interés como la amplia gama de acepciones del término.

Por otra parte, la vida actual, caracterizada por un aumento en la longevidad, no está necesariamente asociada a mejor calidad de vida. El aumento de la

frecuencia y velocidad de los cambios (revolución tecnológica), la inseguridad constante, el exceso de información, el desempleo o el multiempleo, los cambios en la estructura familiar (divorcios, uniones inestables, ambos padres en el mercado laboral), la pérdida de motivaciones, lealtades, valores, señalan los múltiples factores estresantes a que estamos sometidas la mayoría de los seres humanos. Se conoce que el estrés predispone a la enfermedad y deteriora la calidad de vida. El Grupo de Trabajo Europeo de la Organización Mundial de la Salud, estima para el 2020 que el estrés sea la causa principal de muerte, vinculándola en primer lugar a afecciones cardiovasculares y a las depresiones con su consecuente riesgo suicida. Esta situación en que conviven el permanente avance de la ciencia, la enorme producción de bienes, grandes gastos en salud junto a montos elevados de stress y enfermedades asociadas, insatisfacción en gran parte de los usuarios de los servicios de salud, lleva a cuestionarse qué pasa en nuestras sociedades, en general, y en particular qué concepto de salud y definido por quién estamos usando.

En el siglo XXI, la tecnología avanza a pasos agigantados y la medicina no es ajena a este crecimiento. Los conocimientos disponibles permitirían solucionar los problemas de alimentación de la humanidad. Sin embargo, como señaló el Encuentro Continental de Educación Médica (1994) en la Declaración de Uruguay -en una afirmación que a casi 10 años mantiene total vigencia-, "las significativas transformaciones políticas y económicas y especialmente la reforma del sector salud, iniciada en la mayoría de los países del continente, no se han reflejado positivamente en el desarrollo de las condiciones de vida, de modo de promover con equidad mejoras en las condiciones de salud de nuestras poblaciones".

En relación a la atención en salud, el excesivo énfasis en los aspectos tecnológicos y el deterioro de la comunicación equipo de salud-paciente ha ido quitándole a la relación de ayuda profesional la calidad relacional que fuese otrora soporte social para el paciente y fuente de gratificación y reconocimiento para el profesional de la salud. El diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, a nivel biomédico exclusivamente, el uso de complicados procedimientos tecnológicos, que sin duda han representado un salto cualitativo a nivel de la supervivencia en enfermedades antes rápidamente

mortales, han dejado de lado, en muchas ocasiones, la aproximación más holística al cuidado de la salud, donde no sólo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar.

La prevalencia de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países, para las cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de los servicios de salud.

En este contexto, la incorporación de la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como una medida necesaria ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones.

2.4.4.2 LAS CIENCIAS DE LA SALUD EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA

Esencialmente incorpora la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud.

La aplicación, a veces indiscriminada de nuevas tecnologías, con capacidad de prolongar la vida a cualquier precio, la complicada decisión de cantidad versus calidad de la vida, y el terrible dilema ético de la distribución de los recursos económicos en salud, ponen sobre el tapete la necesidad de conocer las opiniones de los pacientes. (¿Se siguen haciendo tratamientos pretendidamente curativos a un paciente con cáncer, fuera de estas posibilidades y aunque los efectos secundarios superen ampliamente los beneficios y deterioren la calidad de vida del paciente? ¿A quién compete esa decisión?).

El modelo biomédico tradicional excluye el hecho de que, en la mayoría de las enfermedades, el estado de salud está profundamente influido por el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones y el soporte social. Es evidente que estos aspectos de máxima importancia en la vida de los

seres humanos serán los que más influyan a la hora de que los pacientes evalúen su calidad de vida.

2.4.4.3 MEDIDAS DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS).

1. La toma de decisiones en el sector salud debería tener en cuenta la percepción de los usuarios, apoyada en una profunda evidencia empírica de base científica, que considere, además de los indicadores clásicos cuantitativos (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) y los costos, los indicadores cualitativos que expresan el impacto sobre la calidad de vida y la satisfacción del paciente.

2. Se debería además analizar el proceso de atención a la salud tanto en lo que hace a la evaluación de la excelencia técnica (decisiones terapéuticas, utilización de tecnologías de diagnóstico y tratamiento con fundamento sólido) así como la evaluación de la excelencia interpersonal, basada en un manejo científico, ético y humano de la relación médico-paciente.

3. El estudio de los factores que determinan la percepción del paciente en los diversos momentos de la vida y de la enfermedad, es decir el proceso de adaptación a la enfermedad crónica, permitiría reconocer los mecanismos que inciden negativamente en la CVRS del paciente y encarar intervenciones psicosociales que promuevan el mayor bienestar posible.

4. Las decisiones exclusivas en base a costos, que se vienen dando en muchos países, donde la medicina pasa a ser una mercancía, son éticamente inaceptables y desde los profesionales de la salud debería insistirse en la necesidad de tomar en cuenta los otros elementos planteados.

¿Cuánto cuesta un paciente mal atendido, qué impacto tiene el abandono o el incumplimiento de la insulina en un diabético juvenil que no se sintió comprendido por su médico en las dificultades de adaptación a una enfermedad crónica en plena adolescencia?

El esquema de Donabedian (1966) para la evaluación en salud incorpora justamente estos distintos aspectos. A su propuesta hemos agregado la adaptación del paciente ante la enfermedad en las variables de proceso y la

valoración familiar de la "sobrecarga" que la enfermedad implica, como variable de resultados.

Tabla 1. Evaluación en salud.

Estructura	Proceso	Resultados
Características de la comunidad	Excelencia técnica -Tecnología apropiada -Conocimiento científico	Situación clínica -Morbilidad -Mortalidad
Características de la organización sanitaria	Excelencia interpersonal -Relación MP -Eficiencia	Calidad de vida Satisfacción con la atención en salud
Características de los proveedores de salud	Evaluación del proceso de adaptación del paciente a su enfermedad y de sus determinantes	Sobrecarga familiar Expectativa de vida Costos

Desde comienzos de la última década del siglo pasado, el estudio de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) ha logrado captar la atención de muchos investigadores que intentan dar respuesta científica a la necesidad de incluir en las evaluaciones en salud la percepción de los usuarios respecto de su bienestar.

Tradicionalmente, en medicina, se consideraban válidas sólo las observaciones del equipo médico (datos "objetivos"). Posteriormente tomó mayor importancia la consideración de los datos provenientes del paciente (datos "subjetivos"). En la actualidad se intenta dejar de lado el debate "objetivo" versus "subjetivo" revalorizándose los datos subjetivos que reflejan sentimientos y percepciones legítimas del paciente que condicionan su bienestar o malestar y su estilo de vida.

Barbara Dickey (Dickey y Wagenar, 1966) propuso cambiar el enfoque objetivo versus subjetivo, hacia el enfoque "informativo". Éste supone atribuir igual importancia a la observación de la enfermedad ("disease") hecha por el clínico, al reporte del paciente acerca de su padecimiento ("illness") y a la percepción familiar de la sobrecarga ("burden") que la situación implica.

Tabla 2. Perspectivas en salud.

Dominio	Enfermar "Disease" Equipo de salud	Padecer "Illness" Paciente Calidad de vida	Soportar "Burden" Familia
Físico	Morbilidad Mortalidad	Funcionamiento Percibido Dolor	Enfermedades Familiares por Stress
Mental	Síntomas y signos neuro-psiquiátricos	Sentimientos Estados de ánimo	Sentimientos Preocupaciones de futuro
Social	Red social Funcionamiento en roles asignados	Soporte social Satisfacción con los roles o cambios de rol	Soporte social Satisfacción con los roles o cambios de rol
Salud general	Severidad de la enfermedad Nivel de salud	Salud percibida Necesidad de servicios sanitarios	Salud percibida Necesidad de servicios sanitarios

2.4.4.4 ALCANCES, LIMITACIONES Y CONFUSIONES CONCEPTUALES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS).

La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar. Patrick y Erickson (1993) la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.

Para Schumaker & Naughton (1996) es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

Si bien la incorporación de las medidas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud representa uno de los avances más importantes en materia de evaluaciones en salud, no existe aún la claridad suficiente respecto a una base conceptual compartida. El concepto de calidad de vida se ha banalizado en grado extremo, en especial en los campos de la comunicación y del consumo. Por otra parte, es inevitable tener que aceptar la dificultad de poder medir

integralmente un fenómeno tan multicausal como es la autoevaluación de la percepción individual, tratando de generar una base empírica, que permita pasar de un discurso genérico e inconmensurable a datos que provean evidencia científica de adecuada calidad.

Implica además aceptar que, hasta el momento, las evaluaciones de CVRS asumen que las personas son capaces de analizar aspectos de su estado de salud en forma aislada, separándolos de otros aspectos de la vida humana (ingresos, situación laboral, relaciones interpersonales, estrategias personales de afrontamiento). Hay numerosas evidencias de que, a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que podemos encontrar personas con grados importantes de limitación física que consideren que su calidad de vida es buena (Leplège y Hunt, 1998).

La confusión entre estado de salud y calidad de vida ha dado origen a dilemas éticos, técnicos y conceptuales. Algunos críticos del concepto han considerado que el mismo conlleva a la medicalización de la vida cotidiana. El concepto de calidad de vida no puede ser de ningún modo independiente de las normas culturales, patrones de conducta y expectativas de cada uno. Sin embargo es frecuente que las investigaciones de CVRS dejen de lado estos aspectos antropológicos y culturales, asumiendo un sistema único globalizado de valores. Pacientes asmáticos estudiados en distintas etapas de su enfermedad referían, independientemente del estadio de su enfermedad, que hechos como pasarlo bien en la vida, experimentar el dar y recibir amor, tener una actitud positiva ante los sucesos de la vida cotidiana eran los factores que proporcionaban a la vida su más alto grado de calidad.

Podría acordarse, por tanto, que es *también* tarea de la medicina optimizar las situaciones en las que es posible conseguir una calidad de vida razonable, incluyendo *la promoción de bienestar* a través de intervenciones psicosociales, cuando sea necesario, dentro de los tratamientos habituales.

Observamos que la definición propuesta en 1993 deja de lado, al menos en forma explícita, la palabra "bienestar" como parte de la definición. Sin embargo, en la medida en que éste es un campo dinámico, de reciente desarrollo,

comienzan a aparecer otros conceptos, no necesariamente compartidos por todos los investigadores, pero que tienen su anclaje en la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1948: "... un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad".

Es claro que calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas.

Uno de los aspectos en que hay consenso es que las medidas de CVRS deben reflejar la percepción de las personas legas en la materia, incluidos los pacientes.

Los métodos actuales de evaluación de Calidad de Vida en Relación a la Salud se han desarrollado sobre todo a partir de tres tradiciones de investigación (Angermeyer, MC.; Killian, R., 2000).

-La investigación de la *felicidad*, proveniente de la tradición psicológica, definida en 1953 (Jones) como un constructo psicológico posible de ser investigado. La primera investigación en los EE.UU. en 1960 (Gurin y cols.), mostró que la "felicidad y el bienestar" no podían reducirse solamente al grado de humor positivo experimentado. Estudios posteriores evidenciaron la independencia de los afectos positivos y negativos relacionados con el bienestar. Estudios como los de Costa y Mc Crae (1980) y Abbey y Andrewes (1985) mostraron la relación del afecto positivo con el control interno, la tendencia a la acción, el apoyo social y la extraversión, mientras los afectos negativos muestran mayor asociación con el estrés, la depresión y la neurosis. La demostración por parte de los psicólogos de que las respuestas subjetivas (sentimientos, deseos) podían evaluarse de modo confiable y válido, a través de tests, contribuyó a jerarquizar este campo del conocimiento y llevó al desarrollo importante de la psicometría como soporte técnico de las evaluaciones (Barge-Schaapveld et al, 2000).

-La investigación en *indicadores sociales*, proveniente de las ciencias sociales, que se centró en los determinantes sociales y económicos del bienestar. En 1930 se realiza la primera evaluación de bienestar material (King) y en los años

50 aparece por primera vez el término *calidad de vida* (Ordway, 1953), siendo utilizado por influyentes políticos de la época. Los estudios posteriores comenzaron a mostrar la escasa o nula relación entre indicadores objetivos de satisfacción con la vida y las apreciaciones subjetivas. A partir de entonces, las líneas de investigación en el campo social divergen, desde las que continúan centrándose en indicadores objetivos a las que se concentran en indicadores subjetivos. Dentro de esta línea, diversos investigadores siguen discutiendo si la satisfacción debe medirse globalmente o en relación a distintos ámbitos de la vida específicos (Feist, G.J.; Bodner, T.E.; Jacobs, J.F.; Miles, M. & Tan, V., 1995). Los distintos modelos teóricos sobre necesidades humanas, desarrollados por filósofos, antropólogos, científicos sociales y políticos, incluyen, a pesar de sus diferencias teóricas, las siguientes categorías de necesidades (Angermeyer y Killian, 2000):

1. Necesidades fisiológicas (alimentación, agua, aire, cobijo de las fuerzas de la naturaleza, etc.).
2. Necesidad de relación emocional con otras personas.
3. Necesidad de aceptación social.
4. Necesidad de realización y de sentido.

-En el área de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue pionera en el futuro desarrollo de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, al definirla, ya en 1948, como "... un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad". Sin embargo, esta definición de avanzada no pasó de ser una expresión de deseos y la práctica médica así como las evaluaciones poblacionales de salud fueron alejándose cada vez más de este concepto.

El estado de salud de una población era medido tradicionalmente por la tasa de mortalidad y esperanza de vida, a pesar de que, ya en los años 50, la tasa de mortalidad de los países desarrollados de Occidente alcanzó un equilibrio, volviéndose la tasa de mortalidad una medida ineficaz para diferenciar el estado de salud de las poblaciones de estos países. Por otro lado, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, como consecuencia de la disminución o eliminación de las enfermedades infecciosas, así como el desarrollo de tecnologías médicas que atenuaban el dolor y el malestar, sin que eso

implicase una prolongación de la vida, hicieron necesaria la aparición de otras medidas de resultados más sensibles.

A comienzos de los años 80 aparece un desarrollo de *perfiles de salud* (Perfil de Impacto de la Enfermedad (Bergner y cols. 1981); Perfil de Salud de Nottingham (Hunt y Mc Ewen, 1980); SF-36 (Ware y cols., 1981). Los economistas también hicieron aportes importantes al destacar la importancia de la evaluación de medidas de preferencia y/o utilidad.

Las tres tradiciones han desempeñado un rol importante en la aplicación del concepto de CVRS que, sin embargo, deja aún muchos aspectos sin resolver.

Muchos investigadores toman un enfoque operativo y sugieren que sus instrumentos miden el constructo de Calidad de Vida, aunque lo más habitual es que en realidad midan algún aspecto de la capacidad funcional del sujeto, o de lo que siente o prefiere -Perfiles de Salud, Índice de Katz, Medidas de Bienestar Psicológico, que son en realidad instrumentos de detección de psicopatología etc. (Badia, et al, 2002)-. Muchos instrumentos están más centrados en las propiedades psicométricas (validez y confiabilidad de la información recogida) que en explicitar el modelo conceptual del que parten. Todo ello genera confusión a la hora de tener una definición consensuada de la CVRS.

La Organización Mundial de la Salud retoma el tema, al crearse en 1991 un grupo multicultural de expertos que avanza en la definición de Calidad de Vida y en algunos consensos básicos que permitan ir dando a este complejo campo alguna unidad. Esta definición y puntos de consenso fueron la base de la creación del instrumento de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-100), que, a diferencia de otros instrumentos, parte de un marco teórico para su construcción, desarrolla el instrumento en forma simultánea en distintas culturas, utiliza metodologías cualitativas como los grupos focales, para evaluar la pertinencia para los futuros usuarios de los aspectos incluidos en la evaluación.

La OMS define calidad de vida como la "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones" (1994).

El Grupo WHOQOL establece además una serie de puntos, en relación a las medidas de calidad de vida relacionada con la salud, aceptadas por diversos grupos de investigadores.

2.4.4.5 Puntos de consenso (Grupo WHOQOL, 1995)

Las medidas de CVRS deben ser:

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

La definición de la OMS, adicionalmente, hace un aporte extremadamente valioso, al enfatizar la importancia para la auto-evaluación de los factores culturales.

El siguiente diagrama, tomado de Sharon Wood, muestra la complejidad de la articulación de las diversas dimensiones de referencia, temporales y de experiencia, tan difícil como armonizar los colores del Cubo de Kuchler.

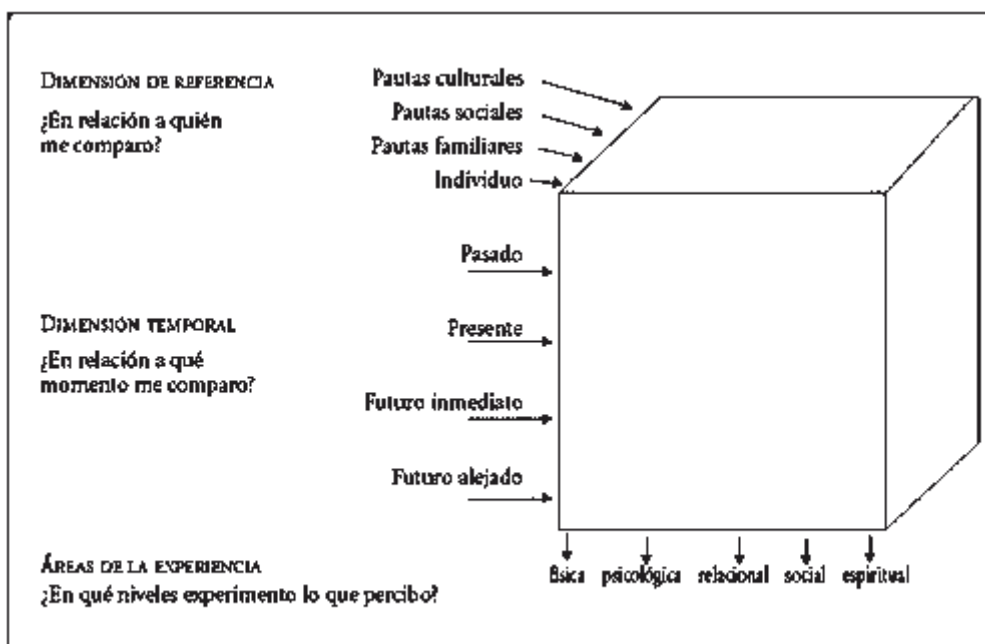


Figura 1. Dimensiones en calidad de vida.

Un excelente artículo brasileño (Minayo, et al 2000) señala la relatividad del concepto de Calidad de Vida, que si bien en última instancia remite al plano individual (es cómo la persona siente y se ve a sí misma, independientemente de que esta evaluación sea o no compartida por los demás) tiene, al menos, 3 marcos de referencia:

1. Histórico: Cada sociedad tiene parámetros diferentes de calidad de vida en distintos momentos históricos.

2. Cultural: Los distintos pueblos tienen parámetros diferentes en virtud de sus tradiciones culturales, a partir de las cuales se van construyendo los valores y las necesidades. El estudio transcultural de la OMS, durante el desarrollo del instrumento de evaluación de Calidad de Vida (WHOQOL-100), mostró el distinto valor cultural atribuido a mantener un nivel de independencia física entre personas de EE.UU. donde la importancia de la autonomía personal, de valerse por sí mismo y no depender de nadie, es un valor en sí mismo, en relación a países orientales donde tal concepción sería considerada "egoísta", pero donde el auto-validismo asegura el no ser una carga para los demás (WHOQOL Group 1995, Szabo, 1997). Igualmente los estudios clásicos sobre la percepción del dolor en distintas grupos en los EE.UU. mostraron una mayor tolerancia al dolor en los anglosajones, con respecto a italianos y judíos, donde culturalmente está más "permitido" expresar el dolor físico y psíquico. Igualmente los estados de "trance" son aceptados en comunidades del África, no atribuyéndoles un sentido patológico, así como algunas comunidades rurales, en distintas partes del mundo, tienen una mayor tendencia a aceptar al esquizofrénico como parte de su ecosistema (Kuyken *et al.*, 1994).

Los instrumentos de evaluación de CVRS deben combinar características que le den sustento conceptual, confiabilidad y validez (que midan lo que realmente dicen medir), pero es fundamental además que sean relevantes culturalmente, es decir que pregunten sobre las cosas que realmente le importan a las personas en un lugar determinado y en un momento histórico dado. Un trabajo realizado en Inglaterra en pacientes con SIDA (Hunt, 1998) indicó la presencia de prioridades muy diferentes en relación a salud de las que se incluyen habitualmente en los cuestionarios. Por ejemplo, se señaló la necesidad de amar y ser amado, la capacidad de disfrutar una broma, vivir libre de

discriminación, poder hacer arreglos financieros, emocionales y espirituales en relación a la propia muerte, tener suficiente dinero para satisfacer sus necesidades, disfrutar de la música, la naturaleza etc.

3. *Clase social a la que se pertenece*: Las expectativas que cada uno tiene en relación a su propia vida tienen una estrecha relación con la clase social a la que se pertenezca.

Este aspecto merece una reflexión aparte que muestra que tanto los indicadores subjetivos (percepción), como los llamados "objetivos" (ingresos, empleo, oportunidades de acceso a la salud) son igualmente valiosos, dependiendo del objetivo de la evaluación. Cuando nos referimos exclusivamente al individuo, y aún más específicamente al individuo viviendo con su enfermedad, es válido evaluar la *percepción* de su nivel de bienestar o malestar con la situación que tiene y tomarlo como base para decisiones significativas. Pero, cuando estamos pensando en términos sociales más amplios o de políticas de Estado, no sería ético considerar que si alguien que vive en la pobreza está satisfecho con su situación en la vida (porque no tiene mayores expectativas, porque nunca conoció otra realidad), la sociedad en su conjunto y el Estado en particular no sean responsables de la modificación de esa situación. Este criterio es recogido en el Índice de Desarrollo Humano (IDH), adoptado por el PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo), que incluye en su determinación la renta per cápita, la salud, evaluada por la esperanza de vida al nacer y la educación, considerando la tasa de alfabetización de adultos y la matrícula en educación primaria, secundaria y terciaria (Gómez, m. y Sabeh et al, 2000).

CAPITULO 3: METODOLOGÍA

3.1 DISEÑO DE ESTUDIO: Prospectivo, Transversal, Descriptivo y Observacional.

3.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.2.1 Criterios de inclusión:

Pacientes hospitalarios con Insuficiencia Renal crónica secundarios a Diabetes Mellitus que acuden para su tratamiento al Hospital de segundo nivel, de la ciudad de Morelia.

3.2.2 Criterios exclusión:

Paciente hospitalario con Insuficiencia Renal Crónica secundario a Diabetes Mellitus con complicaciones de esta, o existencia de una patología previa.

3.3 Instrumento para la colecta de los datos.

Para medir la variable principal "Calidad de Vida" se utilizó el Cuestionario de Salud SF-36 que fue desarrollado por Ware (1993), adaptado y validado en España por Alonso y col. (1995), para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento. Proporciona un método exhaustivo, eficiente y psicométricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista del paciente, puntuando respuestas estandarizadas a preguntas estandarizadas. El cuestionario final cubre 8 dimensiones del estado de salud; contiene 36 ítems que cubren dos áreas, el estado funcional y el bienestar emocional (Schwartzmann y col., 1999).

Las 8 dimensiones medidas son:

- *Función Física (FF):* grado en que la salud, limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos etc. (10 pts).
- *Rol Físico (RF):* grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en

otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado. (4 pts).

- *Dolor Corporal (DC)*: la intensidad del dolor y su efecto. (10 pts).
- *Salud General (SG)*: valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse. (20 pts).
- *Vitalidad (V)*: sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento. (20 pts).
- *Función Social (FS)*: grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social. (8 pts).
- *Rol Emocional (RE)*: grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo reducción en el tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo. (3 pts).
- *Salud Mental (SM)*: salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta y el bienestar. (25 pts).

Total del puntaje: 100 pts.

Las variables sociodemográficas se anexaron con el objetivo de realizar una caracterización de la muestra (Gómez, y Sabeh, et al 2000).

3.4 Ética del estudio.

Toda investigación del área de la salud se encuentra normada por el reglamento de la Ley General de Salud; la presente investigación se basa específicamente en los siguientes artículos:

Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14.- La investigación que se realice en seres humano deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I.-Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.

IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficios esperados sobre los riesgos predecibles.

V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este reglamento señala, Se presenta en el Apéndice 1 el formato de consentimiento informado aplicado para este estudio.

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano.

Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 17

I.- Investigación con riesgo mínimo.- Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinarios entre los que se consideran: pesar al sujeto, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud. (Reglamento Ley General de Salud).

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1 DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS

Se encuestaron a 30 pacientes Con un media de edad de 7.60 y una moda en las siguientes edades: 50 a 54 de los cuales el 67.7 por ciento (20) fueron hombres y 33.3 por ciento (10) mujeres. Grafica numero 1 y 2.

La distribución del estado civil de pacientes solteros fue 16.7 por ciento (5), en unión libre 3.3 por ciento (1), casados 66.7 por ciento (20), divorciado 3.3 por ciento (1) y viudo 10 por ciento (3), con un total de frecuencia de 30 (100 %). Grafica y Tabla numero 3.

En la distribución de la ocupación la media es el desempleado y la moda es el campesino

Las frecuencias encontradas del instrumento SF-36 que mide la calidad de vida En relación a la percepción del paciente de su grado de bienestar físico, emocional y social, fue desarrollado por Ware (1993) adaptado y validado en España para medir conceptos genéricos, de salud a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento, el cual cubre ocho dimensiones; que contiene 36 ítems que cubre dos áreas, el estado funcional y el bienestar funcional. Esta escala se aplico para medir la calidad de vida de pacientes con tratamiento en diálisis peritoneal. Los cuales se encuentran hospitalizados en el área de Nefrología de un hospital de segundo nivel, manifestando lo siguiente:

El 43.3 por ciento (13) expresa en general que su estado de salud es mala, 46.7 por ciento (14) mucho peor ahora que hace un año y solo el 3.3 por ciento (1) expresa que su estado de salud es muy buena o mucho mejor ahora que hace un año.

Su salud actual les limita para hacer esfuerzos intensos como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores en un 80 por ciento (24) y

solo al 20 por ciento (6) les limita un poco. En cuanto a hacer esfuerzos moderados como mover una mesa, barrer, jugar con una pelota o caminar mas de una hora admite 70 por ciento (21) y el 30 por ciento (9) le limita un poco.

En relación a problemas en su trabajo o actividades cotidianas durante las cuatro ultimas semanas. Redujo el tiempo dedicado al trabajo, actividades cotidianas a causa de su salud física el 100 por ciento (30) dio una respuesta afirmativa, e hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física con un porcentaje de 96.7 por ciento (29) y el 3.3 por ciento.

El 96.7 por ciento (29) sostuvo que durante las cuatro ultimas semanas tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de estar triste, deprimido o nervioso e hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de las mismas con un 3.3 por ciento.

El 76.7 por ciento (23) opina que realizo sus actividades cotidianas pero no con el mismo cuidado o esmero a causa de estar triste, deprimido o nervioso 23.3 por ciento (7) dio una respuesta negativa, sin embargo, se manifiesta que no es una limitante para seguir con sus actividades cotidianas.

Al cuestionar respecto a si durante las cuatro últimas semanas su salud física y su estado emocional han dificultado actividades sociales habituales con la familia, amigos, vecinos, etc. al 30 por ciento (9) le dificulto Bastante, 20 por ciento (6) dijo que nada, regular y mucho.

El 33.3 por ciento (10) manifestó que durante las cuatros ultimas semanas si fue mucho su dolor, 26.7 por ciento (8) manifiesta que si fue muchísimo, 13.3 por ciento (4) fue un poco, 10 por ciento (3) fue moderado o nulo y 6.7 por ciento (2) fue muy poco.

En relación a cómo se ha sentido durante las últimas cuatro semanas. El 33.3 por ciento (10) consideró que algunas veces se sintió lleno de vitalidad, el 26.7

por ciento (8) dijo que solo alguna vez y nunca, 6.7 por ciento (2) dijo muchas veces, 3.3 por ciento (1) siempre.

El 30 por ciento (9) dijo estar bajo de moral, que nada podía animarle durante las cuatro últimas semanas, 26.7 por ciento (8) dijo solo algunas veces, 16.7 por ciento (5) casi siempre, 13.3 por ciento (4) muchas veces, 10 por ciento (3) dijo solo algunas veces.

El 43.3 por ciento (13) se sintió durante las últimas cuatro semanas calmado y tranquilo, 26.7 por ciento (8) dijo nunca estarlo, 13.3 por ciento (4) solo alguna vez, 10 por ciento (3) casi siempre y muchas veces obtuvieron el 3.3 por ciento cada una.

El 36.7 por ciento (11) manifestó sentirse desanimado y triste durante las últimas cuatro semanas, 26.7 por ciento (8) siempre, 20 por ciento (6) casi siempre. 10 por ciento (3) muchas veces, solo alguna vez y nunca obtuvieron 3.3 por ciento (1) cada una.

El 36.7 por ciento (11) manifestó estar siempre agotado, 26.7 por ciento (8) algunas veces, casi siempre y muchas veces obtuvo el 16.7 por ciento (5) y el 3.3 por ciento (1) solo alguna vez.

El 36.7 por ciento (11) respondió nunca sentirse feliz, 30 por ciento (9) algunas veces, 26.7 por ciento (8) dijo solo alguna vez lo estuvo y el 6.7 por ciento (2) respondió que casi siempre se sintió feliz.

Las siguientes frases evalúan la perspectiva ante la enfermedad. El 43.3 por ciento (13) responde totalmente cierta que “se pone enfermo más fácilmente que otras personas”, 26.7 por ciento (8) que no lo sabe, 16.7 por ciento (5) bastante cierto, 10 por ciento (3) bastante falso y 3.3 por ciento (1) totalmente falso.

El 53.3 por ciento (16) respondió totalmente falso “estar tan sano como cualquiera”, 26.7 por ciento (8) bastante falsa, 10 por ciento (3) totalmente cierta, 6.7 por ciento (2) no lo sé.

Respondió creer “que su salud va a empeorar”. El 36.7 por ciento (11) evaluó totalmente cierta esta frase, al igual que no lo sé con el mismo porcentaje, 23.3 por ciento (7) la evaluó como bastante cierta, 3.3 por ciento (1) bastante falsa.

A la frase “mi salud es excelente”, 63.3 por ciento (19) la considera como totalmente falsa, 23.3 por ciento (7) la evaluó como bastante falsa, 6.7 por ciento (2) responde no lo sé y 3.3 por ciento (1) la contestan como totalmente cierta al igual que bastante cierta.

CAPITULO 5:

5.1 DISCUSION

El instrumento SF-36 consta de 8 dimensiones a considerar teniendo como propósito de estudio, analizar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a Diabetes Mellitus refiere, para este estudio, la discusión se organiza en orden decreciente y de acuerdo a los resultados obtenidos en la prueba Alpha de Cronbach.

Se observo que la más afectada fue la FUNCION FISICA, relacionada con el grado en que la salud, limita las actividades físicas, como caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, así como aplicar actividades de autocuidado. La dimensión se afecta significativamente englobando (10) ítems, una Alfa de Cronbach de (.875) y Spearman- Brown (.910). Este resultado evidencia que la Diálisis peritoneal conlleva a una limitación física, consecuente a la intervención quirúrgica o presencia del catéter peritoneal, como lo refiere Álvarez (2002), el edema generalizado y la fatiga, que cambian de características en cuanto al tiempo de tratamiento que tiene cada uno de los usuarios, esto es, a más tiempo en tratamiento, mayor es la afectación en la función física.

La segunda dimensión afectada significativamente es VITALIDAD que representa sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento; engloba (4) ítems, con un Alfa de Cronbach de (.830) y Spearman- Brown (.858). En los resultados, se presenta la predisposición o vulnerabilidad en cuanto al diagnostico recibido, esto es por la falta de conocimiento a la patología que a su vez provoca sentimientos encontrados, en un extremo, el deseo de curarse, haciendo lo posible para lograrlo, y en el otro extremo, la negatividad al no lograr mejorar; la bibliografía reporta aspectos que pueden relacionarse con este enfoque de la vitalidad, cuando menciona que fisiológicamente existen metabolitos de desecho procesados por el riñón los cuales son eliminadas mediante proceso de drenaje a través del procedimiento de diálisis; cuando existe alguna alteración sea en el procedimiento o de la dieta, se corre el riesgo de no mantener un equilibrio adecuado entre la producción y eliminación de los metabolitos de desecho,

colocando al paciente en una situación de malestar o riesgo como lo manifiesta Álvarez (2002). Si el paciente se encuentra en alguno de estos extremos, necesariamente se vera alterada su vitalidad.

La tercera dimensión se relaciona con la FUNCION SOCIAL, misma que esta configurada por el Grado en que los problemas de salud física y emocional interfieren en la vida social, EXPRESADO por Alonso y L prieto (2000). En este aspecto, los resultados engloban (2) ítems, con un Alfa de Cronbach de (.767). De acuerdo a los resultados obtenidos, se pudo observar que, son los pacientes mismos quienes se marginan, a causa de un sentimiento de inferioridad o señalamiento auto percibido por parte de las personas de su entorno. Se manifiesta esta alteración en la calidad de vida, por la autocompasión, y los sentimientos negativos que les impide ver mejoría en su estado de salud, y a causa del procedimiento, como lo plantea Schwartzmann (2003). Se pudo apreciar que a menor edad mas es la afectación en esta dimensión, pues fueron los pacientes más jóvenes quienes se sintieron mas limitados en cuanto a sus actividades y funciones sociales debido al tratamiento.

La cuarta dimensión afecta la SALUD MENTAL, que incluye depresión, ansiedad, control de la conducta y el bienestar. Engloba (5) ítems, con un Alfa de Cronbach de (.720) y Spearman-Brown (.714) En este aspecto, Gómez y Sabe (2000) refieren que los pacientes en diálisis peritoneal Presentan un duelo anticipado manifestado por ansiedad, angustia y temor, los cuales modifican su conducta y perspectiva de vida. Esta manifestación se relaciona con la evolución de la Insuficiencia Renal Crónica, por lo tanto los pacientes a través del tiempo aceptan su enfermedad, pasando por las diferentes etapas del duelo que son: negación, ira, negociación, resignación y aceptación.

La quinta dimensión afecta la SALUD GENERAL que consiste en la Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar. Esta dimensión Engloba (5) ítems, con un Alfa de Cronbach de (.677) y Spearman- Brown (.528). La auto evaluación en cuanto a esta dimensión depende de la etapa vital en la cual se encuentra, sea

adolescentes, adulto joven y adulto mayor, y de acuerdo al tiempo en tratamiento.

La sexta dimensión relacionada con el DOLOR CORPORAL evalúa la intensidad del dolor y su efecto; engloba (2) ítems, con un Alfa de Cronbach de (.660). La intensidad de dolor provoca un mal estado de ánimo generalizado en algunos casos, la bibliografía reporta que en algunos el dolor puede ser psicológico, interpretándolo como un rechazo así mismo y al entorno social en el cual se desarrolla la persona, como lo manifiesta Schwartzmann (2003). El presente análisis se establece por el desinterés o apatía que el paciente presenta al cuestionar su padecimiento, y que fue observado por los investigadores al recabar los datos.

La séptima dimensión analiza el ROL FISICO en el cual se identifica el estado de que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, incluyendo un rendimiento menor que el deseado. La bibliografía de Roy (2004) maneja 4 modos de adaptación el más afectado es el del modo fisiológico y físico de adaptación, el cual nos implica las necesidades fisiológicas básicas del organismo y las formas de adaptarse con respecto a fluidos y electrolitos actividad y reposo, circulación y oxigenación nutrición y eliminación, protección de los sentidos y funciones neurológicas y endocrinas. Esta séptima dimensión engloba (4) ítems, con un Alfa de Cronbach de (.655) y Spearman- Brown (.594). Al tener que cuidar su estado de salud físico, sus jornadas de trabajo disminuye o se anulan debido a la falta de vitalidad por el desgaste emocional o agotamiento que suele presentar como consecuencia a la diálisis peritoneal evitando realizar esfuerzos intensos ya sea por el procedimiento o por edema esto es secundario a la retención de líquidos.

La octava dimensión resulto ser la menos afectada, esta valora el ROL EMOCIONAL que se refiere al grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo reducción en el tiempo dedicado a estas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo. El rol emocional Engloba (3) ítems, con un Alfa de Cronbach (.437) y

Spearman-Brown (.439). En esta dimensión se coadyuva el resto de las dimensiones que evalúan ciertos aspectos de la vida del paciente de su grado de bienestar físico, emocional y social, propuesto por Álvarez (2002), como lo es la falta de interés y motivación al realizar actividades así como la presencia de la depresión. El modelo de Roy (2004) nos refiere que el modo de autoconcepto se puede definir como el conjunto de creencias y sentimientos que la persona tiene de y hacia sí mismo en un momento determinado; se forma por la percepción interna y por la percepción externa. La autora menciona que en este componente intervienen los siguientes componentes: el yo físico, que engloba las sensaciones y aspecto del cuerpo; el yo de la persona, que está formado por la constancia, valores, expectativas, la moral, la ética y la espiritualidad del ser, por lo cual las personas estudiadas mostraron un fortalecimiento en estos aspectos, mismos que pueden considerarse como factor importantemente representados en la calidad de vida de los estudiados.

5.2 CONCLUSIONES

La finalidad de esta investigación fue analizar características de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, con tratamiento de diálisis peritoneal, utilizando el instrumento de medición genérico SF-36, con los resultados obtenidos, se concluye que:

Se identificó que la función mas afectada fue la FUNCION FISICA teniendo como visión de la investigadora, que la dimensión del ROL EMOCIONAL seria la mas afectada por el apoyo psicológico que el familiar proporciona al paciente; sin embargo esta fue la menos afectada así como el factor económico ya que el familiar apoya con ingresos económicos además que el hospital donde se realizó la investigación realiza un estudio socioeconómico y así modifica el costo del tratamiento de acuerdo a sus posibilidades.

En relación a la función mas afectada se concluye que la limitante en cuanto al tratamiento, modifico sus actividades cotidianas tales como cargar objetos pesados y caminar tiempos prolongados, a consecuencia de la existencia del catéter así como los cuidados generales y específicos relacionados con este dispositivo, lo que propician una calidad de vida adecuada en esta dimensión, evitando complicaciones como edema generalizado a causa de la retención de líquidos.

De acuerdo a la hipótesis planteada se llega a la conclusión que la calidad de vida del paciente con insuficiencia renal crónica se adapta al bienestar físico emocional y social, de acuerdo a la percepción del paciente mediante los cuatro modos de adaptación de Roy (2004) y al instrumento de medición genérico SF-36.

5.3 BIBLIOGRAFIA

Braunwal, Fauci, Kasper, Hausor, Longo, Jameson. "Principios de Medicina Interna". Harrison, 15ª Edición. Mc Graw-Hill. Vol. II. España, S.A.U 2002.

Álvarez, U. de F.; Vicente, E. y Badía X. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes en programa de hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria de Segovia. Revista de Nefrología, Vol. 15, N° 6. 572-580 pp.

Gómez, M. y Sabeh, E. (2000). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Madrid, Rialp.

Schwartzmann, L. y Olaizola, I. Validación de un instrumento para medir calidad de vida en hemodiálisis crónica. Revista Médica Uruguay, Vol. 15.

ECAM (The systemic theory of the living system part I, II, III) Ing. José Olalde.

Wayne M., Daniel. 2004. Bioestadística; Bases para el análisis de las ciencias de la salud. Ed. Limusa. México.

SF-36 v1 Health Survey 1993, 2003 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust, and Quality Metric Incorporated.

REGISTRANDO EL SF-36. Traducción realizada por: Maestra Blanca Estela Meza Sosa y Dr. Tulio Jesús Hernández Aguilar

Lopez-Garcia, J.R. Banegas ET AL. Valores de referencia de la versión española del cuestionario de salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. Med Clin (Barc) 120 (15): 568-573, 2003.

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y Enfermería. 2.www.udec.cl/publicaciones/cye

Alonso J. y L. Prieto. (1995). Versión española del SF-36, Cuestionario de Salud, un instrumento para la medida de resultados clínicos. Med. Clin. Barcelona. 104:771-776 págs. Web site: <http://www.imim.es>

“World Health organization Department of. Noncommunicable, Disease Surverllance. Definition, Diagnosis an d classification of Diabetes Mellitus and its complications” Geneva: who; 1999. <http://www.tusalud.com.mx>.

ANEXOS

5.4.1 ANEXO I: Cuestionario sf-36, adaptado a esta propuesta.

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
ALUMNOS DE 8º SEMESTRE DE LA "FACULTAD DE ENFERMERIA"

CUESTIONARIO PARA MEDIR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRONICA SECUNDARIO A DIABETES MELLITUS.

Sexo: () Masculino () Femenino

Edad: _____ Estado civil: _____

Ocupación _____ Localidad: _____

Tiempo en tratamiento _____

Antecedentes familiares; especifíquelos:

Diabetes mellitus:

Madre: () abuela () abuelo () hermanos () tíos

Padre: () abuela () abuelo () hermanos () tíos

Insuficiencia renal crónica: (si) (no)

Madre: () abuela () abuelo () hermanos () tíos

Padre: () abuela () abuelo () hermanos () tíos

CUESTIONARIO:

INSTRUCCIONES: Marque una sola respuesta

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

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

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

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, barrer, jugar con una pelota o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para levantar o llevar la bolsa del mandado o del super?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar 1000 metros (8 cuadras) o más?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

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

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

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

1 No, ninguno

2 Sí, muy poco

3 Sí, un poco

4 Sí, moderado

5 Sí, mucho

6 Sí, muchísimo

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

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.

EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Algunas veces

4 Sólo alguna vez

6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Algunas veces

4 Sólo alguna vez

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

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Algunas veces

4 Sólo alguna vez

5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

APENDICE

5.5.1 **APENDICE I:** Carta de consentimiento informado.

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar este documento doy mi consentimiento para que me aplique un instrumento de investigación la L.E,ALEJANDRA DELGADO GONZÁLEZ estudiante de la Licenciatura en Enfermería, la cual se lleva a cabo en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, con el objetivo de Analizar las características que tiene la calidad de vida relacionada con salud en el paciente con Insuficiencia Renal crónica en tratamiento de Diálisis Peritoneal intrahospitalaria en el Hospital Civil de Morelia “Dr. Miguel Silva”.

He aceptado participar en este estudio, de forma libre, voluntaria y que aún después de que este se haya iniciado puedo rehusarme a continuar, sin que esto tenga repercusiones a mi persona. Se me ha comentado que la información obtenida se manejará de manera confidencial, es decir, que las respuestas a las preguntas que me realicen no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de este estudio se me identificará jamás en forma alguna y que el beneficio resultado de esta investigación será tanto para mi persona como trabajador de esta institución, así como para el resto del personal de enfermería que haya o no participado.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito a la L.E.Alejandra Delgado González, ya que es a la persona a quien debo buscar en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio.

Morelia, Mich., marzo de 2009.

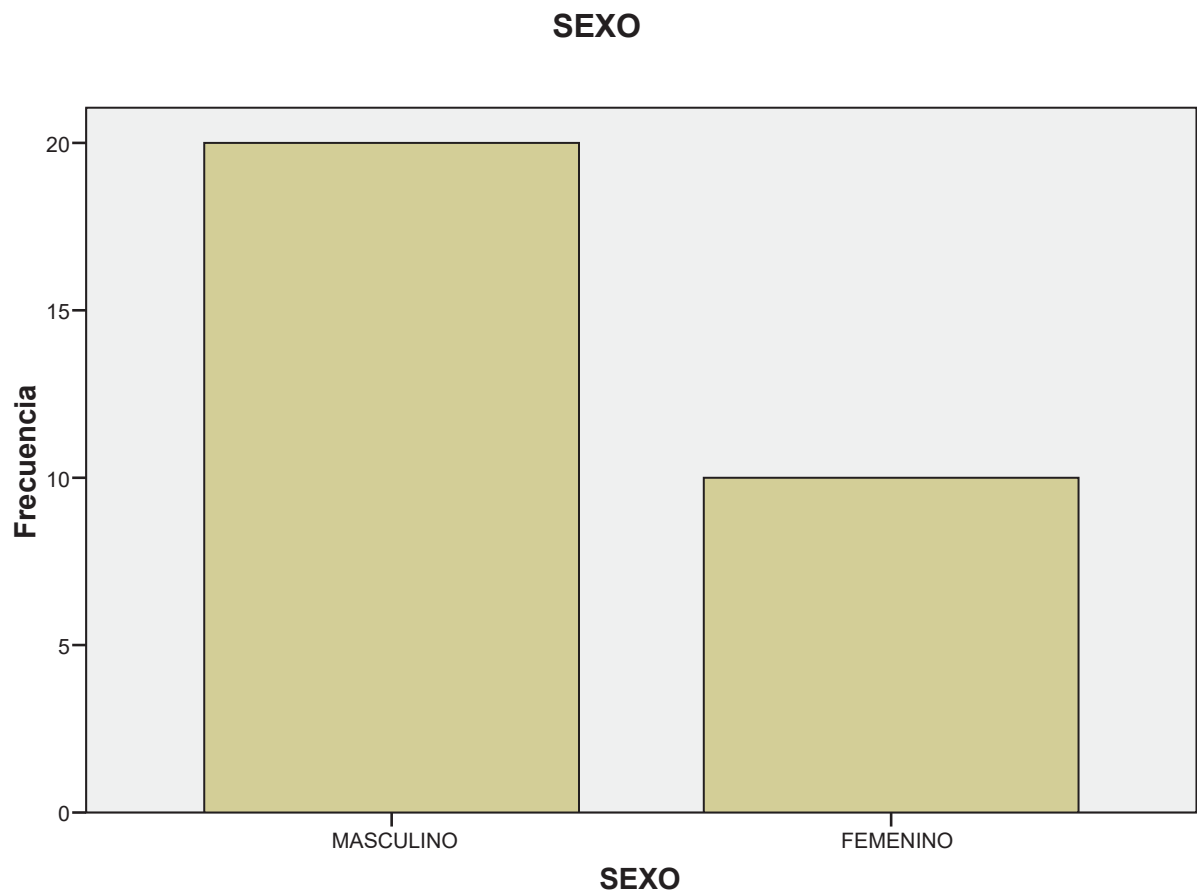
Nombre y firma de la entrevistada

LE. Alejandra Delgado González

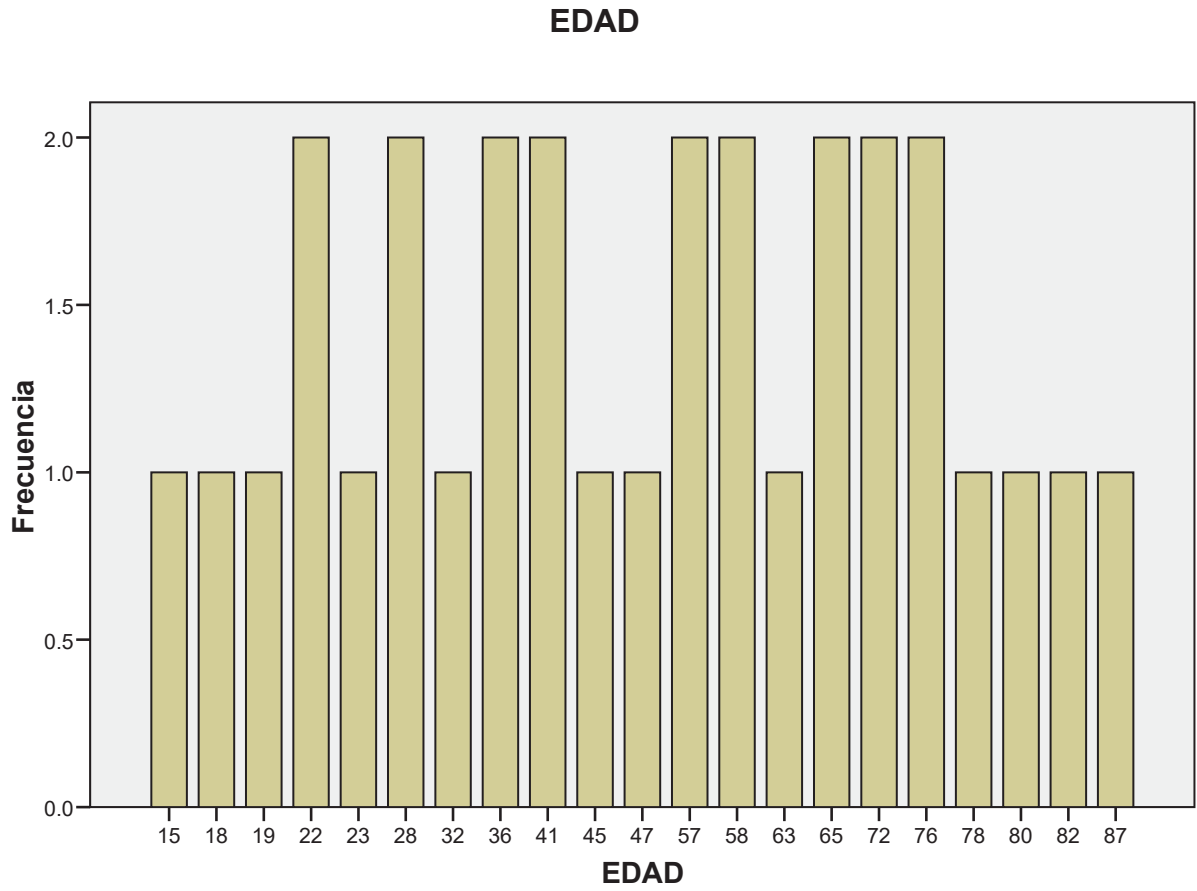
Entrevistadora

Adaptado de: Polit, 2005, por: LE. Alejandra Delgado González, 2009

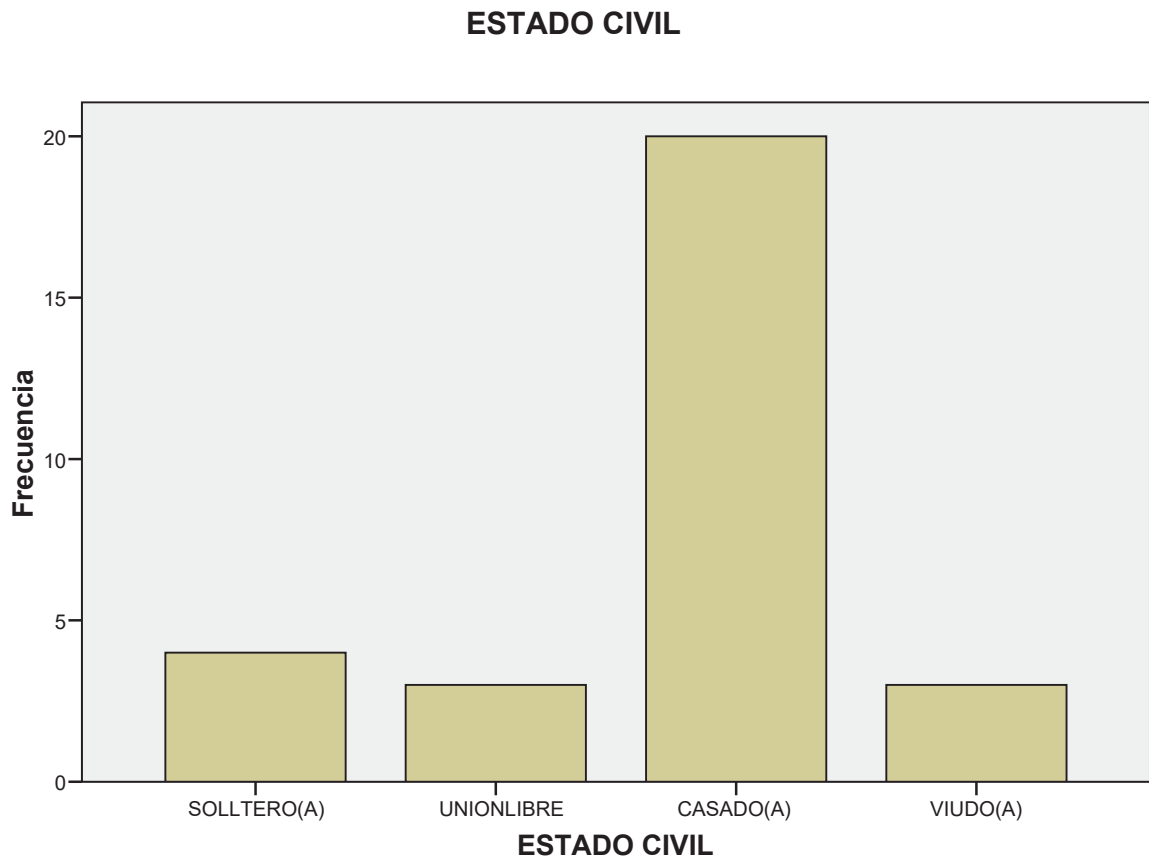
5.5.2 APENDICE II: Graficas.**GRAFICAS DE BARRAS**



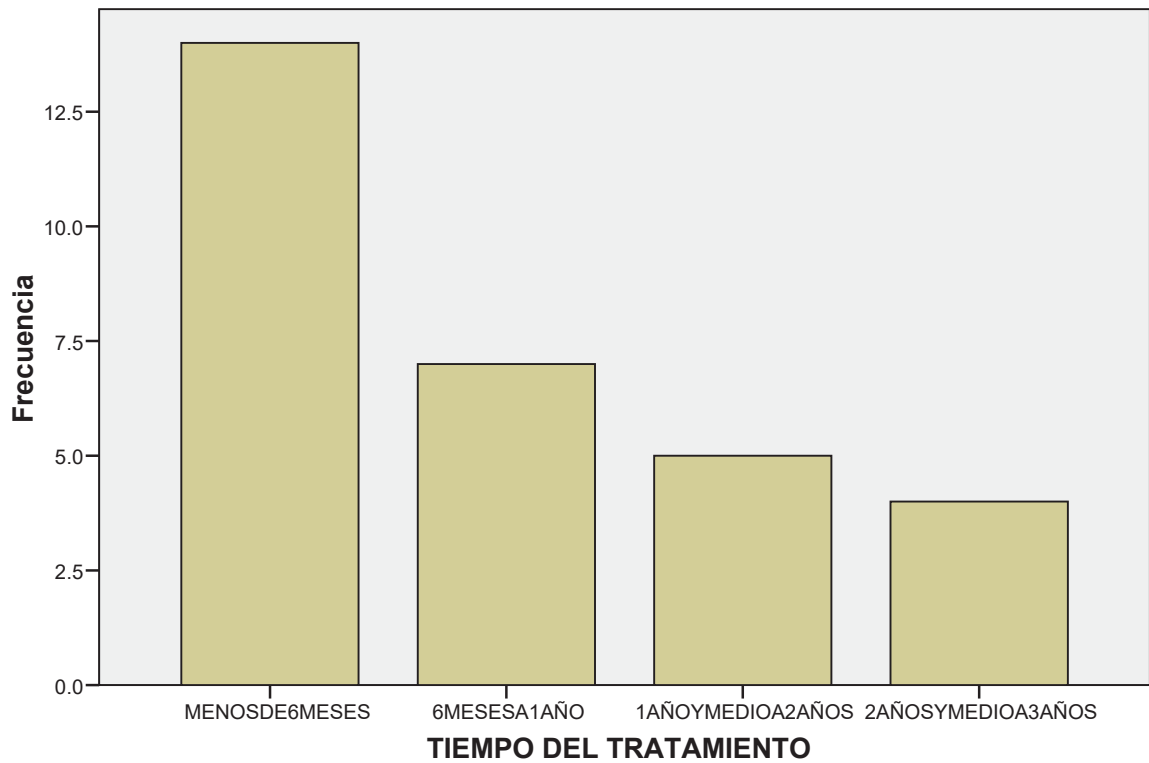
FUENTE: Encuesta en Hospital de segundo Nivel; variables socio demográfica del cuestionario aplicado.



FUENTE: Encuesta en Hospital de segundo Nivel; variables socio demográfica del cuestionario aplicado.

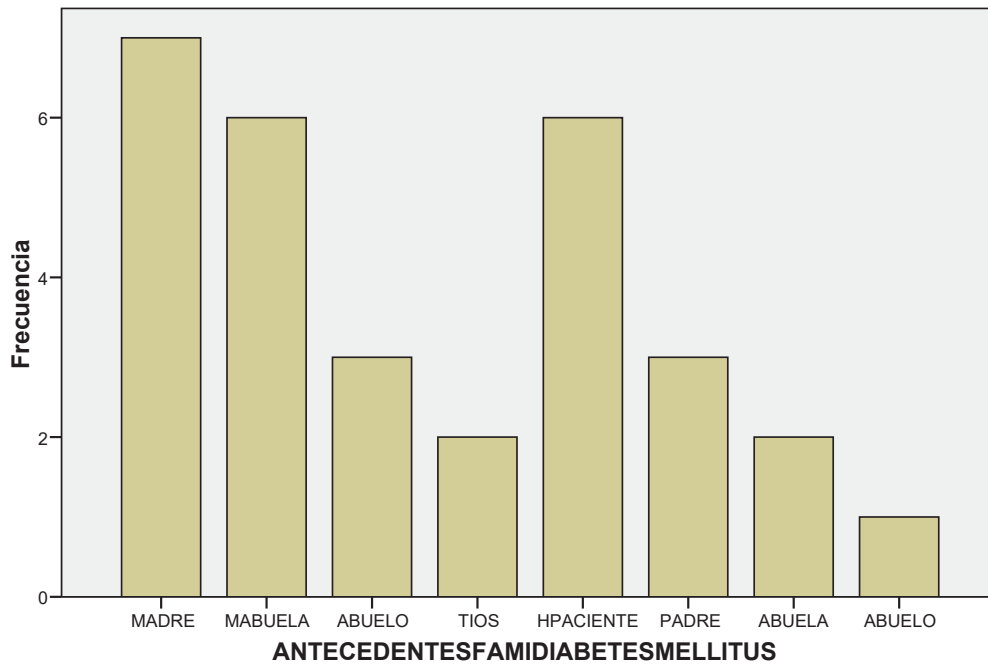


FUENTE: Encuesta en Hospital de segundo Nivel; variables socio demográfica del cuestionario aplicado.

TIEMPO DEL TRATAMIENTO

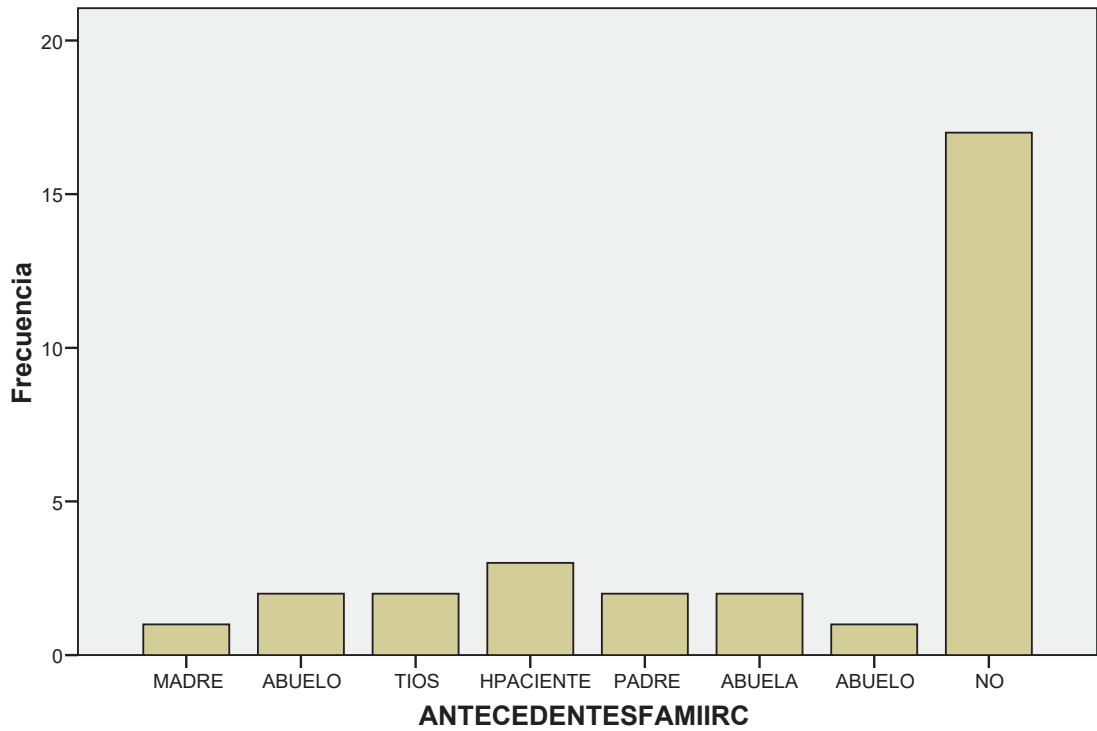
FUENTE: Encuesta en Hospital de segundo Nivel; variables socio demográfica del cuestionario aplicado.

ANTECEDENTESFAMIDIABETESMELLITUS



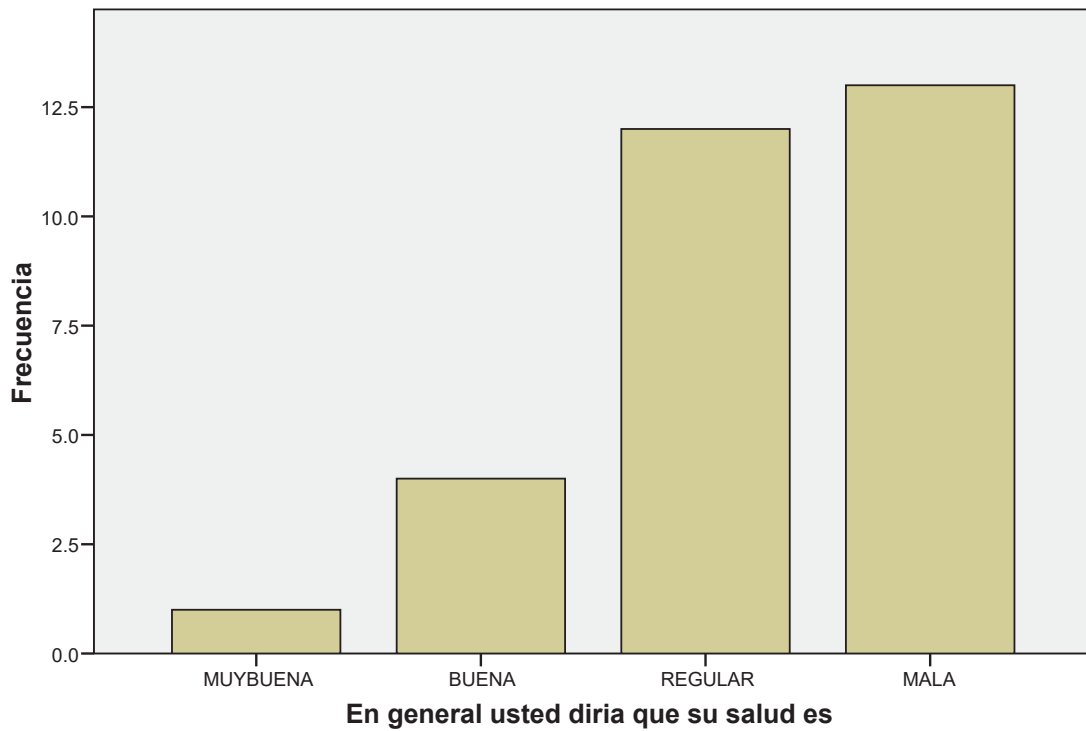
FUENTE: Encuesta en Hospital de segundo Nivel; variables socio demográfica del cuestionario aplicado.

ANTECEDENTESFAMIIRC



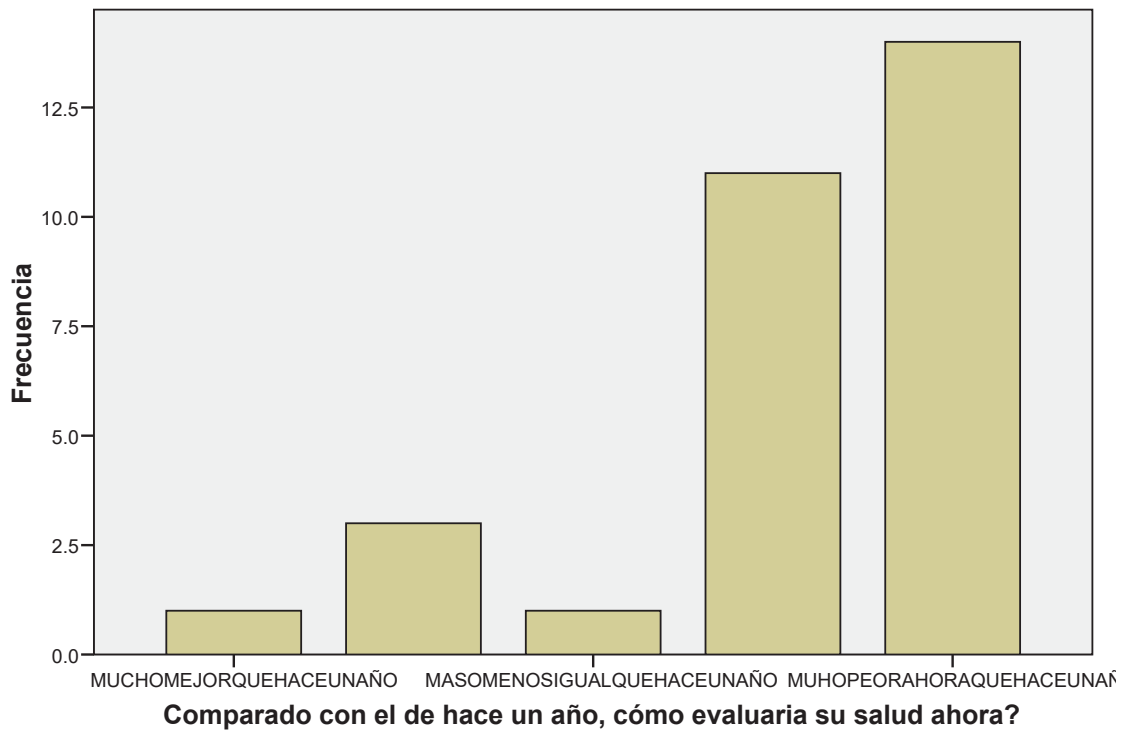
FUENTE: Encuesta en Hospital de segundo Nivel; variables socio demográficas del cuestionario aplicado.

En general usted diria que su salud es



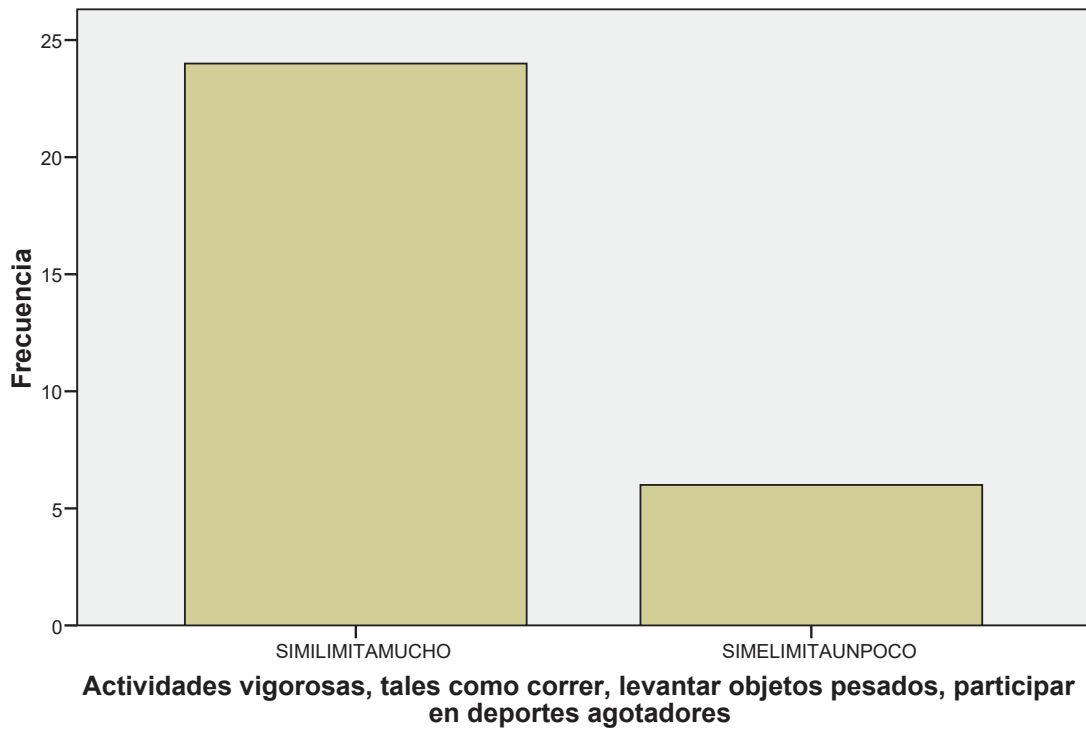
FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.

Comparado con el de hace un año, cómo evaluaría su salud ahora?



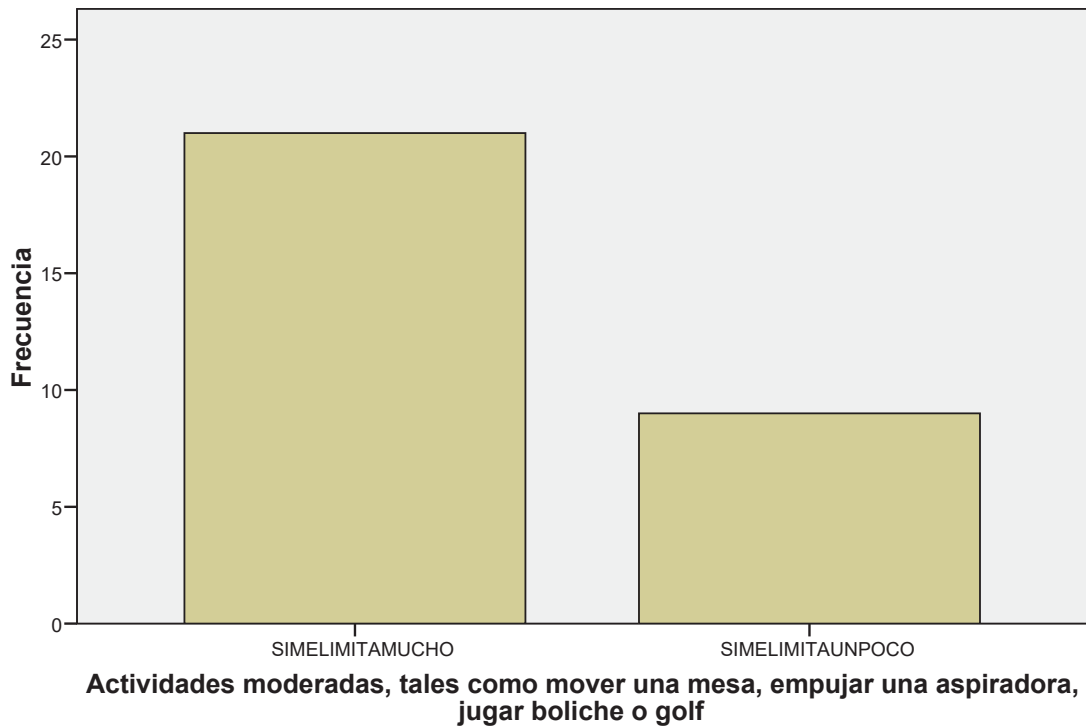
FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.

Actividades vigorosas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores



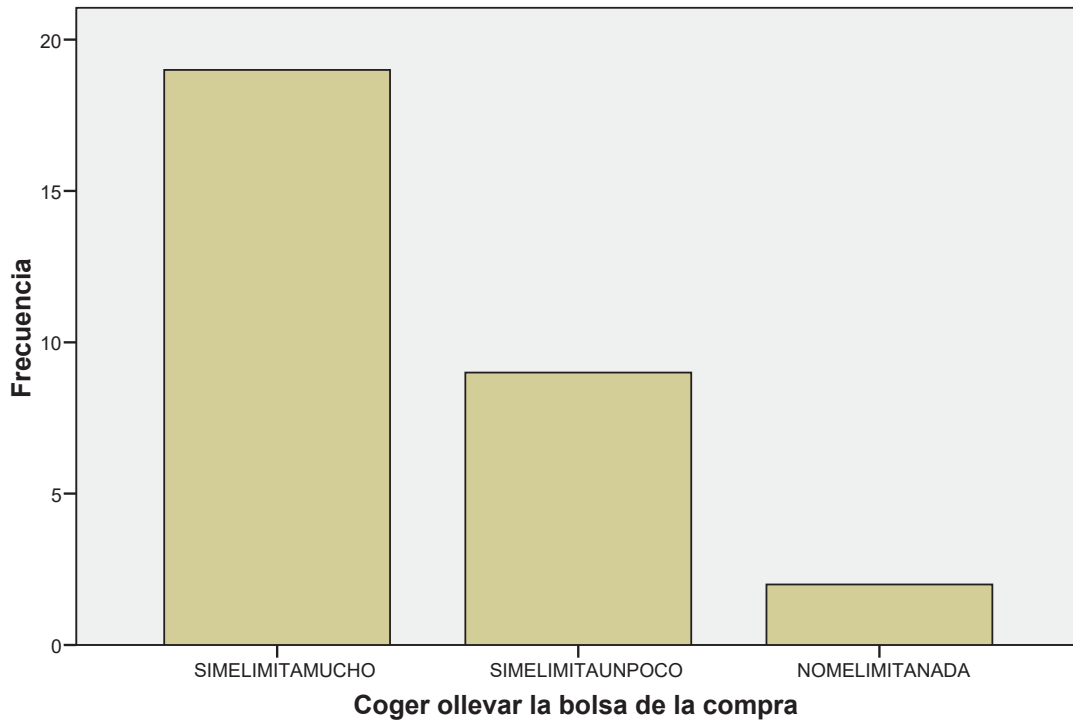
FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.

Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar boliche o golf



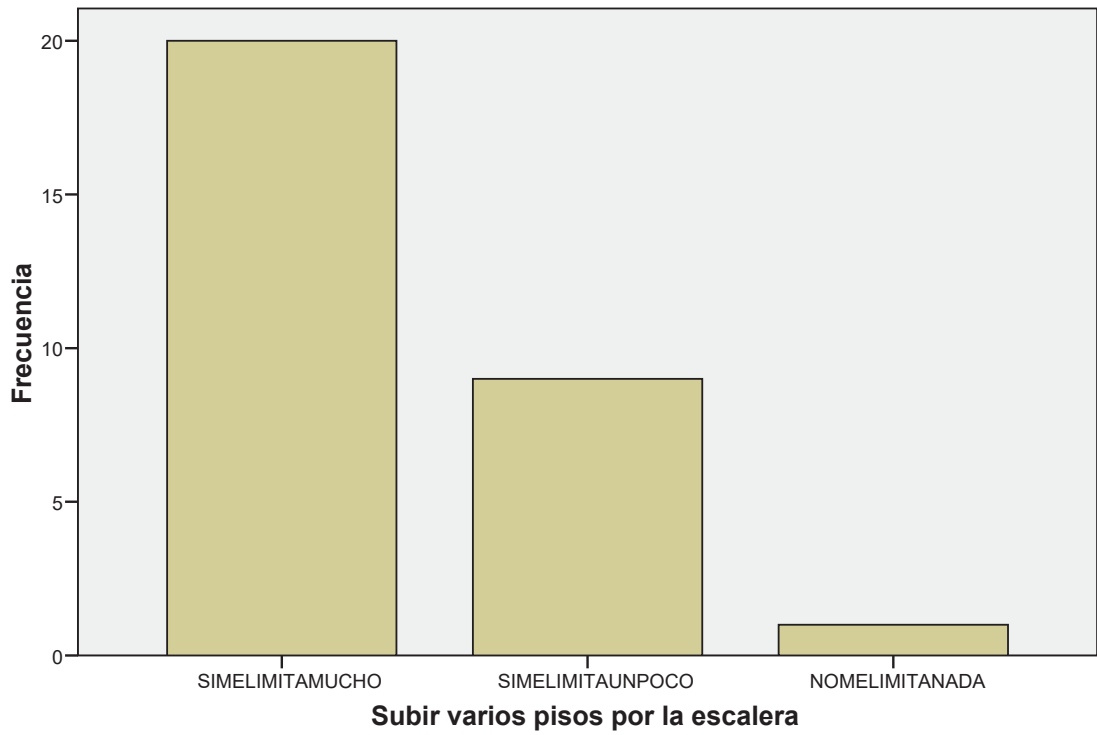
FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.

Coger ollevar la bolsa de la compra

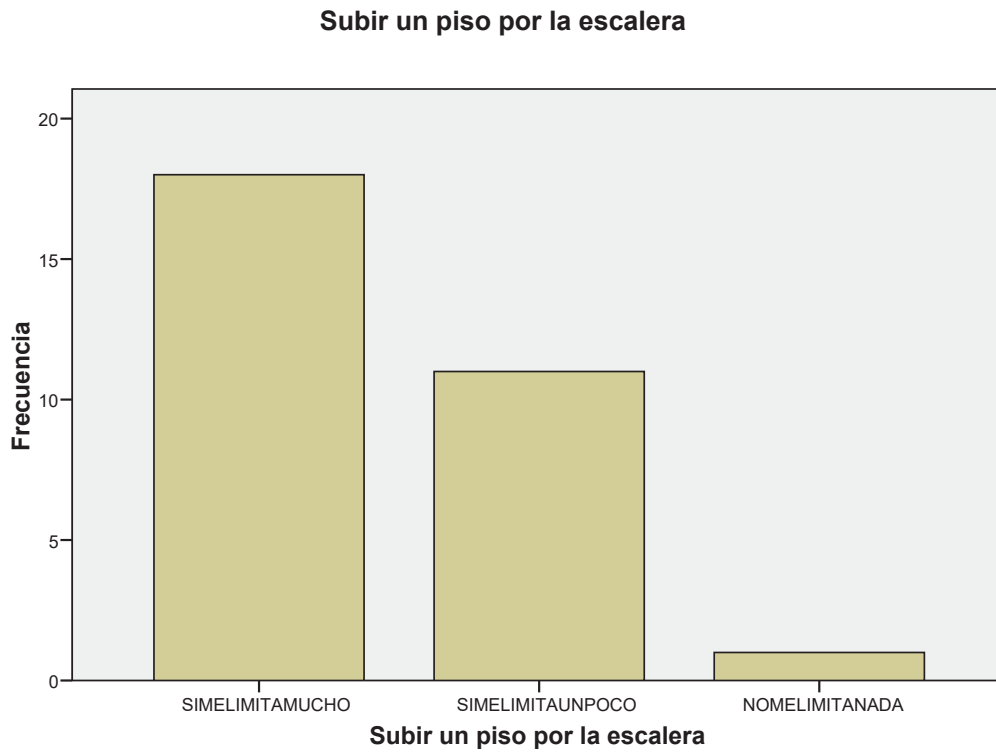


FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.

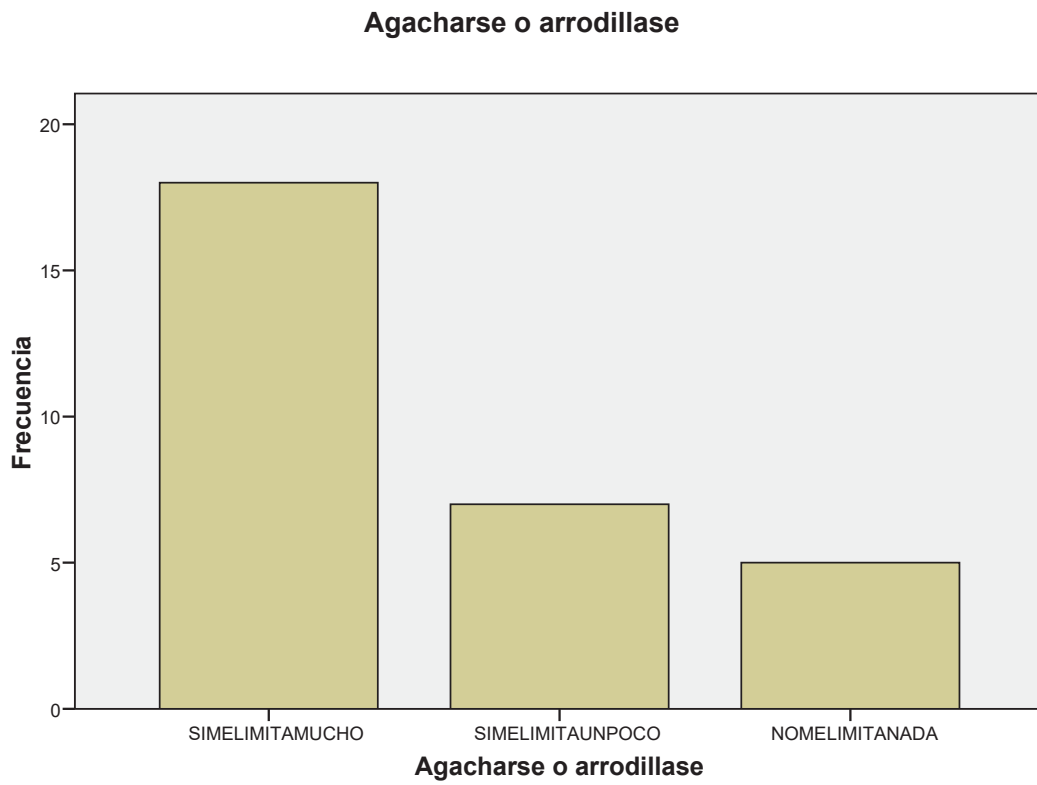
Subir varios pisos por la escalera



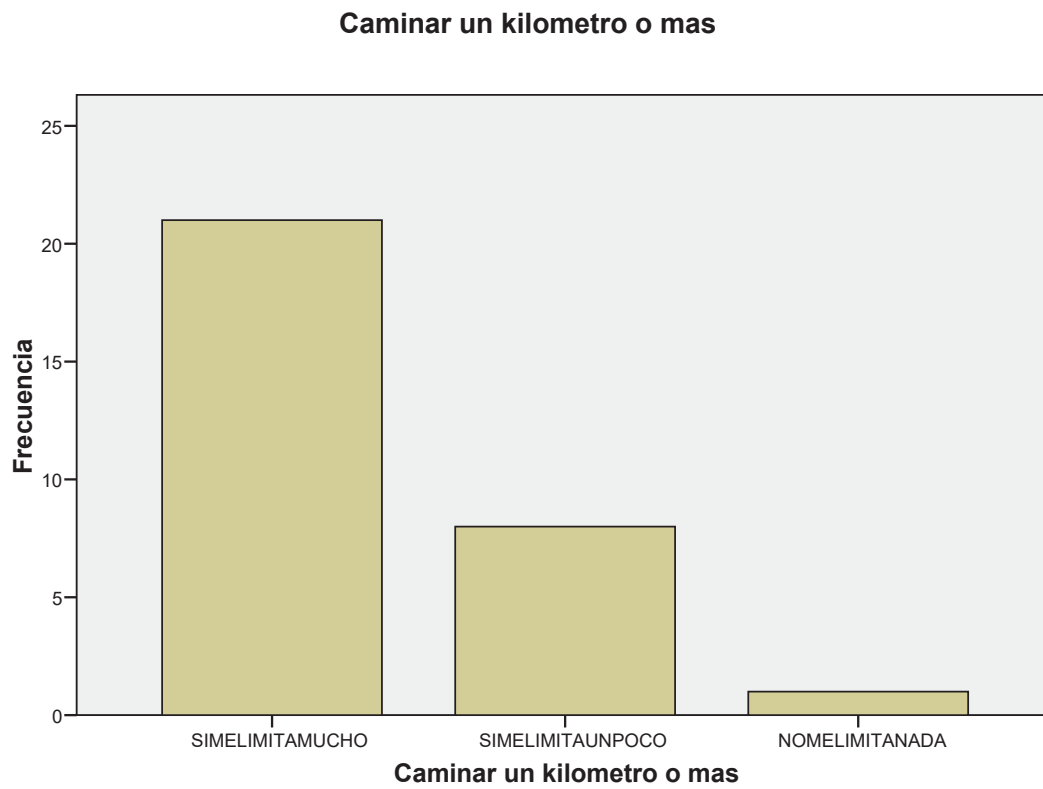
FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.



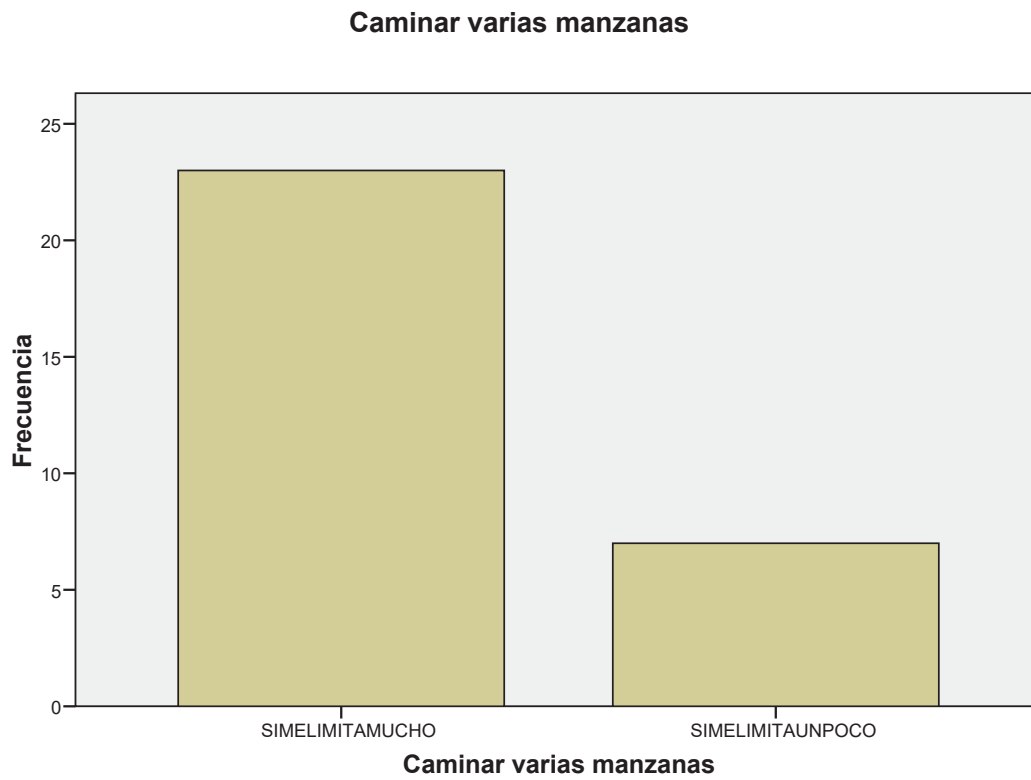
FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.



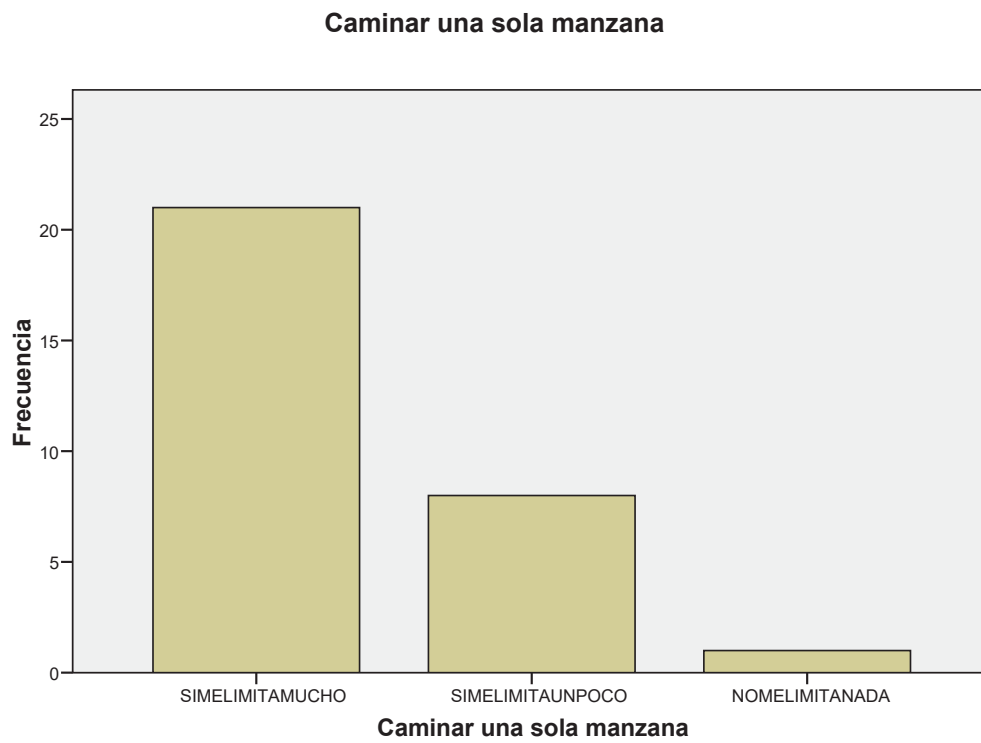
FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.



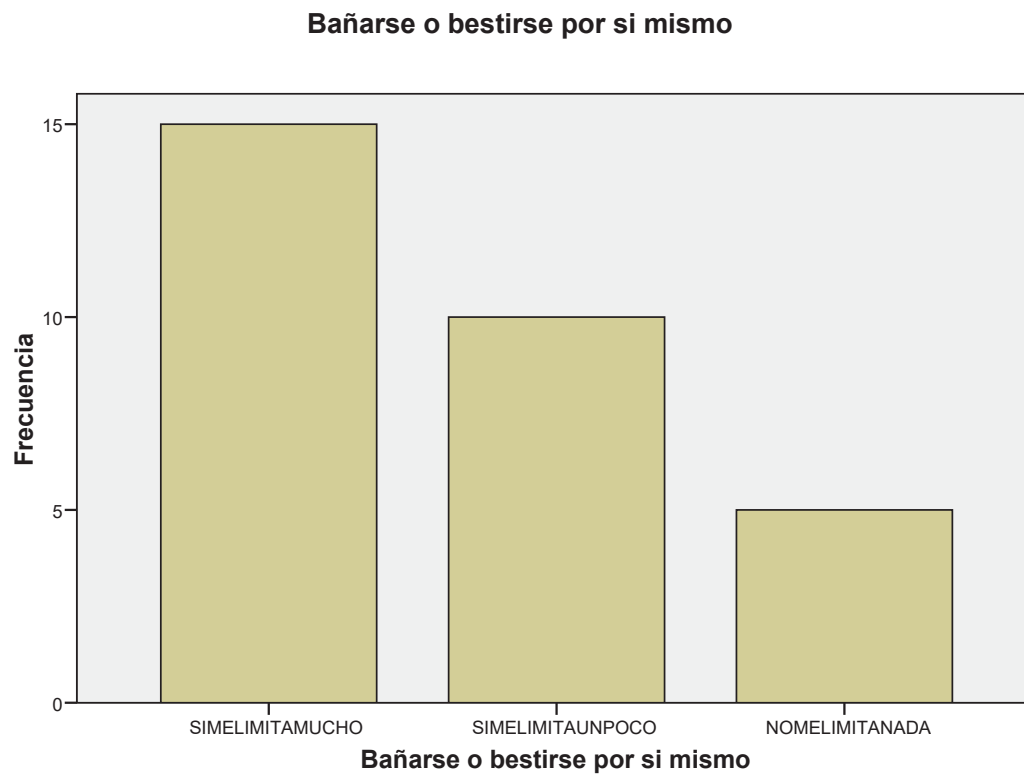
FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.



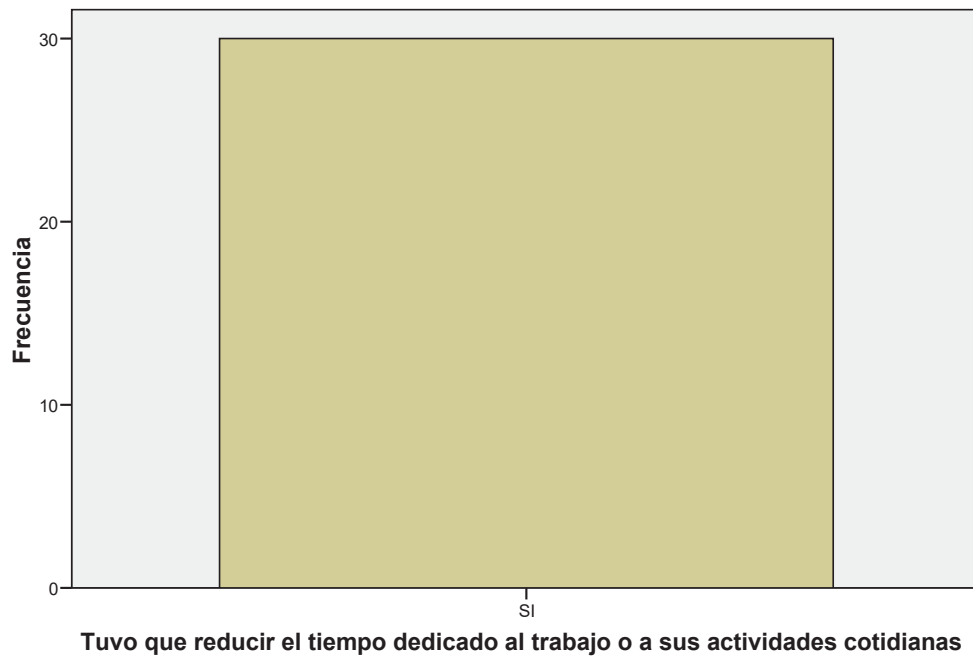
FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.



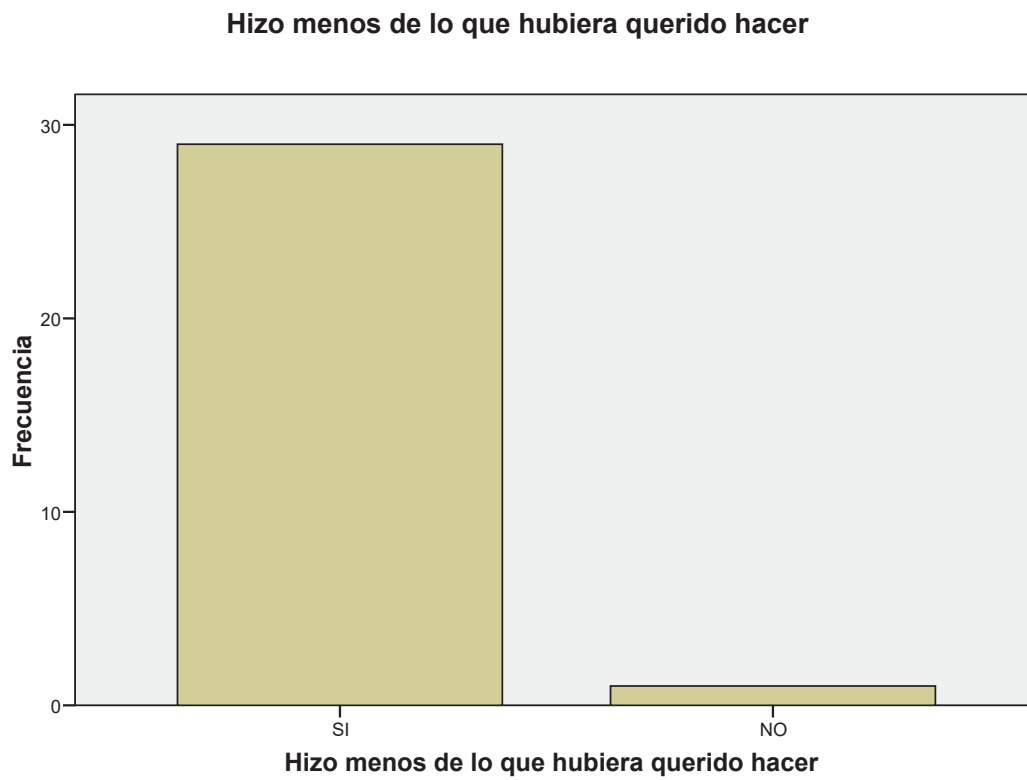
FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.



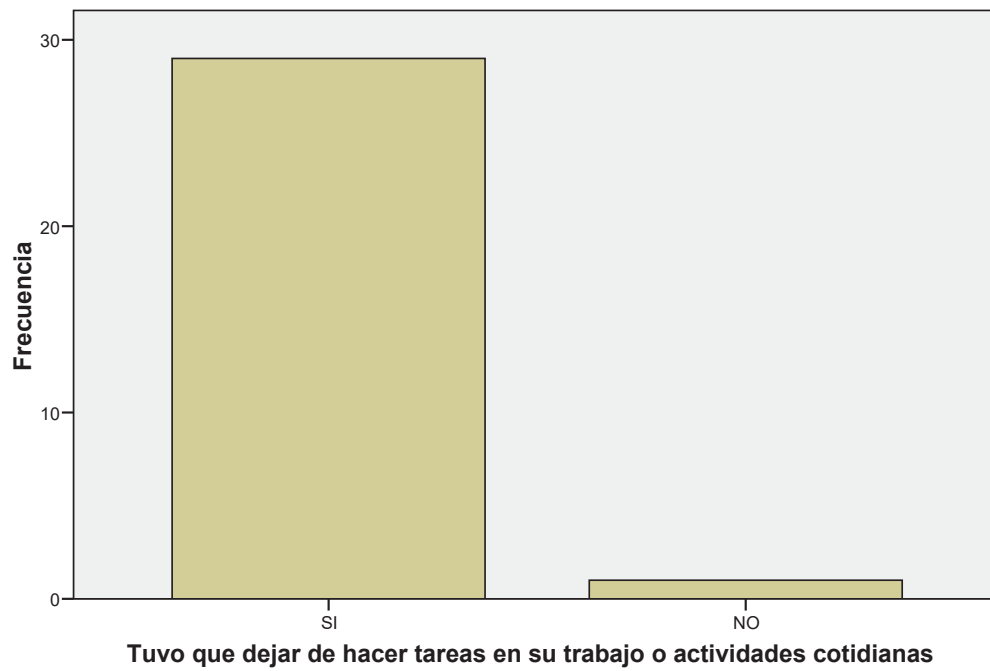
FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.

Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas

FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.

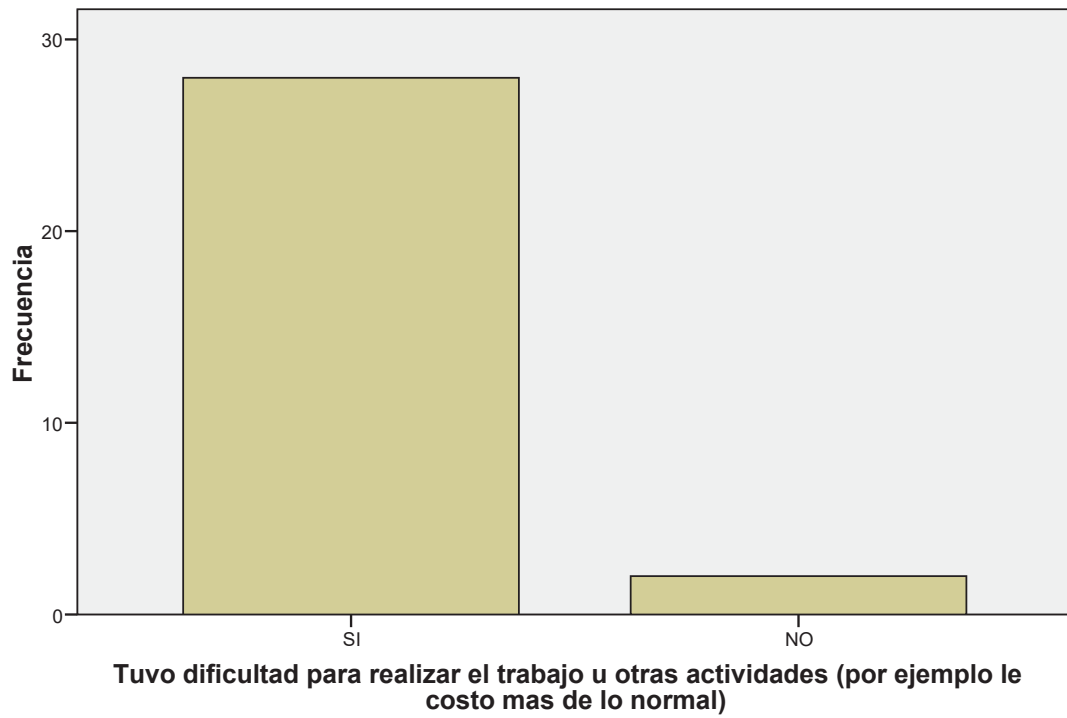


FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.

Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o actividades cotidianas

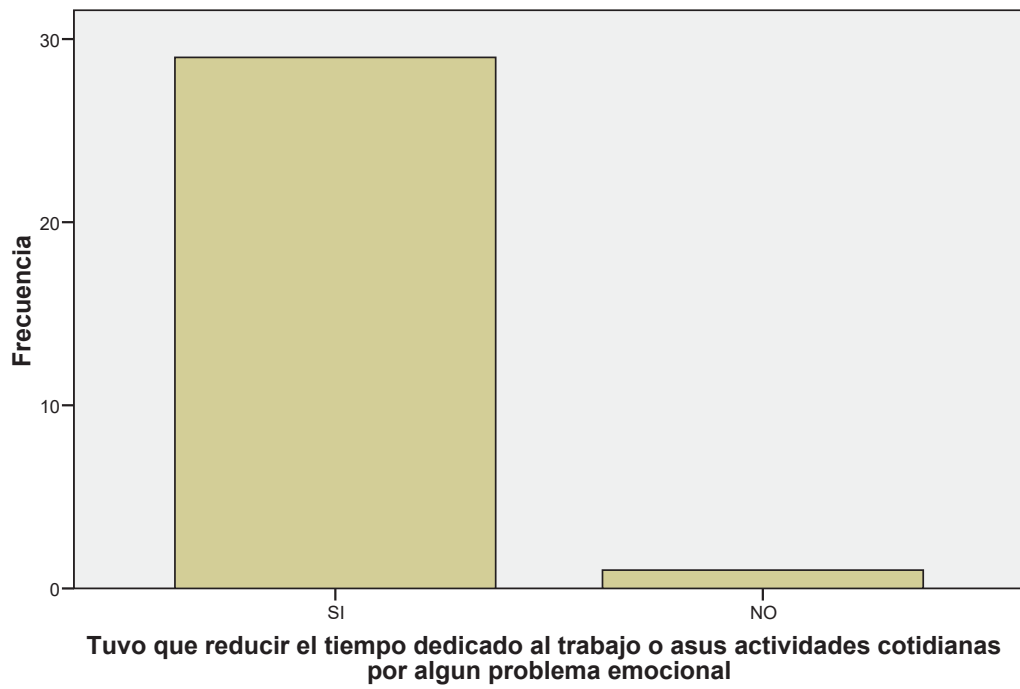
FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.

Tuvo dificultad para realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo le costo mas de lo normal)



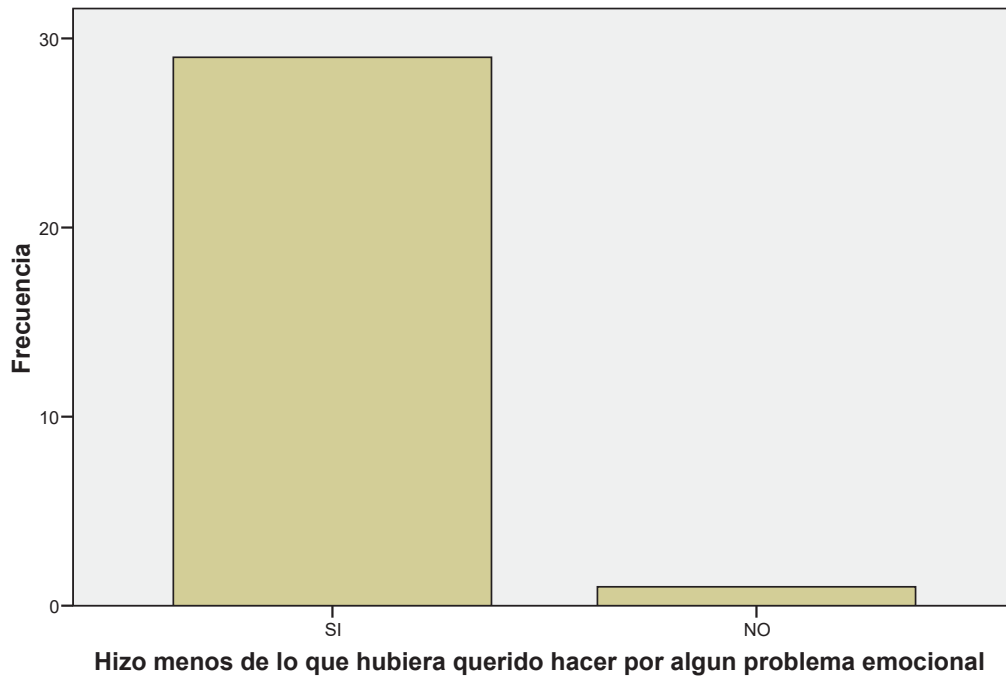
FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.

Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algun problema emocional



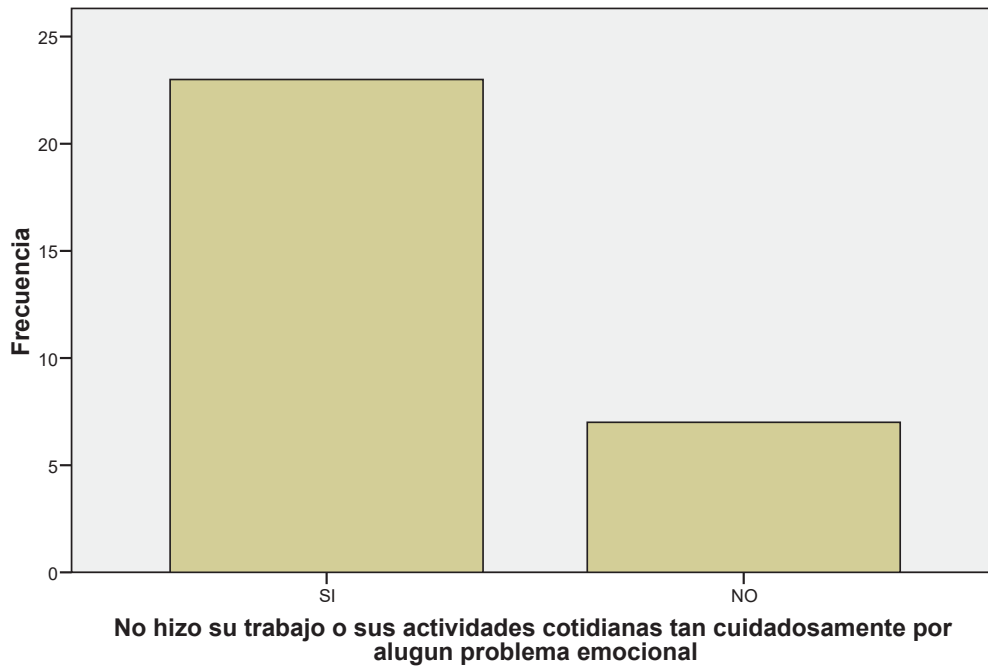
FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.

Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algun problema emocional



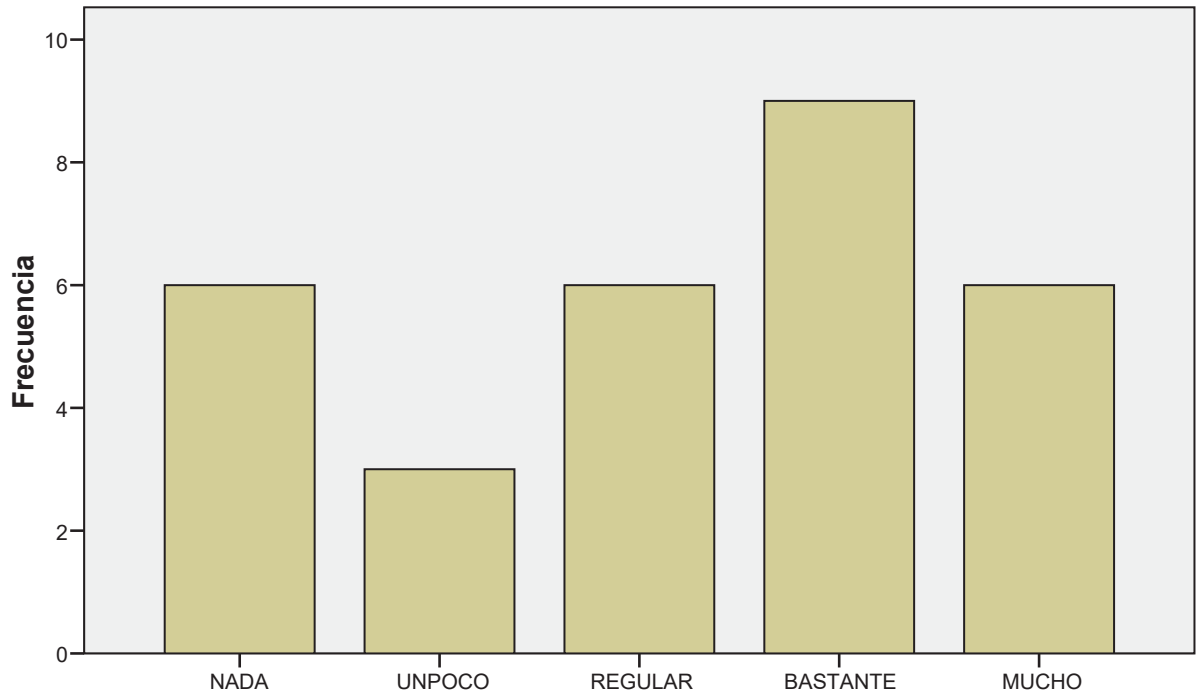
FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.

No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente por algun problema emocional



FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.

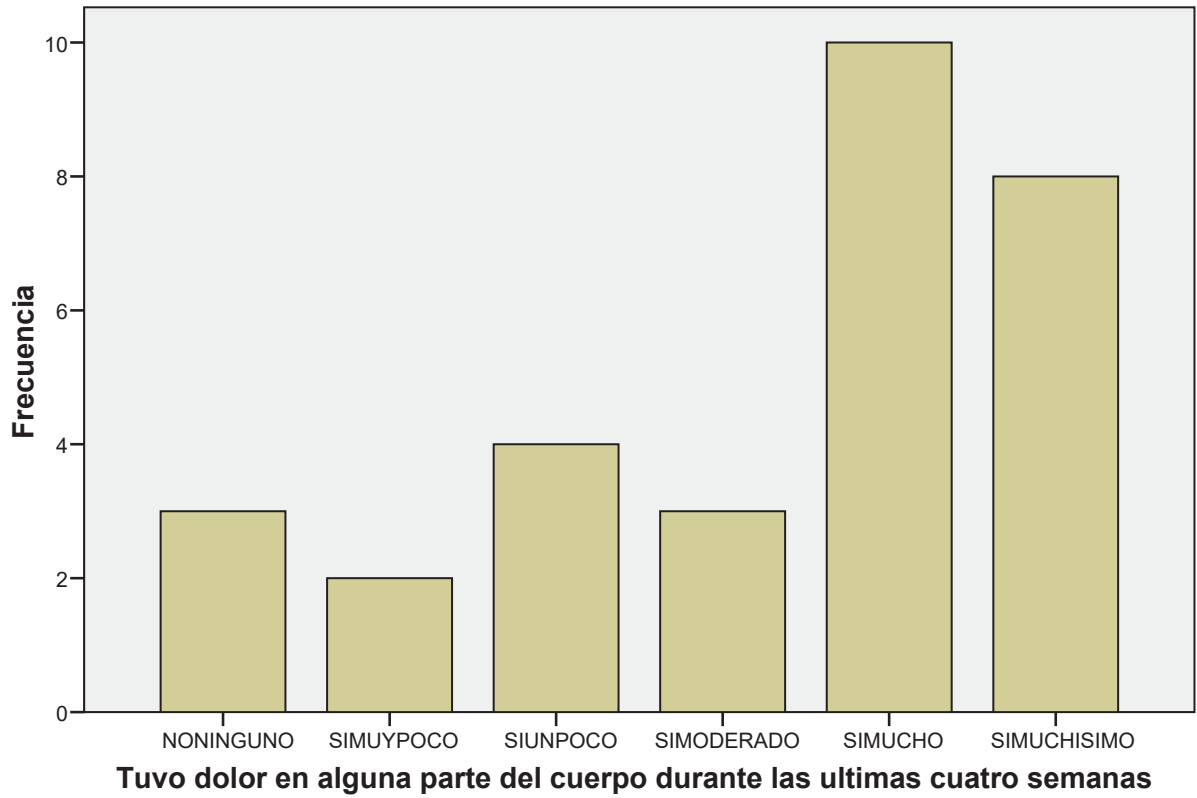
Durante las ultimas cuatro semanas, hasta que punto su salud fisica o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales con la familia, los vecinos u otras personas.



Durante las ultimas cuatro semanas, hasta que punto su salud fisica o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales con la familia, los vecinos u otras personas.

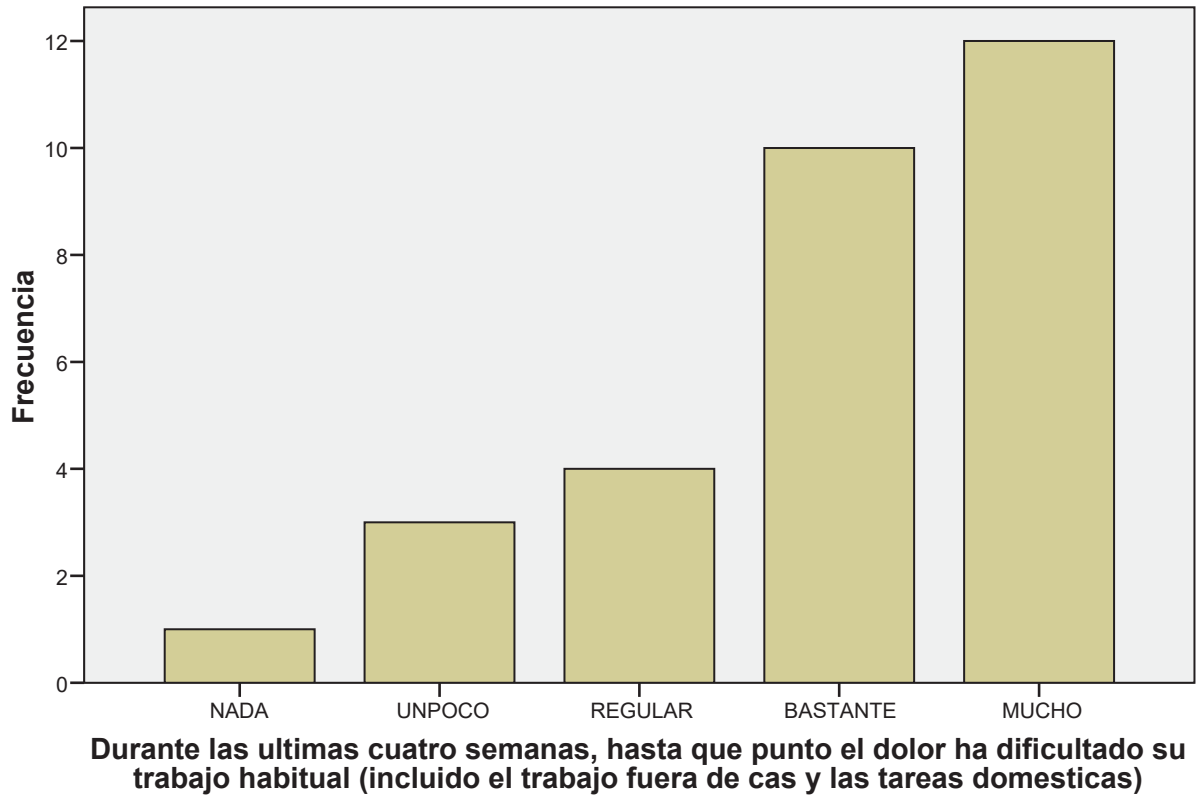
FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.

Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las ultimas cuatro semanas



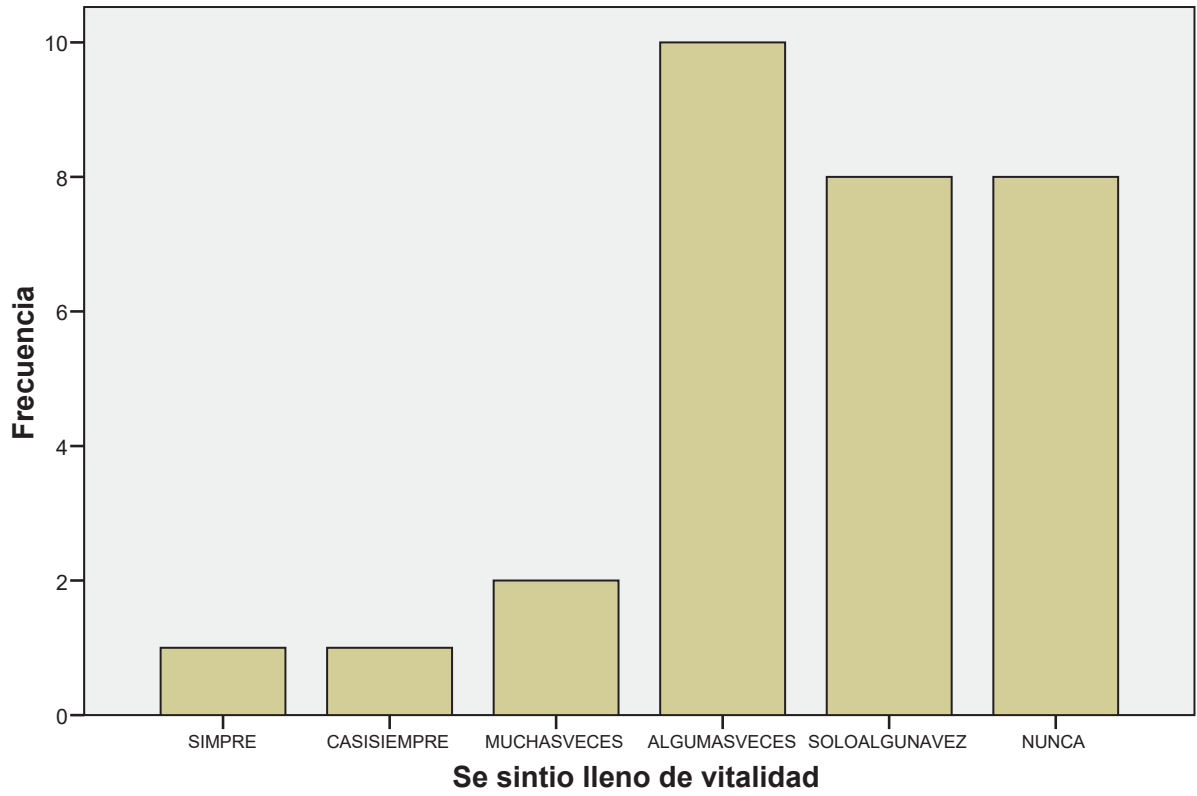
FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.

Durante las ultimas cuatro semanas, hasta que punto el dolor ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de cas y las tareas domesticas)



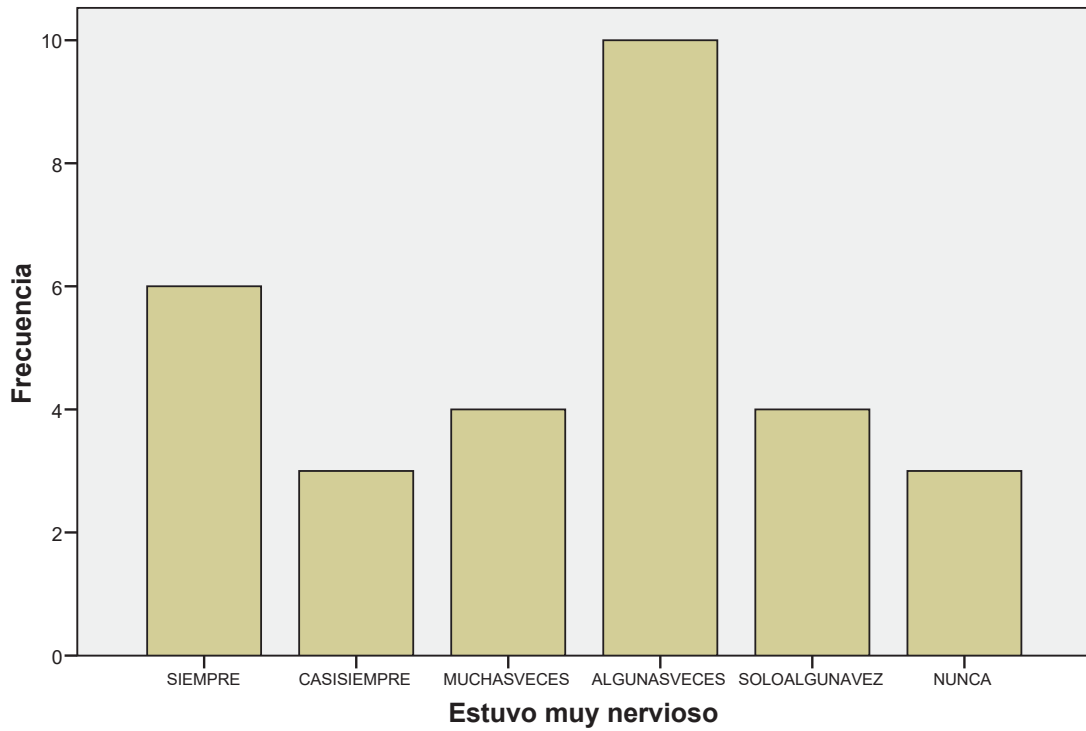
FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.

Se sintio lleno de vitalidad



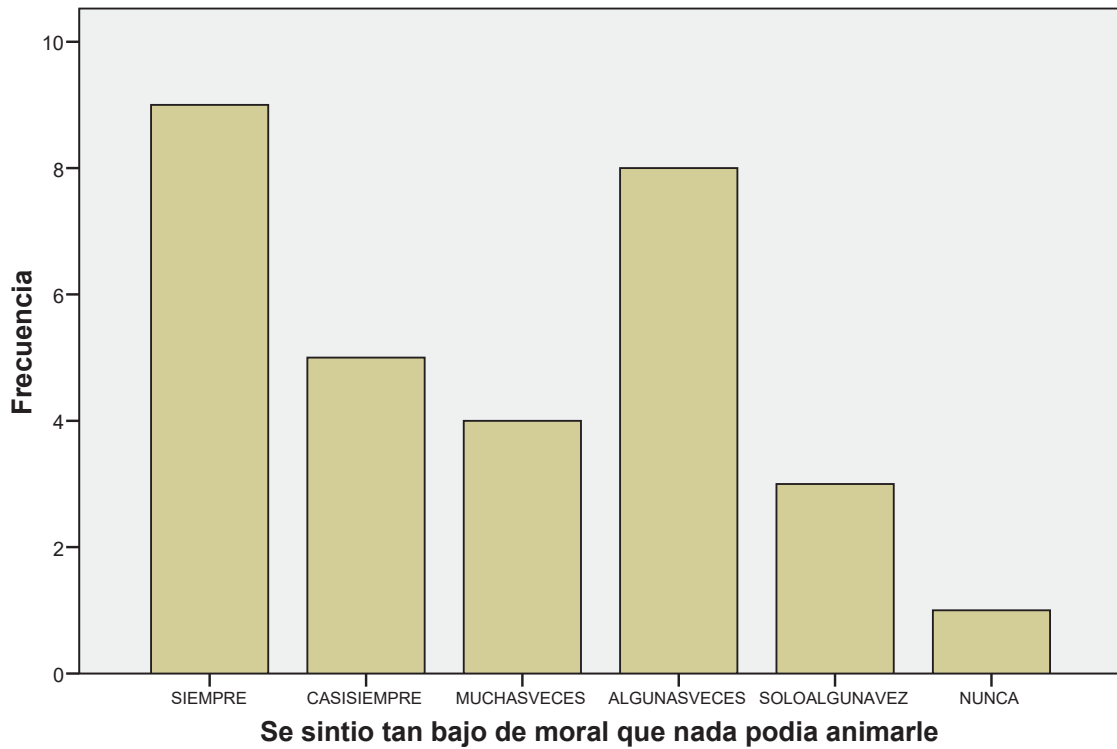
FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.

Estuvo muy nervioso



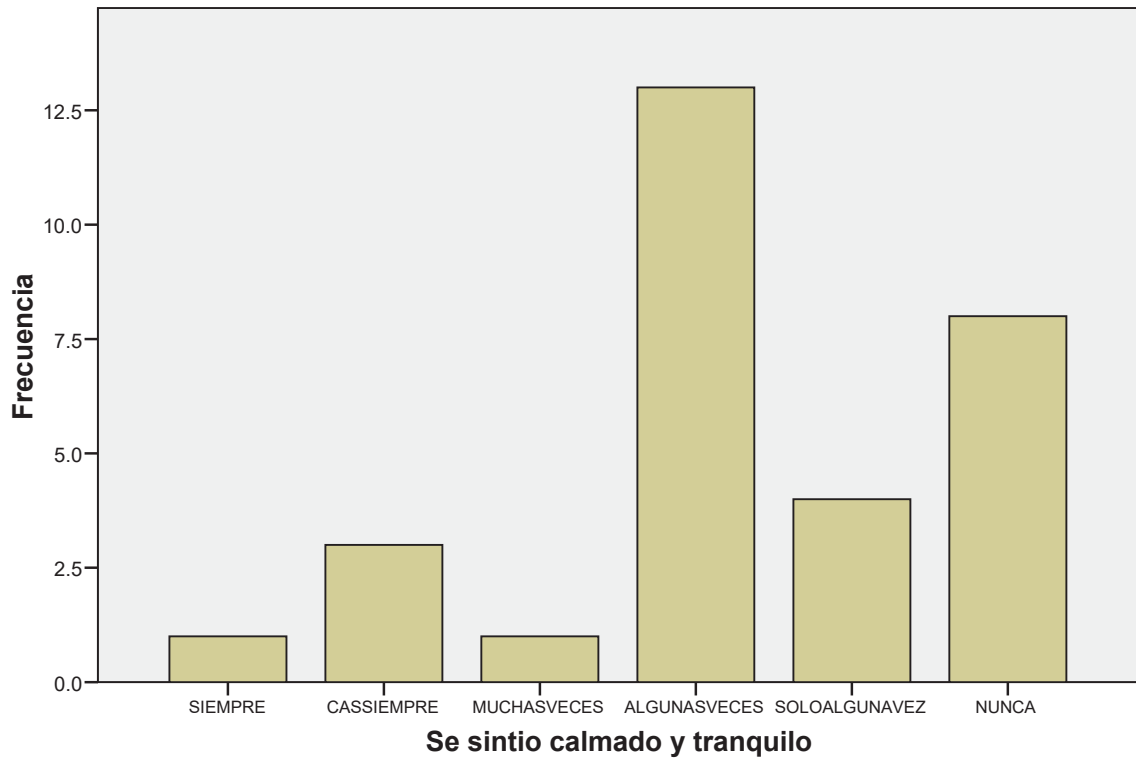
FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.

Se sintio tan bajo de moral que nada podia animarle



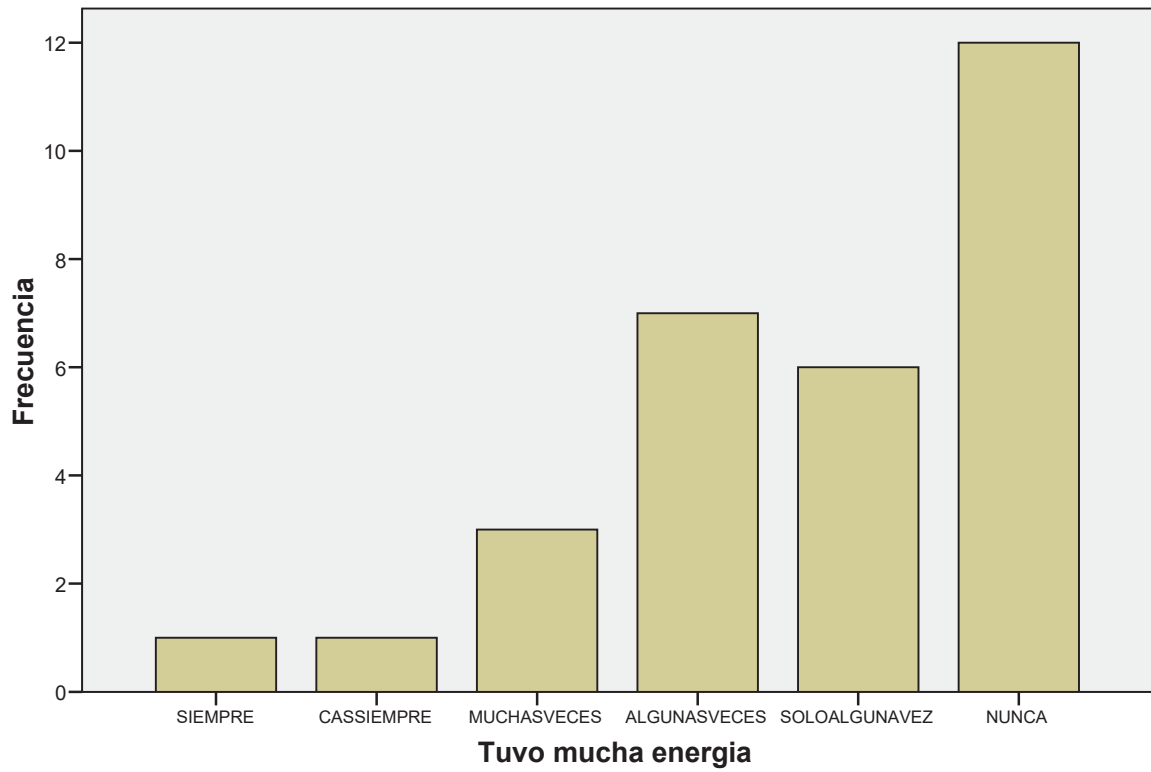
FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.

Se sintio calmado y tranquilo



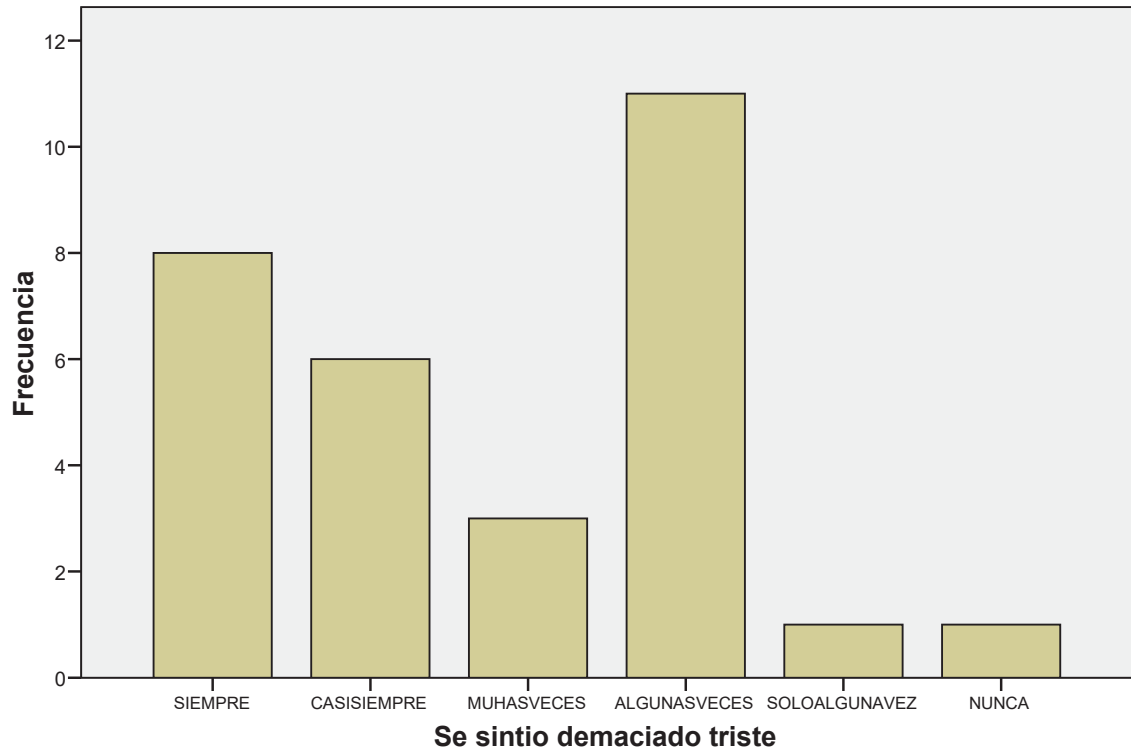
FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.

Tuvo mucha energia



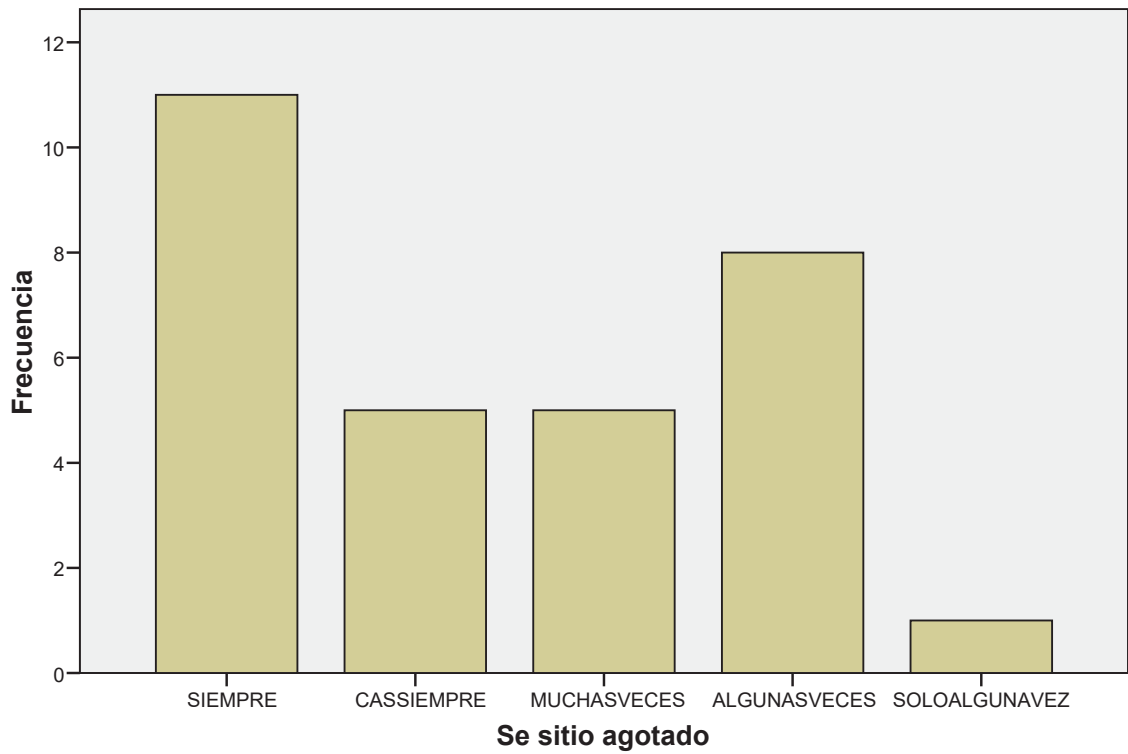
FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.

Se sintio demaciado triste

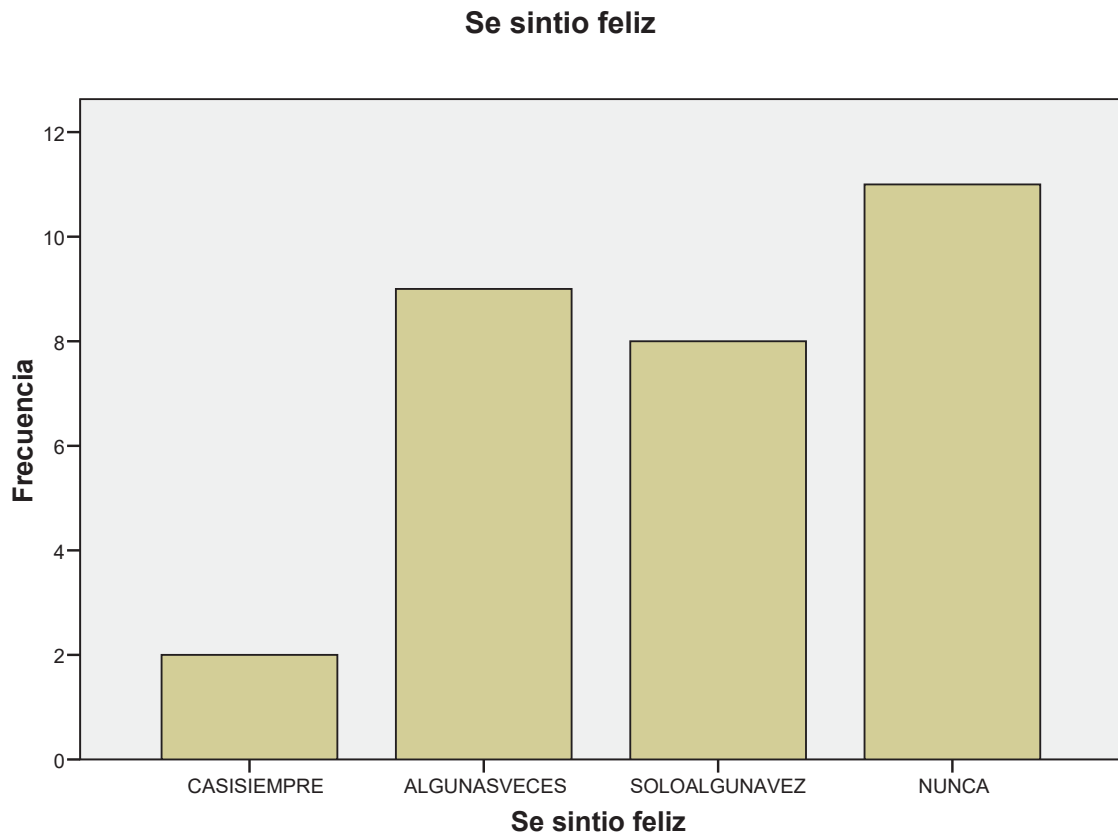


FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.

Se sitio agotado

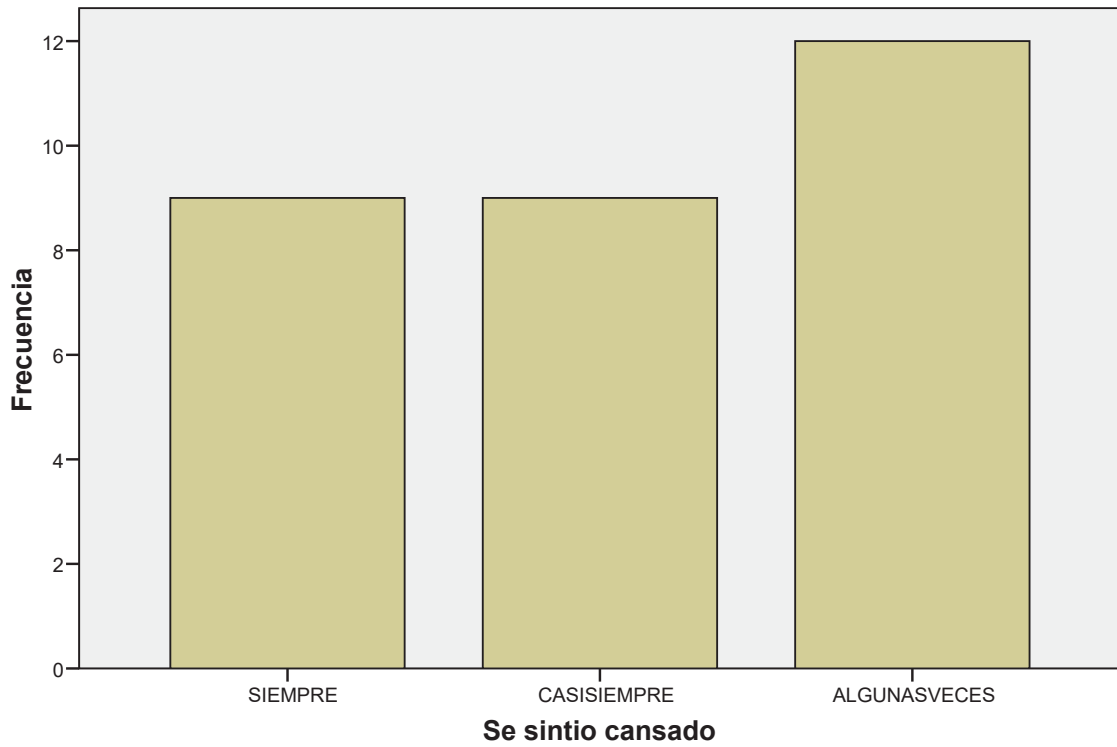


FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.



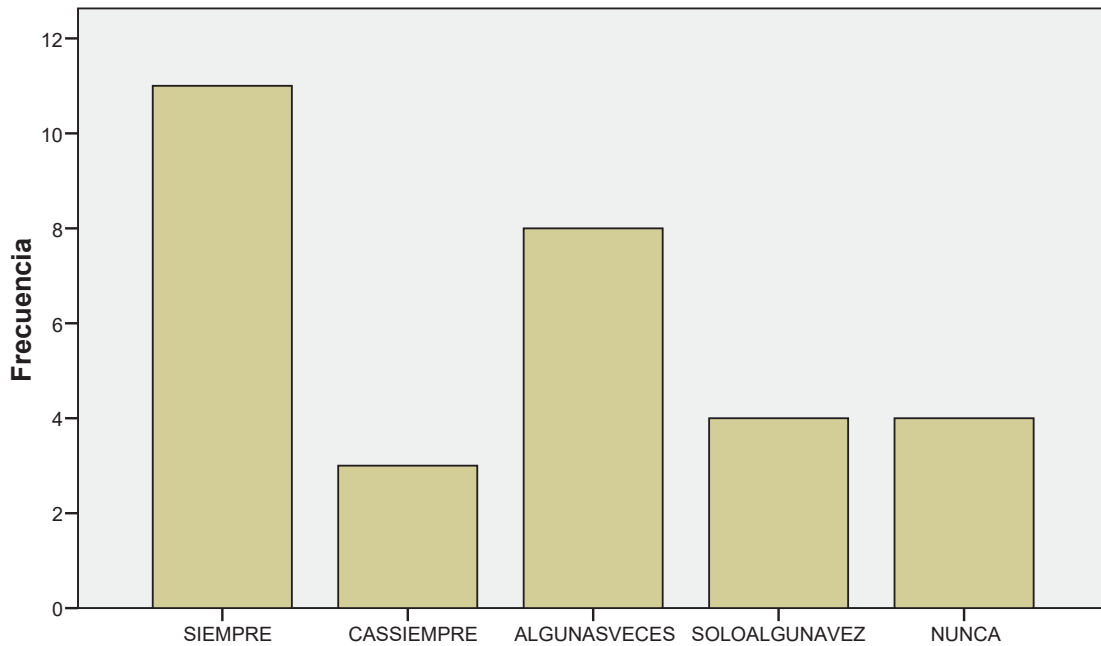
FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.

Se sintio cansado



FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.

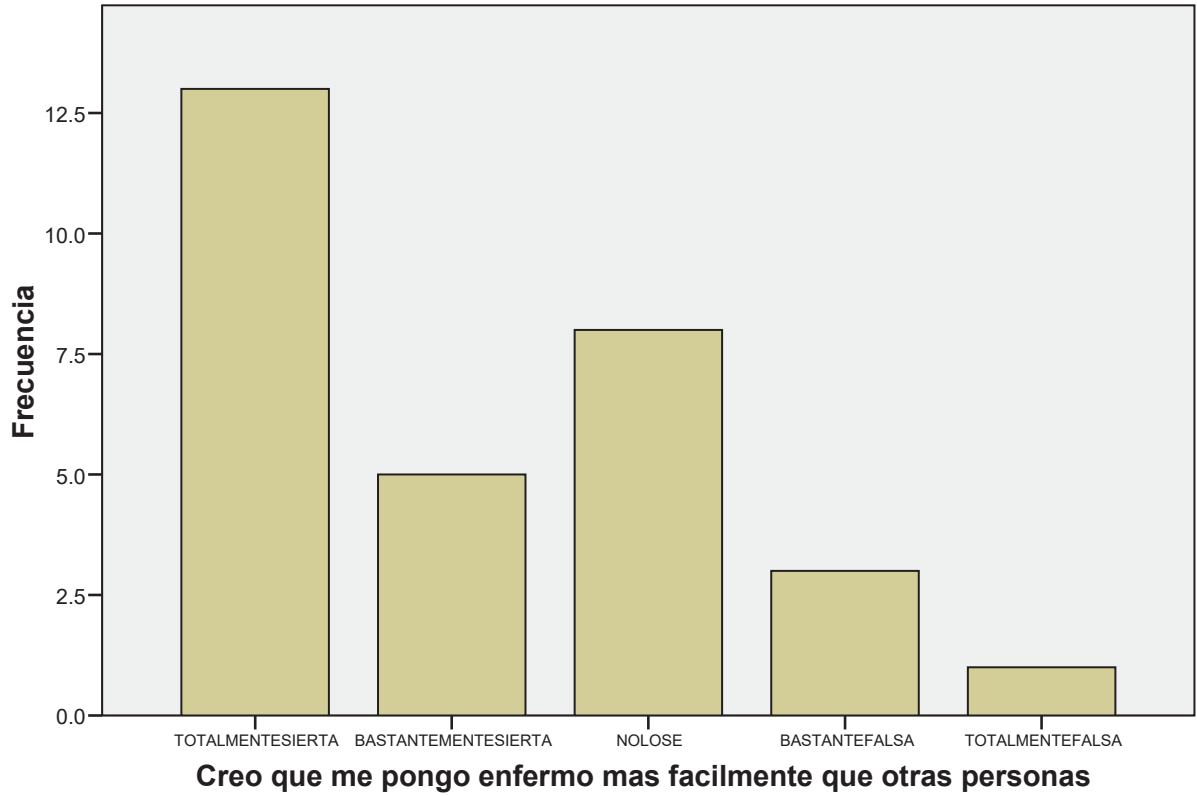
Durante las ultimas cuatro semanas, con que frecuencia la salud fisica o los problemas emocionales le ha dificultado sus actividades sociales, como visitar a los amigos y a los familiares



Durante las ultimas cuatro semanas, con que frecuencia la salud fisica o los problemas emocionales le ha dificultado sus actividades sociales, como visitar a los amigos y a los familiares

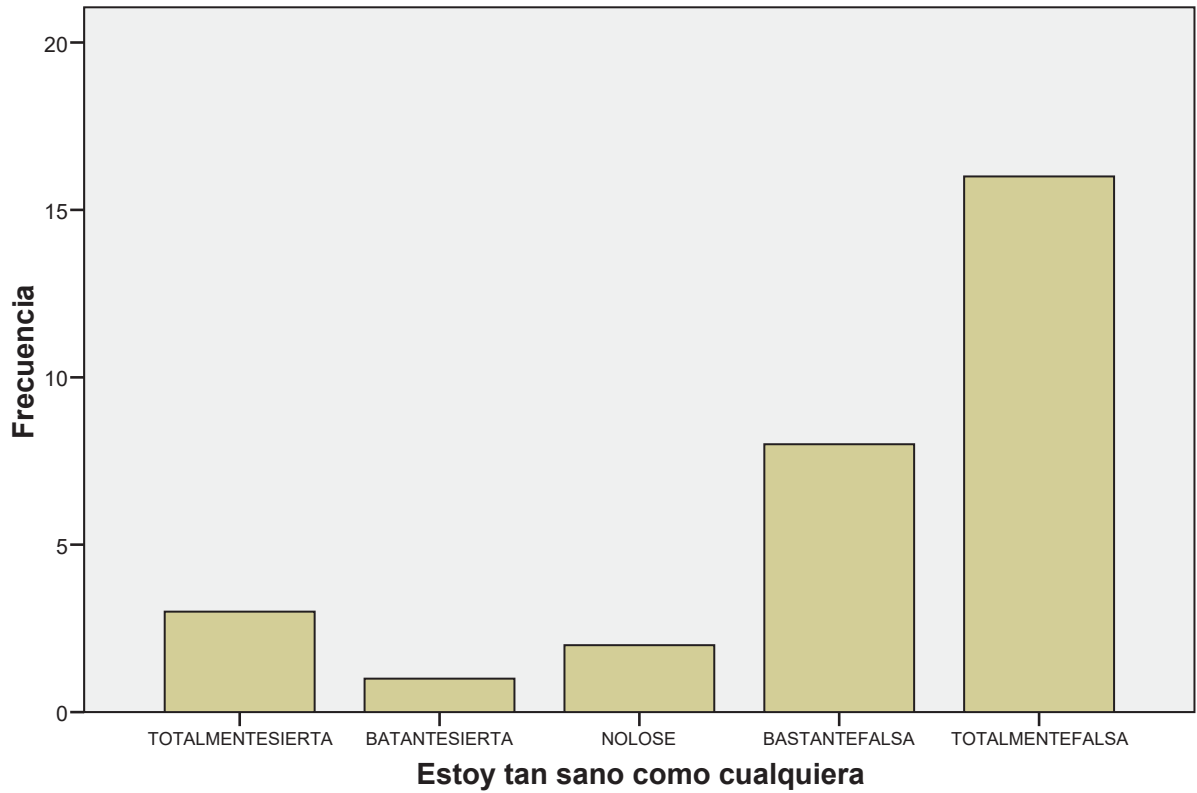
FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.

Creo que me pongo enfermo mas facilmente que otras personas



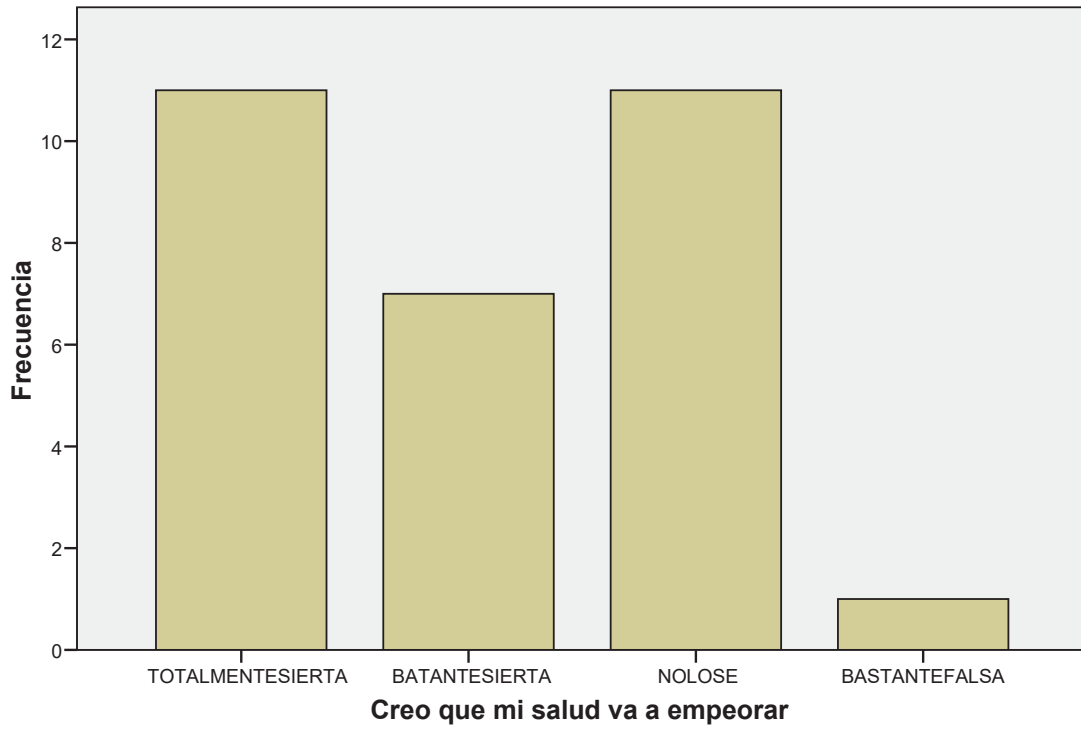
FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.

Estoy tan sano como cualquiera



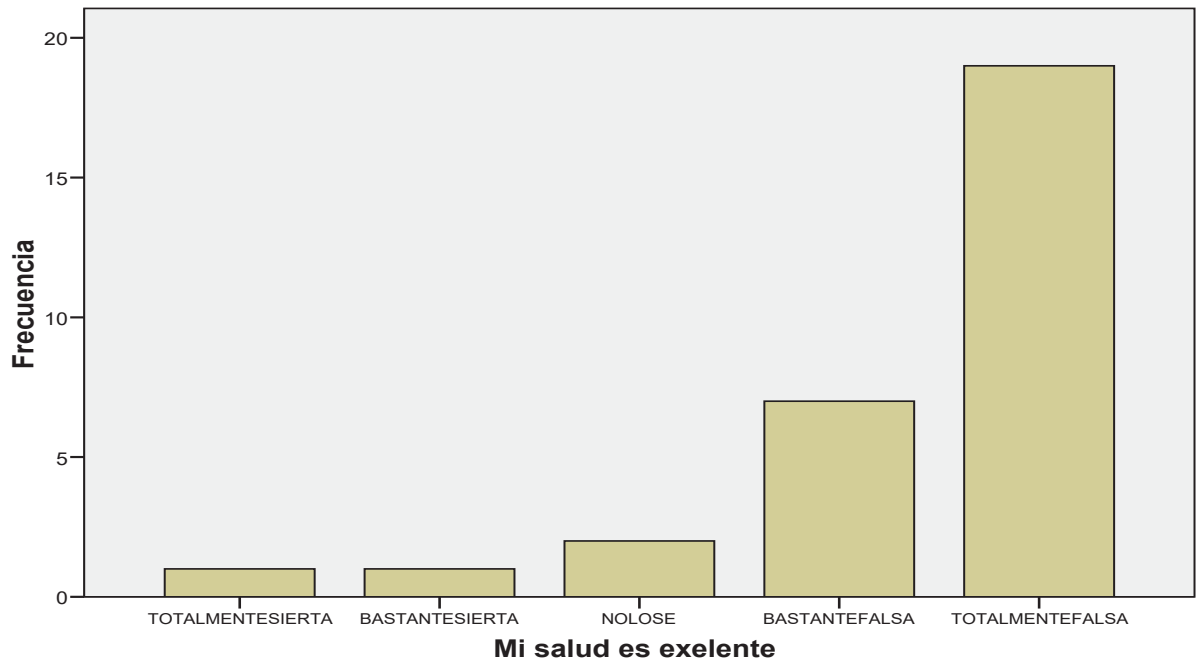
FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.

Creo que mi salud va a empeorar



FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.

Mi salud es excelente



FUENTE: Encuesta en Hospital de Segundo Nivel; instrumento genérico SF-36.