

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



“CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA Y CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LOS  
PACIENTES INSUFICIENTES RENALES CRÓNICOS TERMINALES EN  
TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS”

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA  
MENCION GESTIÓN DEL CUIDADO

AUTORA:  
PAOLA PUEBLA SANTIBÁÑEZ  
DOCENTE GUÍA:  
NIDIA NÚÑEZ ALVARADO

VALPARAÍSO, OCTUBRE  
2010

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



“CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA Y CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LOS  
PACIENTES INSUFICIENTES RENALES CRÓNICOS TERMINALES EN  
TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS”

Tesis presentada a la Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería y Obstetricia, carrera de Enfermería. En cumplimiento parcial de los resultados para optar al Grado de Magíster en Enfermería, mención Gestión del Cuidado.

Por

PAOLA PUEBLA SANTIBAÑEZ

Valparaíso, Chile

2010

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



### INFORME DE APROBACIÓN TESIS DE MAGÍSTER

La comisión evaluadora de Tesis comunica al Director de la Escuela de Enfermería y Obstetricia, de la Facultad de Medicina, que la Tesis de Magíster presentada por el candidato

PAOLA PUEBLA SANTIBÁÑEZ

ha sido aprobada en el examen de defensa de Tesis, rendido el día....., como requisito para optar al grado de Magíster en Enfermería con mención en Gestión del cuidado y, para que así conste para todos los efectos firman:

Profesor Patrocinante

Profesor

---

Comisión Evaluadora

Profesor

---

Profesor

---

## **AGRADECIMIENTOS.**

Quiero agradecer a:

Dios, mi fiel amigo, compañero incansable que animaste y animas mi vida a cada instante con tu amor y dulce paz.

Mis padres por su apoyo en todo tiempo y por el continuo estímulo para superar los obstáculos.

Mi esposo por brindarme su apoyo constante y comprensión al tener que acceder a compartir el tiempo junto con mis estudios.

Mis amigas y colegas que apoyaron con alegría esta decisión de crecer en conocimiento y soñar con alcanzar nuevas metas.

Mis queridos docentes y colegas que me brindaron su apoyo, tiempo y conocimiento para lograr lo que hoy concluyo: gracias Srta. Nidia Núñez, gracias Sr. Alberto Caro, gracias Dr. Víctor Nicovani, gracias Magaly Rodríguez, gracias Vivian Cofre.

## ÍNDICE DE MATERIAS

	<b>Pág.</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	I
<b>ÍNDICE DE MATERIAS</b>	ii
<b>ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICOS</b>	iv
<b>ÍNDICE DE ABREVIATURAS</b>	vi
<b>RESUMEN</b>	vii
<b>ABSTRACT</b>	vii
<b>CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN</b>	01
<b>CAPITULO 2: DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	04
2.1 Título de la investigación	05
2.2 Pregunta de la investigación	05
2.3 Objetivos de la investigación	05
2.3.1 Objetivo General	05
2.3.2 Objetivos Específicos	05
<b>CAPITULO 3: MARCO TEORICO</b>	06
3.1 Antecedentes	07
3.2 Definición de conceptos	13
3.3 Teoría de Enfermería de Nancy Roper, Winifred Logan y Alison Tierney.	16
3.4 Instrumentos de Evaluación de la Calidad de Vida relacionada con la Salud	20
3.5 Descripción del sistema de variables	20
3.5.1 Definición de variables	20
<b>CAPITULO 4: MARCO METODOLÓGICO</b>	23
4.1 Tipo de Investigación	24
4.2 Descripción de cuestionario SF-36 Versión 2, que mide Percepción de calidad de vida	24
4.3 Descripción de escalas	25
4.4 Verificación de pruebas para supuestos	26
4.5 Población a estudiar	27
4.6 Criterios de inclusión en la muestra	27
4.7 Tipo de información recopilada	27
4.8 Técnicas para obtener la información	28
4.9 Temporalidad	28

	<b>Pág.</b>
4.10 Procedimientos éticos	29
<b>CAPITULO 5: ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>	<b>30</b>
5.1 Datos personales de los pacientes encuestados	31
5.2 Calidad de vida de los pacientes encuestados según percepción personal medida a través de cuestionario SF-36 versión 2	37
5.2.1 Análisis de resultados del cuestionario SF-36 versión 2	37
5.3 Tablas de escalas de componentes de salud física	43
5.4 Tablas de escalas de componentes de salud mental	47
<b>CAPITULO 6: CONCLUSIONES</b>	<b>50</b>
<b>CAPITULO 7: SUGERENCIAS</b>	<b>57</b>
<b>CAPITULO 8: BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>60</b>
<b>CAPITULO 9: ANEXOS</b>	<b>66</b>
Anexo A Cuestionario de Salud SF-36 V2	67
Anexo B Consentimiento Informado.	74
Anexo C Cuestionario de datos sociodemográficos y características personales del paciente en hemodiálisis.	76
Anexo D Tablas de resultados estadísticos por componente de salud según sexo.	77

## ÍNDICE DE CUADROS, TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICOS

		<b>Pág.</b>
Cuadro N° 1	Resumen Teoría Modelo de la Vida de Nancy Roper y cols.	19
Figura 1	Modelo de Medición del SF-36 v2.	21
Tabla N° 1	Exámenes de laboratorio	28
Gráfico N° 1	Edad de los pacientes encuestados	31
Gráfico N° 2	Sexo de lo pacientes encuestados	31
Gráfico N° 3	Escolaridad de los pacientes encuestados	32
Gráfico N° 4	Estado civil de los pacientes encuestados	32
Gráfico N° 5	Actividad laboral de los pacientes encuestados	33
Gráfico N° 6	Previsión de salud de los pacientes encuestados	33
Tabla N° 2	Tiempo en la terapia de los pacientes encuestados	34
Tabla N° 3	Hematocrito (Hto) al ingreso a la terapia de los pacientes encuestados	34
Tabla N° 4	Hematocrito (Hto) a los 6 meses de ingreso a la terapia de los pacientes encuestados	34
Tabla N° 5	Hematocrito (Hto) al año de ingreso a la terapia de los pacientes encuestados	35
Gráfico N° 7	Estado de pacientes encuestados respecto a programa de trasplante	35
Gráfico N° 8	Características de deambulación en pacientes encuestados	36
Gráfico N° 9	Estado visual de los pacientes encuestados	36
Tabla N° 6	Clasificación de datos de calidad de vida obtenidos según percentiles	37
Tabla N° 7	Resumen de puntajes de medias totales de calidad de vida por escala en el total de la población encuestada.	38
Tabla N° 8	Resumen de puntaje de medias totales de calidad de vida por escala y por sexo de la población encuestada.	38
Tabla N°9	Análisis de componente de salud física y componente de salud mental en relación a edad de los pacientes encuestados	39
Tabla N° 10	Análisis de componente de salud física y componente de salud mental en relación a sexo de los pacientes encuestados	39
Tabla N° 11	Análisis de componente de salud física y componente de salud mental en relación a tiempo en la terapia de los pacientes encuestados	40
Tabla N° 12	Análisis de componente de salud física y componente de salud mental en relación a actividad laboral de los pacientes encuestados	40

		<b>Pág.</b>
Tabla N° 13	Análisis de componente de salud física y componente de salud mental en relación a pertenencia o no a programa de trasplante de los pacientes encuestados	41
Tabla N° 14	Análisis de componente de salud física y componente de salud mental en relación a tipo de deambulación de los pacientes encuestados	41
Tabla N° 15	Análisis de componente de salud física y componente de salud mental en relación a estado visual de los pacientes encuestados	42
Tabla N° 16	Función física	43
Tabla N° 17	Rol físico	44
Tabla N° 18	Dolor corporal	44
Tabla N° 19	Dolor corporal	45
Tabla N° 20	Salud general	45
Tabla N° 21	Salud general	46
Tabla N° 22	Vitalidad	47
Tabla N° 23	Función social	47
Tabla N° 24	Función social	48
Tabla N° 25	Rol emocional	48
Tabla N° 26	Salud mental	49
Cuadro N° 2	Diferencias entre estudio de calidad de vida aplicado a pacientes en hemodiálisis de la Ciudad de Concepción y pacientes de la V Región	51
Tabla N° 27	Resultados encuestas calidad de vida realizada por la Superintendencia de Salud, 2005	52
Tabla N° 28	Resultados encuestas calidad de vida en Chile, 2006	53

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

		<b>Pág.</b>
OMS	Organización Mundial de la Salud	02
GES	Garantías Explícitas en Salud	02
CVRS	Calidad de Vida relacionada con la Salud	02
IRCT	Insuficiencia Renal Crónica Terminal	05
IRC	Insuficiencia Renal Crónica	07
MINSAL	Ministerio de Salud	13
Asodi	Asociación de Dializados de la V Región	59

## RESUMEN

Estudio descriptivo de corte transversal cuyo objetivo principal fue describir la Calidad de vida y características personales de los pacientes insuficientes renales crónicos terminales en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis. El grupo de estudio estuvo constituido por 62 pacientes de tres Centros de Diálisis de la región de Valparaíso, Chile. La Calidad de Vida fue medida a través del cuestionario genérico de salud SF-36 versión 2 adaptada a la población de Chile. El 63% de la población encuestada tiene sobre 60 años, el 71% corresponde a hombres, más de la mitad de los pacientes declararon estar casados y tener una educación media completa.

El valor más alto de calidad de vida fue 97,32, mientras que el puntaje más bajo obtenido corresponde a 20,54 puntos. Se pudo concluir que en esta población la percepción de calidad de vida va de regular a buena y que más del 50% de los pacientes encuestados presentan una calidad de vida por sobre el nivel de la media o promedio total.

Palabras claves: Calidad de vida, insuficiencia renal crónica terminal, hemodiálisis.

## ABSTRACT

Cross sectional study whose main objective was to describe the quality of life and personal characteristics of ESRD patients on replacement therapy with hemodialysis.. The study group consisted of 62 patients from three Dialysis Centers in the region of Valparaiso, Chile. Quality of life was measured by the generic health questionnaire SF-36 version 2 adapted to the population of Chile. 63% of the surveyed population has over 60 years, 71% were men; more than half of patients reported being married and having a complete secondary education.

The highest quality of life was 97.32, whereas the lowest score obtained was 20.54 points. We concluded that in this population the perception of quality of life is fair to good and that over 50% of patients surveyed have a quality of life above the level of the average or overall average.

Keywords: Quality of life, chronic renal failure, hemodialysis.

# **CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN**

## INTRODUCCIÓN

El impacto que la enfermedad renal crónica terminal produce en el paciente que es diagnosticado como tal, genera una serie de ajustes y cambios en el estilo de vida, que afecta no solo a quien la presenta, sino que involucra a su familia y entorno, el cual irá siendo modificado según los nuevos requerimientos del paciente. La ansiedad, cambios en su alimentación, en sus actividades y el asumir el autocuidado de su salud mediante un tratamiento sustitutivo de la función renal le llevará a enfrentar su concepto de calidad de vida de manera distinta.

La Organización Mundial de la Salud<sup>1</sup>, en 1995 define Calidad de vida relacionada con la salud<sup>2</sup> 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, valores y preocupaciones.” Este concepto está relacionado con el nivel individual de satisfacción en las diferentes esferas de la vida.

Hasta hace más de diez años, este concepto estuvo más centrado en las respuestas ante los efectos físicos, psicológicos y sociales que genera la enfermedad en la vida diaria del paciente y en la capacidad para recuperar el bienestar, no obstante, actualmente el concepto es visto más como una evaluación que realiza el individuo respecto a su salud, relacionada con el grado de funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad y el cuidado personal para realizar las actividades cotidianas, así como el bienestar emocional y la percepción general de la salud; concibiéndose así el concepto de calidad de vida relacionado con la salud.

En Chile, el número de pacientes con enfermedad renal crónica ha ido aumentando progresivamente, en paralelo a la incidencia creciente de patologías como diabetes mellitus e hipertensión arterial. La mayor facilidad de acceso a diálisis, ha generado un aumento de personas con este tratamiento, en donde sus posibilidades de vida son extendidas, pero no mejora necesariamente su calidad de vida.

La insuficiencia renal crónica terminal como patología que se encuentra contemplada dentro de las Garantías Explícitas en Salud<sup>3</sup>, fue incluida a partir de julio del 2002, en donde se accede a la terapia de hemodiálisis, con posibilidad de trasplante si el paciente califica para ello. Posteriormente, a partir de julio del 2007, se incorpora la peritoneodialisis como tratamiento cubierto por el GES, para pacientes determinados: Hepatitis B, VIH, extrema ruralidad y pacientes sin acceso de tipo vascular. Estos criterios fueron ampliados a partir de julio de 2009, en donde

---

<sup>1</sup> OMS

<sup>2</sup> CVRS

<sup>3</sup> GES

además se considera el criterio médico para determinar el tipo de terapia de diálisis al que ingresará el paciente.

Pocos son los estudios realizados respecto a la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes insuficientes renales crónicos en diálisis de nuestro país, por lo cual surgió la necesidad de conocer la percepción que tienen éste tipo de pacientes respecto a su calidad de vida, con el fin de gestionar el cuidado de su salud de manera efectiva, considerando aspectos físicos, emocionales, sociales y la percepción de su calidad de vida actual que influirá en el cuidado de su salud y cumplir con el rol asignado al profesional de enfermería de: la gestión del cuidado, favoreciendo la continuidad de los cuidados del paciente debido a que el profesional de Enfermería es quien recibe las necesidades del paciente al permanecer durante todo el tiempo de la terapia en contacto con el paciente, teniendo la responsabilidad de satisfacer y referir de manera oportuna las necesidades del paciente que requieran su intervención o la de otros profesionales con el fin de favorecer su calidad de vida y óptimo desarrollo de sus actividades vitales, puesto que todos los pacientes se ven enfrentados a un mismo tipo de tratamiento pero su sentir frente a su nueva situación de salud varía entre ellos, por el solo hecho de ser personas distintas, con una historia personal única, lo que implica ser atendidos de acuerdo a sus necesidades, para lo que resulta imprescindible conocer a cada paciente de forma integral con el fin de poder otorgar una atención personalizada y completa que incluya a su núcleo familiar.

Respecto a los datos de este estudio se debe señalar que estos fueron obtenidos mediante la aplicación del cuestionario SF-36 versión 2, validado en Chile (Olivares, 2005), que mide calidad de vida, y un cuestionario de datos personales elaborado por la autora de esta investigación.

## **CAPITULO 2: DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN**

## DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

### 2.1. Título de la Investigación.

“Calidad de vida percibida y características personales de los paciente insuficientes renales crónicos terminales en tratamiento de hemodiálisis”

### 2.2 Pregunta de investigación:

¿Cuál es la calidad de vida que expresan tener los pacientes insuficientes renales crónicos terminales tratados con Hemodiálisis?

### 2.3 Objetivos de la Investigación.

#### 2.3.1 Objetivo General.

- Describir la calidad de vida y características personales de los pacientes insuficientes renales crónicos terminales en hemodiálisis.

#### 2.3.2 Objetivos Específicos.

- Identificar la calidad de vida que expresan tener los pacientes del estudio.
- Identificar como afecta el sexo en el componente de salud mental y físico de los pacientes en estudio
- Identificar como afecta la actividad laboral en el componente de salud mental y físico de los pacientes en estudio.
- Identificar como afecta la edad en el componente de salud mental y físico de los pacientes en estudio.
- Identificar como afecta el tiempo en la terapia con en el componente de salud mental y físico de los pacientes en estudio.
- Identificar como afecta el estar o no en programa de trasplante en el componente de salud mental y físico de los pacientes en estudio.
- Identificar como afecta la deambulaci3n con o sin apoyo en el componente de salud mental y físico de los pacientes en estudio.
- Identificar como afecta el estado visual en el componente de salud mental y físico de los pacientes en estudio.

## **CAPITULO 3: MARCO TEÓRICO**

## MARCO TEORICO.

### 3.1 Antecedentes.

La Insuficiencia Renal Crónica<sup>4</sup> es una enfermedad que implica el deterioro lento, progresivo e irreversible de las funciones renales, como consecuencia de la destrucción de las neuronas; en la práctica este término es sinónimo de reducción del filtrado glomerular. La IRC evoluciona en periodos de tiempo variables, que oscilan desde unos meses a muchos años, hasta llegar a una fase terminal, en la que solo la diálisis o el trasplante permiten la supervivencia de quien la padece. (Andreu, L y col.1997). Las causas más frecuentes que pueden llevar a una persona a padecer de Insuficiencia renal crónica terminal<sup>5</sup> en nuestro país, son: la diabetes mellitus, hipertensión arterial, causas hereditarias como riñón poliquístico, causas no filiadas, como también puede ocasionarse secundaria a enfermedades sistémicas.

En relación al tratamiento sustitutivo de la función renal que hemos considerado para este estudio, tenemos a la hemodiálisis, que se realiza a través de una máquina que filtra la sangre del paciente para extraer los desechos urémicos de la IRCT. En este tipo de terapia, el paciente debe asistir al menos tres veces por semana a la unidad de diálisis y permanecer allí de tres a cuatro horas por sesión. Por otra parte, el tratamiento debe acompañarse de una estricta dieta alimenticia, para controlar los niveles de fósforo, potasio, sodio, calcio y restricciones en la ingesta de líquidos y toma de medicamentos de forma permanente.

Éste tipo de tratamiento requiere de un compromiso del paciente y/o familiar a cargo, además de la constancia y responsabilidad de parte de ellos y el asumir una enfermedad como parte de la vida, cuyo tratamiento será vital para la prolongación de ésta.

En Chile, el número de pacientes con IRCT ha ido aumentando progresivamente, llegando al 31 de agosto del 2009 a existir un total de 14.565 pacientes en hemodiálisis (Poblete, H). En 1980 existían 12,7 pacientes por millón de población (ppm), y se incrementó a 685 ppm en 2005-2006. De acuerdo a los datos obtenidos en la cuenta de hemodiálisis crónica, (Poblete, H, al 31 de agosto del 2009), el 72,4% de los pacientes son mayores de 50 años y las proyecciones demográficas para los años siguientes, hacen esperar un aumento del número de pacientes en diálisis geriátricos y con enfermedades crónicas y degenerativas asociadas. Un número importante

---

<sup>4</sup> IRC

<sup>5</sup> IRCT

de los pacientes en diálisis tienen comorbilidad asociada, como diabetes mellitus, enfermedad coronaria, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular periférica y cerebrovascular, las cuales son de carácter progresivo afectando a otros órganos y sistemas. El 34,5% de los pacientes diabéticos en programa de diálisis tienen alguna secuela secundaria a la enfermedad de base, ya sea amputación de alguna extremidad, limitaciones visuales o ambas. El 44,1% de los pacientes en diálisis tienen actividad limitada, muy limitada o incapacidad de autocuidado.<sup>6</sup> Así la terapia de diálisis ha mejorado la sobrevida, pero no necesariamente lo que la persona considera como calidad de vida.

La evaluación de calidad de vida en un paciente es definida por Patrick y Erickson (1993) 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)<sup>7</sup> 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 CVRS, 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).

---

<sup>7</sup> Citado por Schwartzmann, L. 2003.

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. (Schwartzmann, L. (2003).

La 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 mediciones que se realicen respecto a la CVRS deben reflejar la percepción de las personas comunes en la materia, incluidos los pacientes.

1. 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, citado por Schwartzmann, L.2003):

1- La investigación de la *felicidad*, proveniente de la tradición psicológica, es definida por Jones en 1953 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 DQCM, Nicolson N.A., Deslepaal PAEG. & De Vries MW., 2000).

2- 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):

- a. Necesidades fisiológicas (alimentación, agua, aire, cobijo de las fuerzas de la naturaleza, etc.)
- b. Necesidad de relación emocional con otras personas.
- c. Necesidad de aceptación social.
- d. Necesidad de realización y de sentido.

3- 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 definir salud 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. (Bibliografía citada por Schwartzmann, L.2003).

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

Durante la última década la CVRS se ha ido transformando en una importante medida del impacto de los cuidados médicos. La opinión cada vez más extendida y aceptada entre los profesionales de la salud de que las variables médicas tradicionales de resultado son insuficientes para mostrar una visión apropiada del efecto de la atención e intervención sanitarias, unido a las características de los problemas de salud y al espectacular desarrollo de nuevos productos farmacológicos y de tecnología sanitaria, ha propiciado el interés por el concepto y la medida de calidad de vida en el área de la salud. (Badia, X. 2004. Qué es la calidad de vida relacionada con la salud. Revista Gastroenterología hepatología. Vol.27Núm. Supl.3).

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.

La OMS en 1995, 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, valores y preocupaciones.”; habiéndose demostrado su relación con la utilización de recursos sanitarios, institucionalización, pérdida de autonomía y muerte.

La definición de la OMS, suplementariamente, hace un aporte muy valioso, al enfatizar la importancia que tienen para la auto-evaluación los factores culturales.

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 CVRS (Alvares y Badía, 1995).

Hasta hace más de diez años, este concepto estuvo más centrado en las respuestas ante los efectos físicos, psicológicos y sociales que genera la enfermedad en la vida diaria del paciente y en la capacidad para recuperar el bienestar (Ruiz, Román, Martín, Alférez & Prieto, 2003; citado por Contreras, F, Esguerra, G, et, al. 2006), no obstante, actualmente el concepto es visto más como una evaluación que realiza el individuo respecto a su salud, relacionada con el grado de funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad y el cuidado personal para realizar las actividades cotidianas, así como el bienestar emocional y la percepción general de la salud, generándose el concepto de CVRS. (Alvarez-Ude, 2001;Badia & Lizán, 2003; Schwartzmann, et al 1999; citado por Contreras, F, Esguerra, G, et, al. 2006).

En nefrología la evaluación tiene importancia por la estrecha correlación entre calidad de vida y los índices de morbilidad y mortalidad, ya que ambos tienden a ser mejores en pacientes con buena calidad de vida. También se puede aplicar a un paciente individual, ya que permite seguir la evolución a través del tiempo o de diferentes tratamientos.

Por otra parte, evaluar la calidad de vida en salud permite también conocer cómo los individuos y grupos enfrentan los factores que amenazan su salud, y como responden a los tratamientos para restablecerla lo cual implica expectativas de éxito en las acciones emprendidas, las que difieren entre individuos, así estos se encuentren bajo las mismas circunstancias. En este sentido, la calidad de vida que percibe el individuo está en función de diversos factores, lo que supera la presencia misma de la enfermedad crónica y su tratamiento, y de ello que dependerá en cierta medida el bienestar del paciente, así como la adhesión y la respuesta al tratamiento de sustitución renal. Por lo tanto resulta fundamental conocer cual es la percepción de cada paciente de su calidad de vida, ya que esto nos permitirá otorgar una atención personalizada, puesto que todos los pacientes se ven enfrentados a un mismo tipo de tratamiento pero su sentir frente a su nueva situación de salud varia entre ellos, por el solo hecho de ser personas distintas, con una historia personal única, lo que implica ser atendidos de acuerdo a sus necesidades, para lo que resulta imprescindible conocer a cada paciente de forma integral para poder otorgar una atención personalizada e integral que incluya a su núcleo familiar. En este contexto resalta la figura del profesional de Enfermería, quien como encargado de la Gestión del cuidado en lo relativo a la promoción, restauración de la salud y prevención de enfermedades o lesiones, debe considerar también en su quehacer la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente.

El cuidado de la salud de las personas, es por lo tanto, el eje principal y el fin de la profesión enfermera. El cuidar de la salud, es lo que ha configurado el quehacer enfermero a lo

largo de toda la historia., lo cual ha significado que la integralidad, la dignidad, la salud y la autonomía de la vida de las personas sea reconocida como el valor sustentador de la disciplina.

La gestión del cuidado de los pacientes insuficientes renales crónicos terminales favorecerá la continuidad de los cuidados de estos, debido a que el profesional de Enfermería es quien detecta las necesidades del paciente al pasar durante todo el tiempo de la terapia en contacto con este, teniendo la responsabilidad de satisfacer y referir de manera oportuna las necesidades que requieran su intervención o la de otros profesionales con el fin de favorecer su calidad de vida y óptimo desarrollo de sus actividades vitales.

### **3.2 Definición de conceptos:**

a) Calidad de vida relacionada con la salud: evaluación que realiza el individuo respecto a su salud, relacionada con el grado de funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad y el cuidado personal para realizar las actividades cotidianas, así como el bienestar emocional y la percepción general de la salud, generándose el concepto de calidad de vida relacionado con la salud (CVRS). (Alvarez-Ude, 2001;Badia & Lizán, 2003; Schwartzmann, et al 1999)<sup>8</sup>.

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).

b) Insuficiencia renal crónica terminal: Corresponde a la situación clínica derivada de la pérdida de función renal permanente y con carácter progresivo a la que puede llegarse por múltiples etiologías, tanto de carácter congénito y/ o hereditario como adquiridas.

En su etapa terminal, definida por Síndrome Urémico y Ecografía que demuestre daño parenquimatoso, requiere tratamiento de sustitución renal por diálisis o trasplante. (Minsal, 2005)<sup>9</sup>.

c) Hemodiálisis: es una técnica de depuración extracorpórea de la sangre que suple parcialmente las funciones renales de excretar agua y solutos, y de regular el equilibrio ácido-base y electrolítico. No suple las funciones endocrinas ni metabólicas renales.

Consiste en interponer entre dos comportamientos líquidos (sangre y líquido de diálisis) una membrana semipermeable. Para ello se emplea un dializador o filtro.

---

<sup>8</sup> citado por Contreras, F, Esguerra, G, et, al. 2006.

La membrana semipermeable permite que circulen agua y solutos de pequeño y mediano peso molecular, pero no proteínas o células sanguíneas, muy grandes como para atravesar los poros de la membrana.

Los mecanismos físicos que regulan estas funciones son dos: la difusión o transporte por conducción y la ultrafiltración o transporte por convección. (Lorenzo. V. Manual de nefrología. Cap.15.Pág.324).

d) Trasplante renal: El trasplante renal es el tratamiento de elección para la mayoría de los pacientes con insuficiencia renal terminal. La principal indicación es la mejoría significativa en la calidad de vida, especialmente en los pacientes jóvenes. A diferencia de otros órganos vitales los pacientes que no se trasplantan pueden permanecer en alguna forma de diálisis.

La evidencia actual ha demostrado que el trasplante renal se relaciona también a un aumento en la sobrevida de estos pacientes. (Troncoso. P. Manual de urología esencial. 2008)

e) Los pacientes que cumplan con los requisitos para optar a trasplante podrán optar a la prestación GES y realizarse:

- Estudio pre-trasplante completo para acceder a Lista de Espera: dentro de 10 meses desde indicación del especialista.
- Trasplante Renal: finalizado el estudio pre-trasplante ingresan a lista de espera de trasplante, el que se efectúa de acuerdo a disponibilidad de órgano.

Los requisitos para el ingreso de los pacientes al Programa de trasplante están de acuerdo a los lineamientos generales del Ministerio de Salud y a lo establecido por cada unidad de Trasplante del país. En la Unidad de Trasplante y Procuramiento de Órganos del Hospital Carlos Van Buren, los siguientes requisitos son los que se consideran para incluir o excluir a los pacientes en el programa (2ª actualización 2007):

Generales o criterios de inclusión:

- Ser chileno o extranjero residente en Chile.
- Tener menos de 65 años.
- No tener patologías que contraindiquen su inclusión.
- Buena adherencia a hemodiálisis (asistencia a todas sus sesiones y controles médicos).
- Red de apoyo social y/o familiar estable.

Contraindicaciones relativas.

1. Índice de masa corporal igual o mayor a 30.

---

<sup>9</sup> Minsal, 2005.

2. alcoholismo y drogadicción
3. diabetes mellitas tipo II deben ser evaluados previamente con estudio de:
  - Cardiovascular y vascular periferico.
  - Estudio coronario completo, eventual.
  - Urodinamia para descartar vejiga neurogénica asintomática.

Contraindicaciones absolutas.

1. cáncer activo.
2. infecciones sistemáticas activas.
3. enfermedades inmunológicas activas.(Glomerulopatias cresenticas, Síndrome de membrana antibasal).
4. enfermedad con expectativa de vida menor a dos años.
5. portadores o enfermos de VIH-SIDA.
6. portadores de hepatitis B.
7. diabetes mellitas tipo I.
8. reos.
9. Psicosis y retardo mental.

Consideraciones en pacientes con patología extrarrenal:

1. Cardiopatía coronaria: Estudio coronario completo, electrocardiograma y ecocardiograma; autorización por el especialista para ingreso al protocolo pretrasplante renal.
2. Enfermedades o antecedentes de patologías cerebrovasculares: Evaluación con neurólogo, eventual Doppler Carotideo y ecocardiograma.
3. Desnutrición: Apoyo con nutricionista hasta recuperar estado nutricional.
4. Patología respiratoria debe ser evaluado por especialista y la autorización dde la especialidad. (se debe enviar interconsulta y explicar riesgo de tratamiento).
5. Portadores hepatitis C: Se debe tomar PCR y viremia negativa.

Para el caso de pacientes mayores de 65 años y con patología extrarrenal se evaluará cada caso en particular, decidiéndose finalmente en reunión clínica.

### **3.3 Teoría de Enfermería de Nancy Roper, Winifred Logan y Alison Tierney.**

En la presente investigación se consideró a la Teorista Nancy Roper, quien desarrolló un modelo de Enfermería basado en el modelo de la vida, en el cual recibió la colaboración de Winifred Logan y Alison Tierney, teoristas que cimentaron su teoría en los siguientes componentes conceptuales:

1. Actividades de la vida: las doce actividades de la vida describen a la persona (el objetivo central) en el complejo proceso de la vida desde una amalgama de actividades que incluyen: mantener un entorno seguro, comunicarse, respirar, comer y beber, funciones de eliminación, higiene personal y vestido, control de la temperatura corporal, movilidad, trabajo y ocio, expresión de la sexualidad, sueño y muerte.
2. Factores que influyen en las actividades vitales: En este modelo, los factores se agrupan en cinco grandes categorías: Biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y político-económicos.
3. Línea continua de dependencia e independencia: aquí se estudia la dependencia e independencia de la persona; estudia lo relacionado con cada actividad de la vida, por separado. Se reconoce además que hay fases de la vida en la que una persona todavía no puede realizar con independencia ciertas actividades de la vida y varía desde estar incapacitado a tener la capacidad de realizarlas.
4. Duración de vida: este concepto se define como el momento que transcurre entre el nacimiento y la muerte de las personas. Estos datos temporales se registran en la mayoría de los países, posibilitando realizar predicciones en cada grupo de población.
5. Individualidad de la vida: es la forma con que el individuo realiza las actividades de la vida en relación con el lugar del individuo en su espacio de vida, en un continuo de dependencia-independencia, y en la medida en que se ve modificado por los factores que influyen sobre las actividades de la vida antes nombrados.

Otros conceptos involucrados en este modelo de enfermería:

1. Enfermería: se define como una ayuda a las personas para:

- Prevenir problemas potenciales relacionados con las AV que puedan convertirse en problemas reales.
- Mitigar o resolver problemas.
- Prevenir la recurrencia de problemas ya tratados.
- Afrontar con espíritu positivo cualquier problema, incluida la muerte y el estado agonizante de los pacientes y el duelo de sus allegados.

2. Persona: se define en función de las 12 actividades vitales que realiza según su estado de dependencia/independencia y de la fase de la vida en la que se encuentre, dentro de un contexto influido por factores biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y político-económicos. Los términos persona, paciente y cliente se usan de forma indistinta, e incluyen en ocasiones los de familia y otras personas.

3. Salud: aquí se habla de independencia asistida. Una persona puede sentirse sana aun cuando tenga una discapacidad manifestada. El resultado que se espera es la adquisición y el mantenimiento de un estado de salud positivo.

4. Entorno: se refiere a todo aquello que es físicamente externo a la persona. Ello se extiende a las demás personas y se subraya la interacción entre los factores psicológicos y socioculturales y los ambientales. El entorno se considera tan importante que una de las 12 actividades vitales contempladas es el mantenimiento de un entorno seguro.

Una persona enferma puede tener un problema real o potencial; A su vez, estos problemas surgen por diferentes hechos importantes que parecen querer satisfacer sus actividades vitales conocido como Problema potencial el cual engloba además, del fomento y mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad.

Las Profesionales de Enfermería deben ser educadoras en salud, que tengan como finalidad colaborar con el paciente, quien normalmente posee autonomía a la hora de tomar decisiones, en donde la enfermera debe ayudar a prevenir, investigar, resolver o afrontar de forma positiva los problemas relacionados con las Actividades de la Vida, centrándose básicamente en prevenir problemas potenciales.

Respecto al perfil de los pacientes insuficientes renales crónicos terminales, podemos decir que resulta ser muy particular, ya que el ingreso a diálisis desencadena una situación de crisis, en la que el paciente debe hacer un esfuerzo en adaptarse y rediseñar su vida, en donde la capacidad para enfrentar situaciones difíciles, sobreponerse y salir fortalecido resultan indispensables. Algunas de sus actividades de la vida se verán afectadas por los factores que influyen sobre ellas, alterando la independencia del paciente según la etapa de vida que se encuentra viviendo, si es adolescente, adulto o adulto mayor y según las actividades que se encuentre realizando en esta etapa de vida, siendo fundamental el apoyo del profesional de Enfermería al momento de recibir al paciente con el fin de favorecer la aceptación de su nuevo estado de salud, tanto en el paciente como en su familia e informar y educar respecto a todo lo que involucra su situación de salud actual, ayudando al paciente para que asuma de manera adecuada el autocuidado de su salud y pueda adaptarse de la mejor forma a este cambio producido, que será permanente si es que no tiene la posibilidad de un trasplante renal.

Escasas son las investigaciones sobre resiliencia o temas relacionados en este tipo de pacientes, pero si se ha estudiado su estado psicológico y tratamientos cognitivos comportamentales, en donde se evidencian niveles altos de ansiedad, depresión, ideas suicidas y desprecio por ellos mismos (ej.: Livesley, 1982; Kutmer y Paul, 1985<sup>10</sup>). En otro estudio realizado por Zahonero<sup>11</sup>, en donde su muestra era de 76 pacientes, mostró que la tendencia hacia la depresión era mas intensa entre las personas mayores de 26 años, casados, no religiosos, y que habían estado mas de un año en hemodiálisis. Otro estudio realizado por Christensen y col. (1996<sup>12</sup>) demostró que los pacientes que mostraron un mayor compromiso con el tratamiento se asociaban a que estos pacientes percibían menor deterioro físico y mayor conciencia del cuerpo. Cada paciente se percibe a si mismo de manera distinta y de acuerdo a esa percepción tendrá una actitud positiva o negativa de su propia realidad y como esta afecta su calidad de vida.

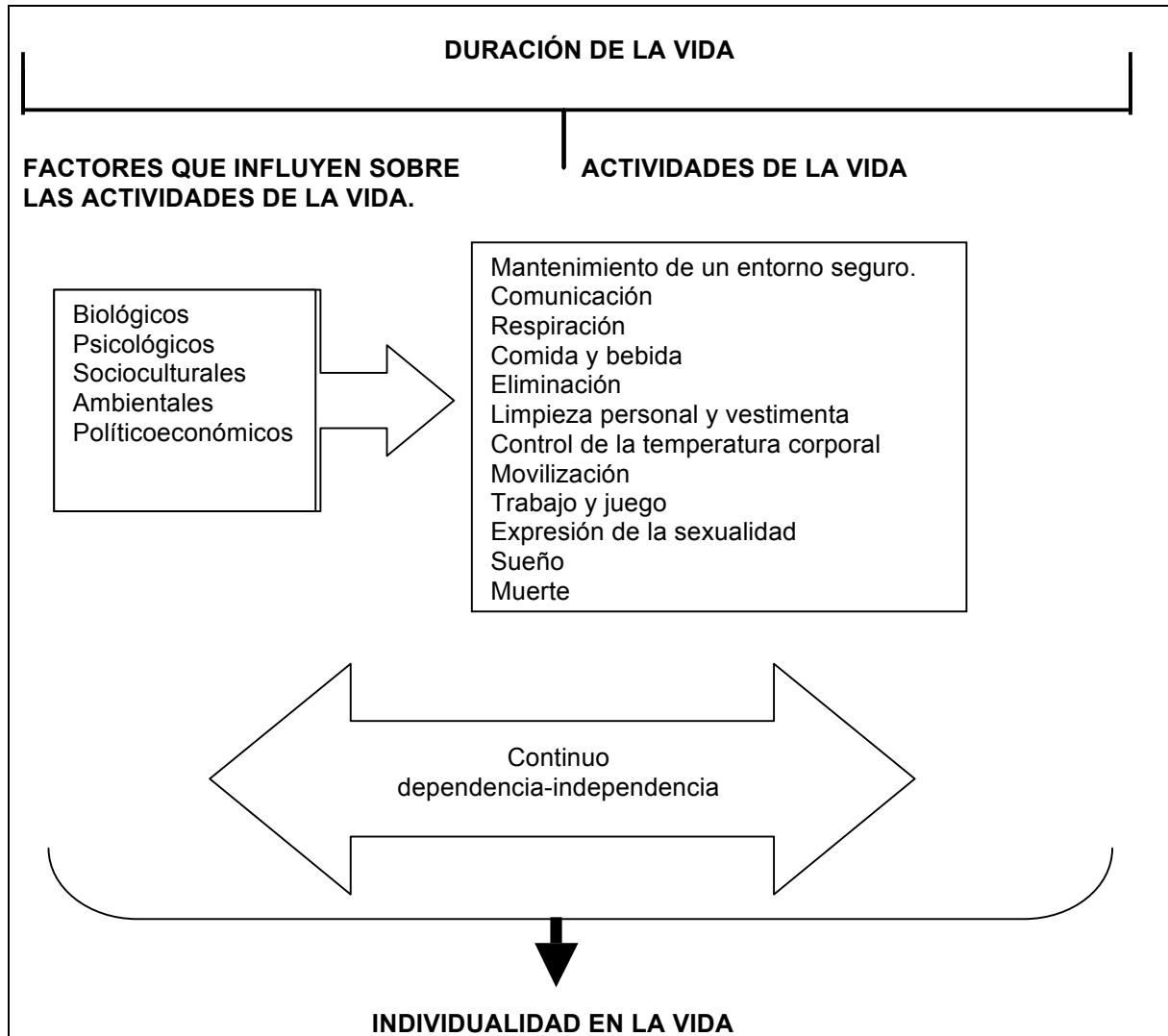
---

<sup>10</sup> Citado por Martorelli, A; Pechón. C; y Mustaca, A. (1998).

<sup>11</sup> Citado por Martorelli, A; Pechón. C; y Mustaca, A. (1998).

<sup>12</sup> Citado por Martorelli, A; Pechón. C; y Mustaca, A. (1998).

Cuadro N° 1: Resumen de Teoría Modelo de la Vida de Nancy Roper, Winifred Logan y Alison Tierney.



El paciente insuficiente renal crónico terminal en hemodiálisis, se verá afectado en sus actividades de la vida, interviniendo de distinta forma cada uno de los factores que influyen sobre ellas, modificándose su nivel de dependencia-independencia según la etapa de vida en que se encuentre, nivel que posteriormente se irá normalizando en la medida que el paciente decida asumir su nuevo estado de salud y acepte las modificaciones que debe hacer respecto al cuidado de ella, evidenciándose la individualidad de respuesta de la persona en todo este proceso.

### **3.4 Instrumentos de Evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.**

Para evaluar la percepción de CVRS de los pacientes insuficientes renales crónicos de la V región se empleó el cuestionario SF-36 v2 adaptado a Chile y usado por la Superintendencia de Salud, en su estudio respecto al “Estado de salud de beneficiarios del sistema de salud de Chile: 2004 -2005”. A través de éste Cuestionario se abordaron áreas relacionadas con la salud emocional y física, involucrado en cada una de ellas la percepción que el paciente tiene respecto a su calidad de vida, evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (> de 14 años de edad).

El diseño del SF –36, incluye preguntas capaces de evaluar un espectro del estado de salud en un rango de estados desde “menos sanos” a “más sanos” de los encuestados. Actualmente, por su utilidad y simpleza, el cuestionario SF-36, es el más usado en estudios de estado de salud, a nivel mundial. Esta encuesta contiene 36 preguntas o ítems, los cuales miden los atributos de 8 conceptos ó escalas de salud. Además se les aplicó a los pacientes un cuestionario de datos sociodemográficos con el fin de conocer sus características personales.

### **3.5 Descripción del sistema de variables.**

#### **3.5.1 Definición de variables:**

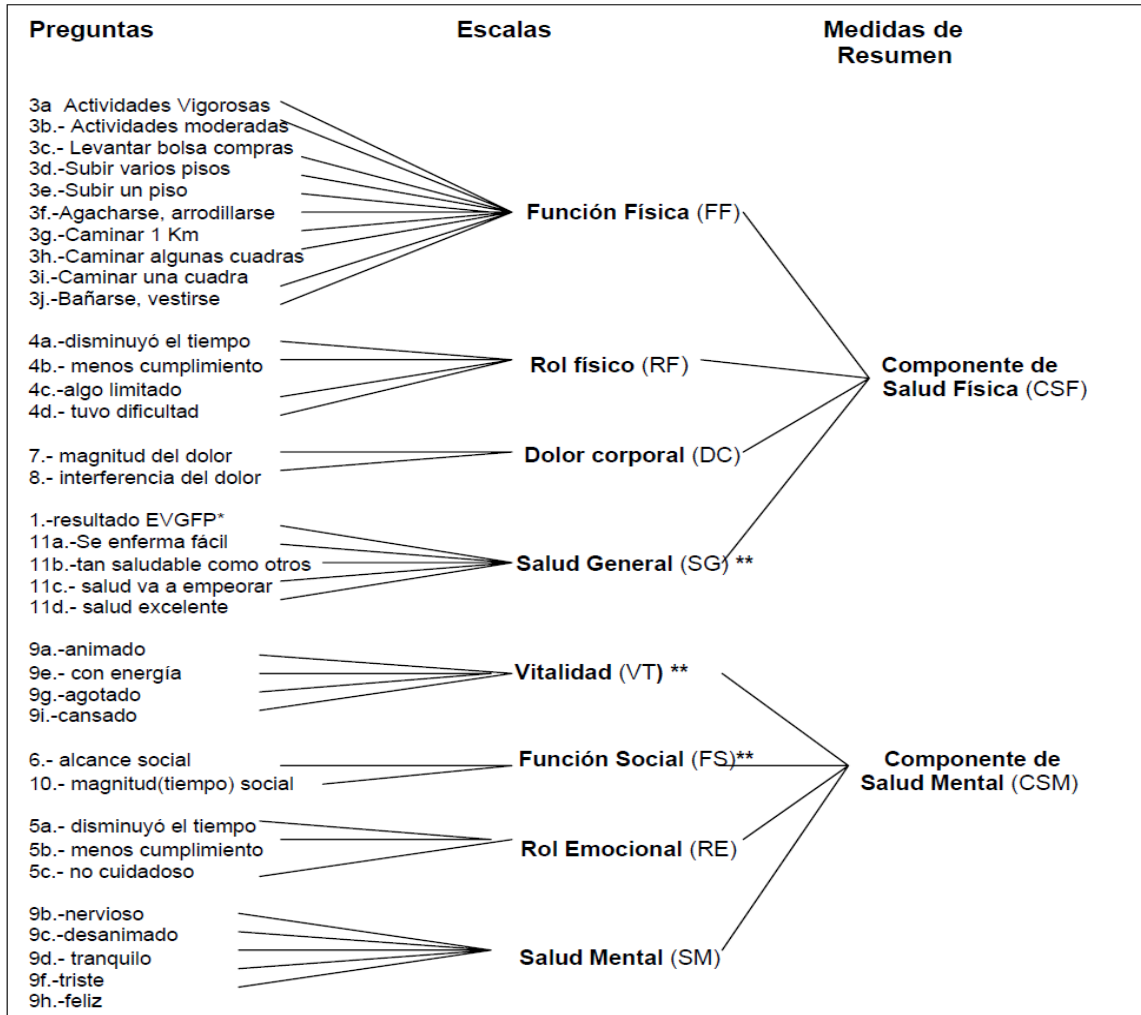
- Las variables medidas en el estudio fueron:

Variable principal: Calidad de vida que será medida a través del cuestionario SF-36 v2, adaptado a Chile, considerando cada uno de sus 8 componentes:

- Función Física
- Rol Físico
- Dolor Corporal
- Salud General
- Vitalidad
- Salud Mental
- Función Social
- Rol Emocional

Cada componente considera una cantidad específica de preguntas dirigidas a describir la percepción del paciente respecto de su calidad de vida a través de cada uno de ellos.

**Figura 1: Modelo de Medición del SF- 36**



Variables secundarias:

Sociodemográficas:

- Iniciales nombres y apellidos.
- Edad: años cumplidos.
- Sexo.
- Centro de diálisis.
- Nivel de escolaridad.

- Estado civil:
- Actividad laboral:
- Previsión:
- En programa de trasplante o no.
- Modalidad: GES o electiva.

Variables de estado de salud:

- Estado visual
- Deambulaci3n: si es solos, acompa1ados o con bast3n.
- Causa de ingreso al tratamiento:
- Hematocrito: al ingreso, a los 6 meses y al a1o de tratamiento.

**CAPITULO 4:**  
**MARCO METODOLÓGICO**

## MARCO METODOLÓGICO.

### **4.1 Tipo de investigación.**

La investigación corresponde a un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal, de naturaleza empírica.

### **4.2 Descripción de Cuestionario SF-36 Versión 2, que mide percepción de Calidad de vida en salud.**

El Cuestionario de Salud SF-36 fue elaborado por Ware y Sherbourne en 1992. El desarrollo y proceso de validación del instrumento ha sido descrito en detalle por McHorney, Ware y Raczek en 1993 y McHorney, Ware, Lu y Sherbourne en 1994. El diseño del SF –36 incluye preguntas capaces de evaluar un espectro del estado de salud en un rango de estados desde “menos sanos” a “mas sanos” de los encuestados. Actualmente, por su utilidad y simpleza, el cuestionario SF-36 es el más usado en estudios de estado de salud, a nivel mundial.

En esta investigación se utilizó la versión estándar de SF-36 v.2, adaptado a Chile que evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (> de 14 años de edad) que fue usado por la Superintendencia de Salud, en su estudio respecto al estado de salud de beneficiarios del sistema de salud de Chile: 2004 -2005.

Para la adecuación cultural del instrumento se usó como base, la versión española de SF-36 la cual, fue adaptada sintáctica y semánticamente a la idiosincrasia chilena (Olivares, 2005). Este proceso de adaptación fue complementado con 2 traducciones del cuestionario SF –36 v.2 en inglés por 2 traductores independientes. El español de Chile fue el idioma nativo de ambos traductores. Uno de los traductores tiene experiencia en investigaciones de salud y el otro una dilatada experiencia en la enseñanza del idioma inglés para adultos. Esta encuesta contiene 36 preguntas, las cuales miden los atributos de 8 conceptos ó escalas de salud.

#### 4.3 Descripción de escalas:

- Función Física: Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos (10 temas).
- Rol físico: Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades (4 temas).
- Dolor corporal: Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 temas).
- Salud General: Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar (5 temas).
- Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 temas).
- Función Social: Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 temas).
- Rol Emocional: Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 temas).
- Salud mental: Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 temas).

Estas 8 escalas o conceptos, a su vez, son agregadas en dos medidas de resumen; un componente de Salud Física (CSF) y un segundo componente de Salud Mental (CSM). Además de los ocho conceptos de salud mencionados, la SF-36 incluye el concepto de cambio global en la percepción del estado de salud actual respecto al año anterior o conocida también como pregunta del Estado de transición (ET). La respuesta a esta pregunta describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud en el último año.

Existen dos versiones del Cuestionario de Salud SF-36; la estándar, en la que el período recordatorio a evaluar es de 4 semanas, y una versión corta, en la que el período recordatorio es de 1 semana. La encuesta SF-36 puede ser auto-aplicada o ser contestada a través de una entrevista personal, telefónica o por e-mail. Responder las 36 preguntas del formulario toma un promedio de 5 a 10 minutos.

Recolectados los datos, las escalas de SF-36 son calculadas usando el método de escalamiento de Likert (Likert, 1932). Este método ha sido ampliamente utilizado en la construcción

de escalas por su simplicidad y confiables resultados. El resultado de la aplicación del SF-36 es un perfil del estado de salud de un individuo o un grupo poblacional.

El puntaje de las escalas va de 0 a 100 puntos y el instrumento considera una media de 50 con una desviación estándar de 10.

Los resultados de la confiabilidad de las escalas medidas por el cuestionario (Alfa de Cronbach) son las siguientes:

- Función Física = 0,9165
- Rol Físico = 0,8802
- Dolor Corporal = 0,8698
- Salud General = 0,7555
- Vitalidad = 0,7977
- Salud Mental = 0,7300
- Función Social = 0,5349
- Rol Emocional = 0,8455

En el caso de la escala de función social se observa que hay poca consistencia en las respuestas por parte del grupo estudiado, al obtenerse un resultado de confiabilidad bajo 0,7. Esta escala sólo tiene dos ítemes, lo que impide examinar adecuadamente su tendencia. No obstante si se aplica en otro grupo esto podría variar.

#### **4.4 Verificación de pruebas para supuestos.**

Respecto a variable Salud General y Componentes Salud Física y Salud Mental se realizaron pruebas de normalidad mediante test de Kolmogorov-Smirnov aceptándose que tienen distribución normal.

En las pruebas de Análisis de Varianza y de Diferencia de Medias de las variables anteriores con las variables de clasificación, se realizó la prueba de Levene de homogeneidad de varianzas. Para Análisis de Varianza en la mayoría de los casos no se rechazó la hipótesis de homogeneidad de varianzas. Para las pruebas de Diferencia de Medias se realizó la prueba de homogeneidad de varianzas y se usó la alternativa adecuada según se aceptó o no la igualdad de varianzas.

#### **4.5 La población a estudiar correspondió a:**

Los pacientes en hemodiálisis crónica en 3 centros públicos y privados de diálisis de las ciudades de Valparaíso y Viña del Mar.

Universo:

- Diaval: 70 pacientes
- Sermedial Viña: 68 pacientes
- HCVB: 47 pacientes

Total pacientes: 185 pacientes

Unidad de estudio: cada paciente IRCT en hemodiálisis.

Muestra: 62 pacientes, los cuales fueron escogidos según criterios de inclusión y que además respondieron todas las preguntas del cuestionario.

#### **4.6 Criterios de inclusión en la muestra:**

- pacientes con 6 meses hasta 72 meses de tratamiento sustitutivo de hemodiálisis.
- Pacientes que puedan responder atinentemente a preguntas.
- Pacientes que no se encuentren hospitalizados al momento de ser aplicado el instrumento.
- Pacientes que presenten visión normal y sólo disminución parcial de ésta.
- Pacientes que deambulen solos, acompañados o con bastón.

#### **4.7 Tipo de información que fue recopilada.**

El tipo de información recopilada fue de datos, los cuales fueron obtenidos a través de la aplicación del cuestionario SF-36 v.2, (Ver en anexo N°1), que mide calidad de vida y a través de un cuestionario de datos sociodemográficos, que consideró la siguiente:

- Iniciales nombres y apellidos.
- Edad: años cumplidos.
- Sexo.
- Centro de diálisis.
- Nivel de escolaridad.
- Estado civil:
- Actividad laboral:

- Previsión:
- En programa de trasplante o no.
- Estado visual
- Deambulaci3n: si es solos, acompa1ados o con bast3n.
- Causa de ingreso al tratamiento:
- Modalidad: GES o electiva.

Tabla N° 1. Exámenes de laboratorio:

	Al ingreso del tratamiento	A los 6 meses del tratamiento	Al a1o del tratamiento
Hematocrito			

#### **4.8 T3cnicas para obtener la informaci3n:**

Las t3cnicas utilizadas fueron:

- Entrevista para aplicar cuestionario de caracter3sticas personales de los pacientes hemodializados cr3nicos.
- Aplicaci3n de Cuestionario SF-36 v2 que mide Calidad de Vida.
- An3lisis de documentos: ficha cl3nica y datos registro de pacientes para obtener los datos de laboratorio.

#### **4.9 Temporalidad:**

La recolecci3n de datos se realiz3 durante el per3odo de mayo a julio de 2009. Previamente se enviaron las cartas de solicitud de autorizaci3n a cada centro durante la semana del 20 de abril.

La selecci3n de los pacientes se llev3 a cabo seg3n criterios se1alados anteriormente, post autorizaci3n del centro para aplicar los cuestionarios y la aplicaci3n de 3stos se realiz3 a partir del mes de mayo.

Los cuestionarios fueron recolectados y analizados durante el mes de julio-agosto y la revisi3n de la investigaci3n se efectu3 durante los meses de septiembre 2009 a abril de 2010.

#### **4.10 Procedimientos éticos.**

Postgrado de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso Gestionó la autorización del estudio y validación de consentimiento informado en el comité de Ética de la Facultad de Medicina.

A cada paciente previa aplicación del Instrumento se le entregó un consentimiento informado solicitando su participación en el estudio el que les fue leído por la investigadora y se aclararon las dudas que surgieron. Posteriormente el paciente firmó la aceptación para ser incluido en esta investigación. (Ver Anexo A ).

La información incluida en el consentimiento informado fue la siguiente:

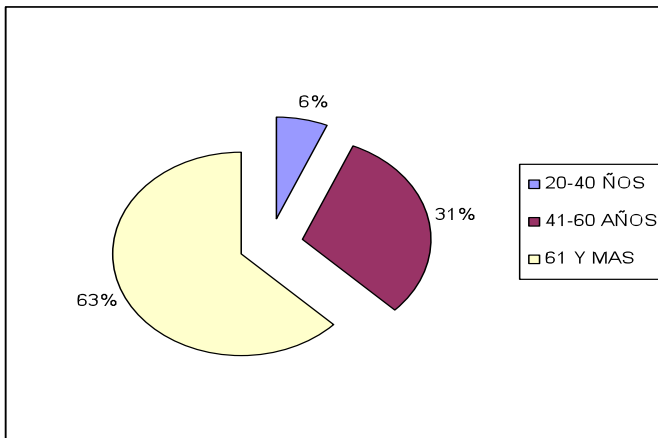
- Tipo de estudio.
- Objetivos
- Tiempo en el que se realizaría el estudio.
- Aceptación o rechazo de la participación.
- Confidencialidad, donde se le explica que solo se considerarán las iniciales de su nombre y tendrá la libertad de discontinuar su participación si así lo decide en el momento que estime conveniente.

**CAPITULO 5:**  
**ANALISIS DE RESULTADOS**

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

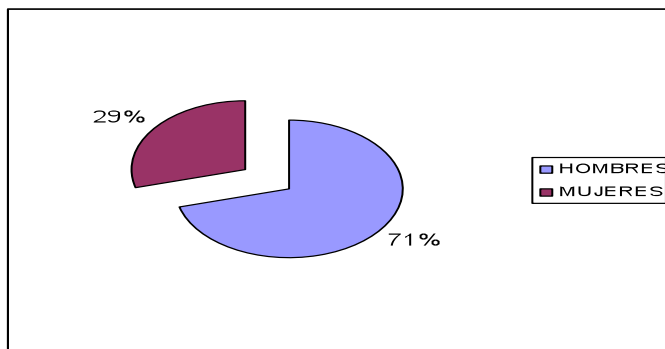
### 5.1 Datos sociodemográficos y características personales de los pacientes encuestados:

Gráfico N° 1 Edad de los pacientes encuestados.



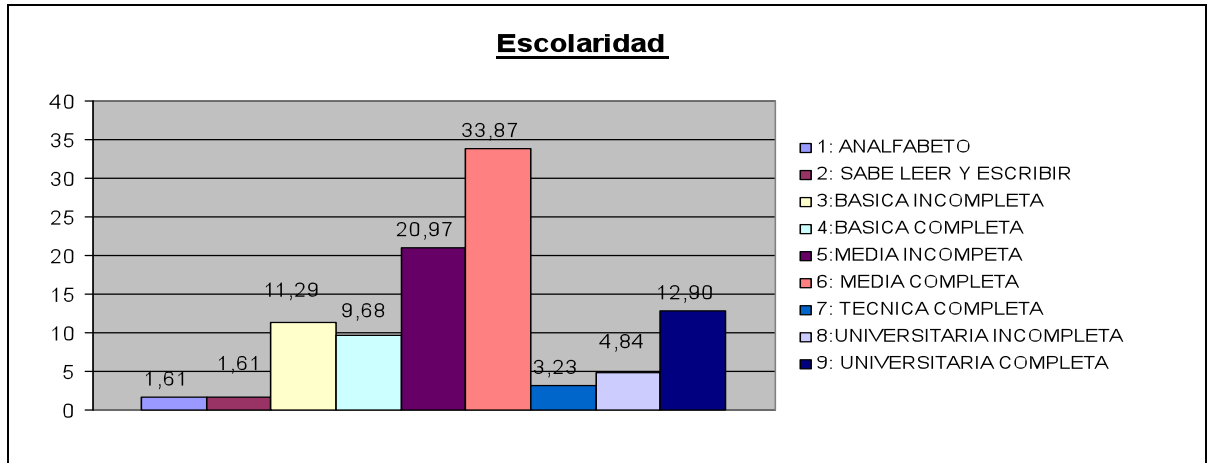
El 93.5% de los pacientes encuestados tiene sobre 40 años de edad, cifra que es mayor a los porcentajes del país en estos rangos de edad (86,3% Poblete, H. Agosto 2009).

Gráfico N° 2. Sexo de los pacientes encuestados.



Más de 2/3 de los pacientes encuestados corresponde a hombres (70.9%), lo cual es mayor a la realidad nacional de pacientes crónicos hemodializados, en donde el 53.7% correspondía a varones y el 47% a mujeres (Poblete, H agosto 2009).

Gráfico N° 3 Escolaridad de los pacientes encuestados.



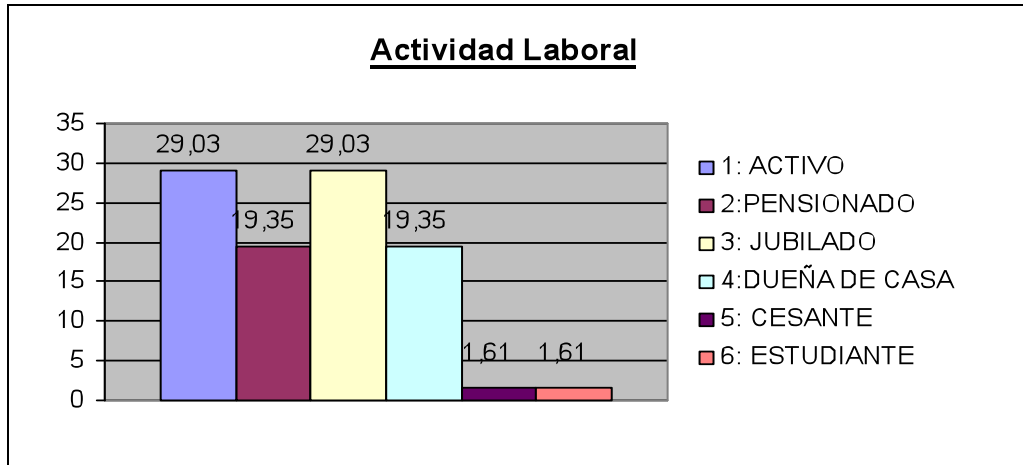
El rango de escolaridad que presenta mayor porcentaje de pacientes corresponde a enseñanza media incompleta o completa, con un 54.9%.

Gráfico N° 4. Estado civil de los pacientes encuestados.



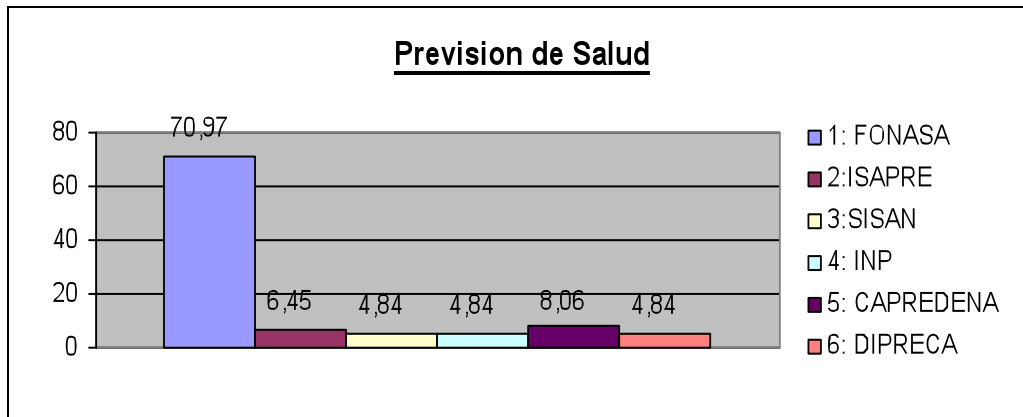
El 58,1% corresponde a pacientes casados, cifra que es superior comparado con el 46.2% de casados a nivel país, según Censo 2002.

Gráfico N° 5. Actividad laboral de los pacientes encuestados.



La actividad laboral refleja que casi un tercio de los pacientes aun trabaja y un 77,4% tiene entradas económicas.

Gráfico N° 6. Previsión de salud de los pacientes encuestados.



El 75,8% de los pacientes encuestados tienen FONASA como sistema previsional, superando las cifras nacionales (68.1%), lo cual asegura la cobertura de la prestación (Poblete, 2009).

Tabla N° 2. Tiempo en la terapia de los pacientes encuestados.

**TIEMPO EN LA TERAPIA (meses)**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	6 a 16	8	12,9
	17 a 27	22	35,5
	28 a 38	9	14,5
	39 a 49	13	21,0
	50 a 59	3	4,8
	61 a 72	7	11,3
	Total	62	100,0

1/3 de los encuestados está en el rango de 17 a 27 meses de tiempo en la terapia y en igual proporción se encuentran entre los 28 a 49 meses de tratamiento.

Tabla N° 3. Hematocrito (Hto) al ingreso a la terapia de los pacientes encuestados.

**HTO AL INGRESO**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	menor 25%	15	24,2
	25,0% a 29,9%	17	27,4
	30,0% o más	13	21,0
	Total	45	72,6
Perdidos	Sistema	17	27,4
Total		62	100,0

Se destaca que el 48,4% de los pacientes encuestados presenta un hematocrito mayor al 25% y sólo ¼ de los pacientes presenta un hematocrito menor a este porcentaje.

Tabla N° 4. Hematocrito (Hto) a los 6 meses de ingreso a la terapia de los pacientes encuestados.

**HTO A LOS 6 MESES**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	menor 25%	14	22,6
	25,0% a 29,9%	19	30,6
	30,0% o más	23	37,1
	Total	56	90,3
Perdidos	Sistema	6	9,7
Total		62	100,0

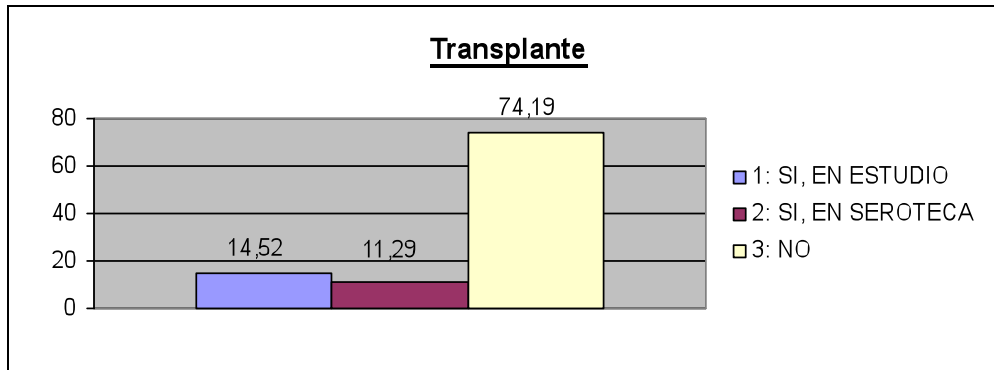
En este tiempo, se evidencian mejores parámetros sanguíneos, obteniéndose un 37,1% pacientes presentan un hematocrito mayor a 30 y un aumento en el porcentaje de pacientes que presenta un hematocrito entre 25% a 29.9%.

Tabla N° 5. Hematocrito (Hto) al año de ingreso a la terapia de los pacientes encuestados.

HTO AL AÑO		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	menor 25%	9	14,5
	25,0% a 29,9%	19	30,6
	30,0% o más	28	45,2
	Total	56	90,3
Perdidos	Sistema	6	9,7
Total		62	100,0

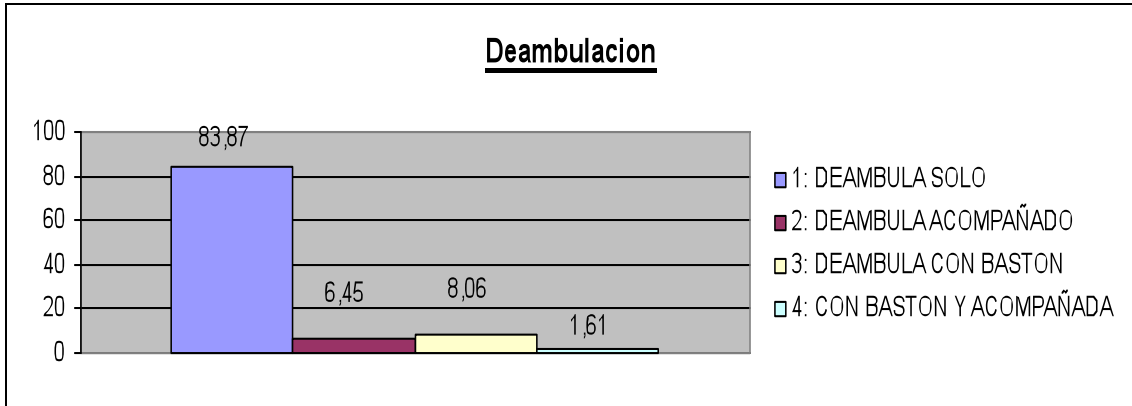
De acuerdo con los resultados, se observa que al año de terapia el 45,2% presenta un hematocrito sobre 30%, y que también aumenta el porcentaje de pacientes con hematocrito entre 25% a 29.9%.

Gráfico N° 7. Estado de pacientes encuestados respecto a programa de trasplante.



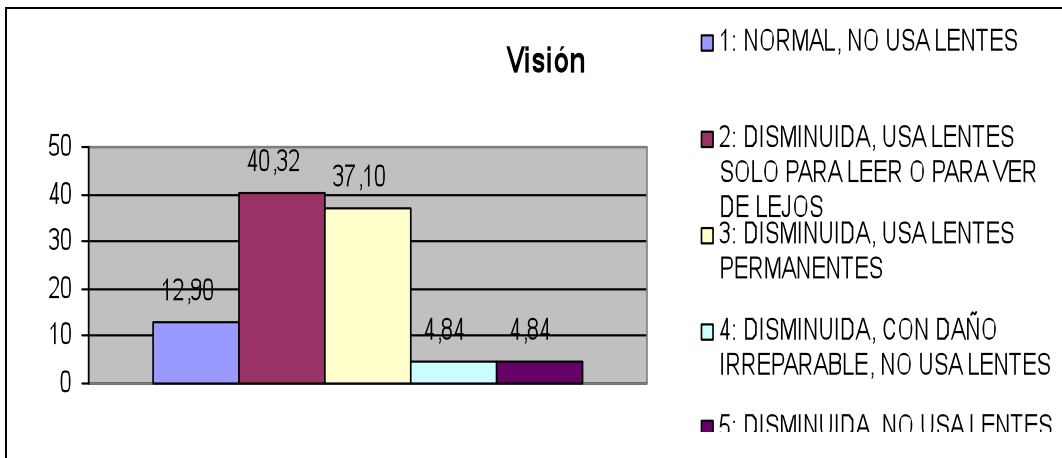
El 74.2% no es candidato para transplantarse a causa de que no lo desean o porque presentan enfermedades asociadas que aumentan el riesgo de muerte en este tipo de pacientes. Ello es menor a lo que ocurre a nivel nacional, en donde el 88.3% se encuentra en la misma situación (Poblete, 2009).

Gráfico N° 8. Características de deambulaci3n en pacientes encuestados.



Se observa que el 83,9% presenta autonomía para desplazarse, lo cual podría favorecer su autocuidado personal, autonomía y percepci3n de calidad de vida.

Gráfico N° 9. Estado visual de los pacientes encuestados.



El 77,4% de los pacientes encuestados usa lentes, ya sea permanentes o no, y sumando a los pacientes que tienen visi3n normal, podr3a destacarse que el 90.3% de los pacientes encuestados ven bien sin lentes o con la ayuda de éstos.

## 5.2 Calidad de vida de los pacientes encuestados según percepción personal medida a través de cuestionario SF-36 v2.

### 5.2.1 Análisis de resultados del Cuestionario SF-36 v.2.

De acuerdo con los resultados estadístico-descriptivos obtenidos de la percepción de calidad de vida de los pacientes encuestados se observa que en una escala transformada de 0 a 100 puntos, en donde 0 es el peor puntaje y 100 el mejor puntaje, la media total de calidad de vida corresponde a 66,03 y el puntaje con mayor calidad de vida obtenido es de 97,32, mientras que el puntaje mas bajo obtenido es de 20,54 puntos.

Para analizar los datos se decidió considerar los rangos **bueno, regular o deficiente** categorizando los resultados totales de calidad de vida de cada paciente mediante percentiles, método que nos permitió dividir en grupos equivalentes de personas a los pacientes del estudio para establecer los rangos antes señalados y definir que tipo de calidad de vida presentan.

Tabla N° 6. Clasificación de datos de calidad de vida obtenidos según percentiles.

Percentiles	1º percentil	2º percentil	3º percentil
Rango de datos	20,54 a 55,06	56,55 a 74,52	76,25 a 97,32
Clasificación	Deficiente	Regular	Bueno
Pacientes por rango	20	20	22

De acuerdo con los datos obtenidos podemos señalar que la calidad de vida en esta población va de regular a buena en 42 pacientes (68%).

La media total de calidad de vida (66,03) se encuentra en el rango de regular y 33 pacientes tienen un puntaje total de calidad de vida mayor a la media total, de estos 8 son mujeres y 25 son hombres.

Tabla N°7. Resumen de puntajes de medias totales de Calidad de Vida por escala en el total de la población encuestada. (Ver anexo D).

ESCALA	MEDIA TOTAL
Función Física	71
Rol Físico	61,7
Dolor Corporal	67,8
Salud General	48,9
Rol Emocional	70,4
Función Social	72,4
Vitalidad	61,9
Salud Mental	70,7
Media Total	66,03

Tabla N° 8. Resumen de puntaje de medias totales de Calidad de Vida por escala y por sexo de la población encuestada. (Ver anexo D).

ESCALA	HOMBRE	MUJER	MEDIA TOTAL
Función Física	73,8	64,4	71
Rol Físico	64,8	54,2	61,7
Dolor Corporal	68,9	64,6	67,8
Salud General	49,5	47,5	48,9
Rol Emocional	73,3	63,4	70,4
Función Social	72,7	71,5	72,4
Vitalidad	64,8	54,9	61,9
Salud Mental	71,9	67,8	70,7
Media Total	67,46	61,03	66,03

Tabla N° 9. Análisis de componente de salud física y componente de salud mental en según la edad de los pacientes encuestados.

EDAD	MEDIA CSF	MEDIA CSM	MEDIA TOTAL
20 a 40 años	72,91	71,42	72,17
41 a 60 años	71,29	75,84	73,06
61 años y más	59,02	64,42	61,72

De acuerdo con los datos obtenidos se puede apreciar que las medias son mas cercanas a 100 en las edades entre 20 a 40 (72,1) y 41 a 60 años (73,06).

La edad de los pacientes se encontraba entre 22 y 91 años y el 63% de ellos tenia sobre 60 años.

Tabla N° 10 Análisis de componente de salud física y componente de salud mental según el sexo de los pacientes encuestados.

SEXO	MEDIA CSF	MEDIA CSM	MEDIA TOTAL
HOMBRES	65,81	70,29	68,05
MUJERES	58,46	63,69	61,07

El puntaje de las medias de los hombres en ambos componentes de salud son mas altos que en el de las mujeres, así como en el puntaje de su media total de calidad de vida.

Tabla 11. Análisis de componente de salud física y componente de salud mental según el tiempo en la terapia de los pacientes encuestados.

TIEMPO EN LA TERAPIA	MEDIA CSF	MEDIA CSM	MEDIA TOTAL
6 a 16 meses	50,14	57,81	53,98
17 a 27 meses	70,70	71,26	70,98
28 a 38 meses	62,54	72,61	67,57
39 a 49 meses	58,75	62,36	60,55
50 a 59 meses	70,79	75,59	73,19
61 a 72 meses	64,62	73,98	69,30

Las medias totales que miden calidad de vida son más altas en los pacientes que se encuentran entre 17 a 27 meses en terapia y entre 50 a 59 meses, obteniendo puntajes de 70,98 y 73,19 respectivamente.

En cambio los resultados son más bajos en los pacientes que tienen entre 6 a 16 meses de tratamiento y 39 a 49 meses, obteniendo puntajes en sus medias totales de 53,98 y 60,55 respectivamente.

Tabla N°12 Análisis de componente de salud física y componente de salud mental según la actividad laboral de los pacientes encuestados.

ACTIVIDAD LABORAL	MEDIA CSF	MEDIA CSM	MEDIA TOTAL
Activo	72,42	73,81	73,11
Pensionado	65,63	69,04	67,34
Jubilado	58,39	66,46	62,43
Dueña de casa	55,37	62,05	58,71
Cesante	61,42	67,85	64,64
Estudiante	79,76	73,21	76,48

Los pacientes que se encuentran activos presentan medias superiores en ambos componentes obteniendo un puntaje en su media total de 73,11. Los pacientes que son pensionados y jubilados presentan medias totales de 67,34 y 62,43 puntos respectivamente, asemejándose estos resultados con

obtenidos en aquellos pacientes que se encuentran en el rango de edad de 61 años y más cuya media total de calidad de vida fue de 61,72 puntos.

Tabla N° 13. Análisis de componente de salud física y componente de salud mental según pertenencia o no a programa de transplante de los pacientes encuestados.

PROGRAMA DE TRANSPLANTE	MEDIA CSF	MEDIA CSM	MEDIA TOTAL
Si, en estudio	81,03	76,19	78,61
Si, en seroteca (lista de trasplante)	77	81,63	79,32
No	58,25	64,82	61,54

Los pacientes que se encuentran en programa de transplante presentan un puntaje superior en las medias en ambos componentes de salud, obteniendo una media total de la calidad de vida de 78,61 y 79,32 para quienes están en estudio y seroteca respectivamente, a diferencia de los que no pertenecen al programa los cuales presentan 61,54 puntos en su media total.

Tabla N° 14. Análisis de componente de salud física y componente de salud mental según tipo de deambulación de los pacientes encuestados.

DEAMBULACIÓN	MEDIA CSF	MEDIA CSM	MEDIA TOTAL
Deambula solo	67,17	70,91	69,04
Deambula acompañado	54,28	61,16	57,72
Deambula con bastón	39,19	48,21	43,70
Deambula con bastón y acompañado	42,14	66,07	54,10

Los pacientes que deambulan solos, presentan medias con puntaje mayor que los demás pacientes, obteniendo un puntaje de media total de 69,04 puntos, y el puntaje de media total mas bajo se presentó en los pacientes que deambulan con bastón: 43,70

Tabla N° 15. Análisis de componente de salud física y componente de salud mental según estado visual de los pacientes encuestados.

VISION	MEDIA CSF	MEDIA CSM	MEDIA TOTAL
Normal, no usa lentes	73,75	69,86	71,80
Disminuida, usa lentes lectura o lejos	67,06	71,78	69,42
Disminuida, usa lentes permanentes	58,83	63,50	61,16
Disminuida, con daño irreparable, no usa lentes	52,14	67,85	60
Disminuida, no usa lentes	57,30	73,81	65,55

Los pacientes encuestados que tienen visión normal y no usan lentes refieren tener mejor calidad de vida, obteniendo una media de 71,80. En cambio los pacientes que tienen visión disminuida, con daño irreparable y que no usan lentes presentan la media total más baja (60).

### 5.3 Tablas de escalas de componentes de salud física

Tabla N° 16. Función física

Las siguientes actividades son las que haría Ud. en un día normal. ¿Su estado de Salud actual lo limita para realizar estas actividades? Si es así. ¿Cuanto lo limita?

Actividades	Si, muy limitada		Si, un poco limitada		No, no muy limitada	
	N°	%	N°	%	N°	%
a) Esfuerzo intensos; correr, levantar objetos pesados, o participación en deportes que requieran gran esfuerzo.	36	58.1	20	32.3	6	9.7
b) Esfuerzos moderados; mover una mesa, barrer, usar la aspiradora, caminar más de 1 hora	9	14.5	12	19.4	41	66.1
c) Levantar o acarrear bolsa de las compras	14	22.6	6	9.7	42	66.7
d) Subir varios pisos por las escaleras	17	27.4	19	30.6	26	41.9
e) Subir un solo piso por la escalera.	6	9.7	9	14.5	47	75.8
f) Agacharse, arrodillarse o Inclinarsse.	12	19.4	13	21.0	37	59.7
g) Caminar más de 10 cuadras (1 Km.).	16	25.8	13	21.0	33	53.2
h) Caminar varias cuadras.	10	16.1	8	12.9	44	71.0
i) caminar una sola cuadra.	3	4.8	2	3.2	57	91.9
j) Bañarse o vestirse.	4	6.5	3	4.8	55	88.7

El 58.1% de los pacientes refiere sentirse muy limitado para realizar esfuerzos intensos, No obstante, respecto a realizar esfuerzos moderados el 66.1% dice no sentirse limitado. Sobre el 50% de los pacientes puede realizar actividades de la vida diaria sin sentirse limitado como: levantar y acarrear bolsa de compras, caminar más de 10 cuadras, etc. Casi  $\frac{3}{4}$  partes de ellos

pueden caminar sin problemas varias cuadras y casi todos (88.7%) pueden bañarse o vestirse solos.

Tabla N° 17. Rol físico

Durante el último mes ¿Ha tenido Ud. alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias a causa de su salud física?

ROL FISICO	SIEMPRE		LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO		ALGUNAS VECES		POCAS VECES		NUNCA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
a)Redujo la cantidad de tiempo dedicada a su trabajo u otra actividad	5	8.1	8	12.9	18	29.0	8	12.9	23	37.1
b)Hizo menos de lo que le hubiera gustado hacer.	8	12.9	11	17.7	15	24.2	10	16.1	18	29.0
c)Estuvo limitado en su trabajo u otra actividad	7	11.3	9	14.5	19	30.6	8	12.9	19	30.6
d)Tuvo dificultad para realizar su trabajo u otra actividad.	5	8.1	6	9.7	20	32.3	8	12.9	23	37.1

En el rol físico, sólo el 13% de los pacientes refiere estar siempre imposibilitado de realizar sus actividades o trabajos diarios a causa de su salud física. Sin embargo, entre el 40% y el 50% de los pacientes refieren que pocas veces o nunca se encuentran limitados o tienen dificultad para realizar su trabajo u otra actividad.

Tabla N° 18. Dolor corporal.

	NINGUNO		MUY POCO		LEVE		MODRADO		SEVERO		MUY SEVERO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
7¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo en el último mes?	21	33.9	8	12.9	6	9.7	16	25.8	6	9.7	5	8.1

Se observa que el 43.6% refirió presentar dolor en alguna parte de su cuerpo que va de moderado a muy severo.

Tabla N° 19 Dolor corporal.

	DE NINGUNA MANERA		UN POCO		MODERADAMENTE		BASTANTE		MUCHO	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
8.- Durante el último mes ¿Hasta que punto el dolor ha interferido con sus tareas normales (incluido el trabajo dentro y fuera de la casa)?	30	48.4	12	19.4	10	16.1	5	8.1	5	8.1

Respecto a como el dolor ha interferido con sus tareas normales se destaca que en el 32,2% el dolor les ha afectado de moderado a mucho.

Tabla N° 20 Salud general.

PREGUNTA	EXCELENTE		MUY BUENA		BUENA		REGULAR		MALA	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1. En general, usted diría que su salud es:	1	1.6	4	6.5	23	37.1	29	46.8	5	8.1

Más de un tercio de los pacientes refieren tener buena salud y casi la mitad dice tener salud regular, lo cual suma un 83,9%. En contraste con el 8.1% que refiere que su salud es mala.

Tabla N° 21 Salud general.

Para Ud. ¿Qué tan cierto o falso son estas afirmaciones respecto a su salud?

11.	DEFINITIVAMENTE CIERTO		CASI SIEMPRE, CIERTO		NO SÉ		CASI SIEMPRE, FALSO		DEFINITIVAMENTE FALSO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
a) Me enfermo con más facilidad que otras personas.	12	19.4	8	12.9	4	6.5	9	14.5	29	46.8
b) Estoy tan saludable como cualquiera persona.	14	22.6	14	22.6	5	8.1	5	8.1	24	38.7
c) Creo que mi salud va a empeorar.	15	24.2	7	11.3	19	30.6	8	12.9	13	21.0
d) Mi salud es excelente.	16	25.8	15	24.2	2	3.2	10	16.1	19	30.6

El 61.3% de los pacientes encuestados señalan que es casi siempre falso o definitivamente falso que se enferman con más facilidad que otras personas; por el contrario, casi 1/5 parte de ellos dice que es definitivamente cierto que se enferman con mas facilidad. Cerca de la mitad de los pacientes (45.2%) se siente siempre o casi siempre saludable, como cualquier persona. Un porcentaje similar (46.8%) refiere lo contrario.

Llama la atención, que casi 1/3 de los pacientes no sabe si su salud va a empeorar. En cambio, el 35.5% cree que su salud va a empeorar, y un porcentaje similar (33.9%) cree que no va a empeorar.

El 50% señala que su salud es excelente y un 47.6% refiere que lo anterior es casi siempre o definitivamente falso.

## 5.4 Tablas de escalas de componentes de salud mental

Tabla N° 22. Vitalidad

Cuanto tiempo durante el ultimo mes...	SIEMPRE		CASI TODO EL TIEMPO		UN POCO		MUY POCO TIEMPO		NUNCA	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
a) ¿Se sintió muy animoso?	14	22.6	22	35.5	17	27.4	7	11.3	2	3.2
e) ¿se sintió con mucha energía?	13	21.0	17	27.4	20	32.3	8	12.9	4	6.5
g) ¿se sintió agotado?	3	4.8	5	8.1	22	35.5	17	27.4	15	24.2
i) ¿se sintió cansado?	5	8.1	10	16.1	22	35.5	14	22.6	11	17.7

El 58.1% y 48.4% de los pacientes encuestados refiere sentirse muy animoso y con mucha energía respectivamente durante el ultimo mes, que concuerda con el 52.6% y el 41.3% que refirió sentirse muy poco o nunca agotado o cansado durante el ultimo mes.

Tabla N° 23. Función social.

PREGUNTA	DE NINGUNA MANERA		UN POCO		MODERADAMENTE		BASTANTE		MUCHO	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
6.- Durante el último mes, ¿En que medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos o su grupo social?	28	45.2	11	17.7	11	17.7	7	11.3	5	8.1

La salud física o emocional sólo les ha dificultado un poco o de ninguna manera en un 62.9% **las actividades** con la familia, amigos o grupo social y en el 19.4% de los pacientes se ha dificultado bastante o mucho su actividad social.

Tabla N° 24 Función social.

PREGUNTA	NUNCA		POCAS VECES		ALGUNAS VECES		LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO		SIEMPRE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
10.- Durante el último mes ¿Cuánto de su tiempo su salud física o problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales, como por ejemplo; visitar amigos o familiares.	29	46.8	12	19.4	14	22.6	5	8.1	2	3.2

El 65.2% De los pacientes refiere que pocas veces o nunca su salud física o problemas emocionales han dificultado **su tiempo** para realizar actividades sociales, etc, lo cual se ve reforzado por el bajo porcentaje de 11.3% que se observa en siempre y la mayor parte del tiempo.

Tabla N° 25 Rol emocional.

Durante el último mes ¿Ha tenido Ud. alguno de estos problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias como resultado de problemas emocionales (sentirse deprimido o con ansiedad)?

ROL EMOCIONAL	SIEMPRE		LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO		ALGUNAS VECES		POCAS VECES		NUNCA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
a)Ha reducido el tiempo dedicado su trabajo u otra actividad.	7	11.3	5	8.1	16	25.8	8	12.9	26	41.9
b)Ha logrado hacer menos de lo que hubiera querido.	7	11.3	7	11.3	12	19.4	14	22.6	22	35.5
c)Hizo su trabajo u otra actividad con menos cuidado que el de siempre.	3	4.8	4	6.5	7	11.3	12	19.4	36	58.1

Llama la atención que más del 50% de los pacientes no han reducido el tiempo dedicado a su trabajo u otra actividad ni han hecho menos de lo que hubieran querido. Asimismo el 77% de ellos pocas veces o nunca hizo su trabajo con menos cuidado que el de siempre.

Tabla N° 26. Salud mental.

Cuanto tiempo durante el ultimo mes...	SIEMPRE		CASI TODO EL TIEMPO		UN POCO		MUY POCO TIEMPO		NUNCA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
b) ¿estuvo muy nervioso?	5	8.1	10	16.1	14	22.6	12	19.4	21	33.9
c) ¿estuvo muy decaído que nada lo anima?	3	4.8	3	4.8	15	24.2	11	17.7	30	48.4
d) ¿se sintió tranquilo y calmado?	20	32.3	19	30.6	16	25.8	6	9.7	1	1.6
f) ¿se sintió desanimado y triste?	5	8.1	3	4.8	19	30.6	11	17.7	24	38.7
h) ¿Se ha sentido una persona feliz?	28	45.2	14	22.6	16	25.8	2	3.2	2	3.2

Entre el 53 % y 66% de los pacientes refiere que nunca o por muy poco tiempo se ha sentido muy nervioso, desanimado/triste o decaído durante el último mes, Al contrario del 63% y el 68% que refiere haberse sentido tranquilo, calmado y feliz durante el último mes.

# **CAPITULO 6: CONCLUSIONES**

## CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos se puede apreciar que en la variable calidad de vida en una escala de 0 a 100 puntos los pacientes encuestados obtuvieron un puntaje máximo de 97,32 y un puntaje mínimo de 20,54 puntos y una media de 66.03 puntos.

De acuerdo con la interpretación de los datos obtenidos del cuestionario se observó que la calidad de vida percibida en esta población, va de regular a buena en 44 pacientes (70,96%) según la clasificación y método propuesto considerando los percentiles que nos permitió dividir en grupos equivalentes de personas a los pacientes en estudio.

La media de calidad de vida (66,03) se encuentra en el rango de regular y 33 pacientes (53,22%), tienen un puntaje total de calidad de vida mayor a la media total, de estos 8 son mujeres y 25 son hombres.

Es interesante señalar aquí, que en un estudio publicado en el año 2005, realizado en pacientes que se dializaban en dos centros de diálisis de la ciudad de Concepción (Rodríguez, M. Castro, M. Merino, J) se obtuvo una media de 44,8 puntos. El puntaje mayor de calidad de vida fue de 81,8 y el más bajo fue de 3,25 puntos en una escala transformada de 0 a 100 puntos. Estos puntajes fueron más bajos que los encontrados en el estudio presente. Sin embargo, como en el estudio realizado en la ciudad de Concepción se aplicó la versión anterior del cuestionario SF-36, no es factible efectuar comparaciones, sólo indicar algunas diferencias entre ambos estudios, tales como:

Cuadro resumen N°2:

Estudio aplicado a pacientes de la ciudad de Concepción 2005.	Estudio aplicado a pacientes de la V región 2009.
- Pacientes que registren más de tres meses en tratamiento con hemodiálisis, que se encuentren estabilizados, en condiciones psíquicas adecuadas y que no presenten ceguera; las medias aritméticas por escala fueron: Función Física (64,7), Rol Social (55,9), Rol	-Pacientes de 6 meses hasta 72 meses de tratamiento sustitutivo de hemodiálisis, que puedan responder atingentemente a preguntas y que no se encuentren hospitalizados al momento de ser aplicado el instrumento. Pacientes que presenten visión normal y sólo disminución parcial de ésta, que deambulen solos, acompañados o con bastón; las medias aritméticas por escala fueron: Función

Emocional (52,5), Rol Físico (23,6), Vitalidad (38,2) y Salud Mental (38,1).	física: 71,048; Rol físico: 61,694; Dolor corporal: 67,62; Salud general: 48,95; Rol emocional: 70,43; Función social: 72,37; Vitalidad: 61,89; Salud mental: 70,72.
--	--

Otros datos importantes de señalar respecto a mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, son los obtenidos en el estudio realizado por la Superintendencia de Salud En el estudio realizado respecto al Perfil de Salud de los Beneficiarios del Sistema de Salud, Chile 2004-2005.en el cual se aplicó el Cuestionario SF-36v2 para evaluar la Calidad de Vida de la población Chilena, En una escala de 0 –100. ( n: 4.341 ), el promedio global de las 8 dimensiones de salud de la encuesta fue de 71,1 puntos que comparado con otros países con estudios similares, pudo señalarse que el promedio del estado de salud de este cohorte es regular.

Tabla N° 27. Resultados encuesta Calidad de Vida, realizada por la Superintendencia de Salud.2005.

ESCALA CUESTIONARIO SF-36.v2	MEDIA TOTAL
Función Física	85,9
Rol Físico	79,1
Dolor Corporal	65,2
Salud General	64,6
Vitalidad	62,9
Función Social	73,2
Rol Emocional	77,0
Salud Mental	66,9
Media Total	71,1

Junto a estos datos, debemos mencionar el estudio efectuado en nuestro país respecto al tema fue la II Encuesta de Calidad de Vida en Chile, realizada el año 2006, por el ministerio de Salud, en el cual se utilizó el instrumento SF-12. Este instrumento es un resumen del Cuestionario SF-36, utilizado para ser aplicado en grandes grupos de personas, en donde la media total de Calidad de Vida obtenida en la población general correspondió a 73,18 puntos y el

menor puntaje de las escalas lo obtuvo la escala de Salud General, con un total de 49,3 puntos en su media total.

Tabla N° 28. Resultados encuesta Calidad de Vida en Chile, 2006.

ESCALA CUESTIONARIO SF-12.	MEDIA TOTAL
Función Física	84,9
Rol Físico	79,3
Dolor Corporal	76,8
Salud General	49,3
Vitalidad	67,9
Función Social	76,6
Rol Emocional	81,6
Salud Mental	69,1
Media Total	73,18

Continuando con las conclusiones de la presente investigación se observó que:

- **En función física**, se encontró que sobre el 65% de los pacientes encuestados refiere poder realizar actividades de la vida diaria sin mayores problemas tales como bañarse o vestirse, realizar esfuerzos moderados. La dificultad en cuanto a realización de actividades físicas se orienta hacia aquellas que requieren de esfuerzos intensos como correr o levantar objetos pesados, obteniéndose un 58,1% de pacientes que se ven muy limitados para realizarlas
- **Rol físico**, se observó que entre el 40 y 50% de los pacientes encuestados pocas veces o nunca se ven imposibilitados para realizar sus actividades diarias o trabajo a causa de su salud física. Menos del 13% refiere verse siempre imposibilitado para realizar estas actividades, y entre el 40% y 45% dice que la mayor parte del tiempo o algunas veces se ve imposibilitado para realizar sus actividades diarias o trabajo a causa de su salud física, evidenciándose entonces que sobre el 50% de los pacientes se ve siempre o parte del tiempo afectado por su salud física para realizar sus actividades diarias o trabajo, lo cual puede deberse a la edad de los pacientes, ya que el 63% de ellos tiene sobre 60 años, lo cual favorece la aparición de alteraciones fisiológicas que se acentúan a causa de la

enfermedad renal, tales como la anemia, osteopatías y enfermedades cardiovasculares asociadas que afectan el desarrollo de sus actividades diarias o trabajo.

- **Dolor corporal**, se observa que el 56,5% tuvo un leve dolor, muy poco o ningún dolor y solamente el 17.8% tuvo un dolor severo o muy severo.

Acerca de como el dolor ha interferido con sus tareas normales se destaca que en el 67.8% el dolor les ha afectado un poco o de ninguna manera, y quienes se vieron interferidos por el dolor bastante o mucho corresponden solo al 16,2%, lo cual puede corresponder a los pacientes que tuvieron un dolor severo o muy severo.

- **En la categoría de salud general** el 83,9% refiere tener una salud entre regular a buena. El 50 a 60% aprox. dice no enfermarse con mas facilidad que el resto de las personas y un 50% señala que su salud es siempre o casi siempre excelente. Este último resultado concuerda con los obtenidos en el rol físico, debido a que alrededor de un 50% refiere no sentirse imposibilitado para realizar sus actividades diarias o trabajo a causa de su salud física.
- **En la categoría de vitalidad**, un 58.1% y un 48.4% de los pacientes respectivamente dice sentirse muy animoso y con mucha energía durante el ultimo mes, lo que se acerca al 52.6% y el 41.3% que refirió sentirse muy poco o nunca agotado o cansado durante el ultimo mes. Ello puede deber a que los pacientes se encuentren con mejores niveles de hematocrito, y que corresponden al segmento de pacientes que sí están desarrollando sus actividades de la vida diaria sin problemas.
- **Respecto a la función social**, un 62,9% refiere que su salud física o emocional sólo les ha dificultado un poco o de ninguna manera en las actividades con la familia, amigos o grupo social y solo en el 19.4% de los pacientes se ha dificultado bastante o mucho su actividad social.
- El 65.2% De los pacientes refiere que pocas veces o nunca su salud física o problemas emocionales han dificultado su tiempo para realizar actividades sociales u otras, lo cual se ve reforzado por el bajo porcentaje de 11.3% que se observa en siempre y la mayor parte del tiempo.
- **En el rol emocional** llama la atención que más del 50% no han reducido el tiempo dedicado a su trabajo u otra actividad ni han hecho menos de lo que hubieran querido a causa de problemas emocionales. Así mismo el 77% pocas veces o nunca hizo su trabajo con menos cuidado que el de siempre.
- **En la salud mental** entre el 53 % y 66% de los pacientes refiere que nunca o muy poco tiempo se han sentido muy nerviosos, desanimados, tristes o decaídos durante el último

mes y entre el 63% y el 68% refiere haberse sentido tranquilo, calmado y feliz durante el último mes.

Respecto a la calidad de vida de los pacientes del estudio según las características personales de ellos se observó:

- La media total de calidad de vida en los pacientes mayores de 60 años es menor, alcanzando un puntaje total de 61,72 puntos, pacientes que corresponden al 62,9 % del total de pacientes encuestados.
- En relación al sexo, los puntajes de medias totales de calidad de vida son más cercanos a 100 puntos en hombres que en mujeres: 68,05 y 61,07 puntos respectivamente.
- Los pacientes activos (trabajadores y estudiantes), refieren tener una mejor percepción de su calidad de vida, obteniendo un puntaje de la media de calidad de vida total de 73,11 y 76,48 puntos respectivamente. Los puntajes bajo la media total de calidad de vida se obtuvieron en las mujeres dueñas de casa (58,71) y en los pacientes jubilados (62,43), los cuales tienen sobre 60 años en el caso de los jubilados y que concuerda con la menor percepción de calidad de vida de los pacientes encuestados en este segmento de edad.
- En relación al tiempo en la terapia y la percepción de calidad de vida, los pacientes que tienen entre 6 a 16 meses de terapia de hemodiálisis presentan una percepción menor de su calidad de vida, obteniendo un puntaje en su media total de 53,98 puntos, lo cual se encuentra por debajo de la media total general de los pacientes encuestados. Esto puede deberse a que en esta primera etapa de la enfermedad crónica ellos se encuentran en un periodo de adaptación y ajuste, proceso en el cual se pueden evidenciar las etapas del duelo, ya que si bien durante los primeros 6 meses pueden sentir un bienestar físico debido al tratamiento, posteriormente deben procesar la idea de que la hemodiálisis será el tratamiento que deberán seguir para toda la vida, el cual les permitirá seguir viviendo si no se transplantan.
- Los pacientes que se encuentran en programa de trasplante ya sea en proceso de estudio o en seroteca refirieron tener una mejor percepción de su calidad de vida que aquellos pacientes encuestados que no lo están, obteniendo un puntaje de calidad de vida en su media total de 78,61 y 79,32 puntos respectivamente, lo que equivale al 25,8% del total de pacientes, a diferencia de los que no pertenecen al programa los cuales presentan 61,54 puntos en su media total de calidad de vida.

- Quienes pueden acceder a este programa de trasplante reúnen las condiciones de salud adecuadas para asumir esta intervención y cuidados posteriores del nuevo riñón.
- Los pacientes encuestados que presentan visión normal o usan lentes para leer o ver de lejos, refirieron tener una mejor percepción de su calidad de vida, obteniendo un puntaje en su media total de calidad de vida de 71,80 y 69,42 puntos respectivamente, cantidad de pacientes que corresponde al 53,2% del total de pacientes encuestados.
- Según el tipo de deambulación de los pacientes encuestados, el 83,9 % (52 pacientes) de ellos deambula solo y refieren tener una mejor percepción de su calidad de vida, obteniendo un puntaje total de calidad de vida de 69,04 puntos en su media total, puntaje que está sobre la media total general de los pacientes encuestados. Esto favorece su nivel de independencia, autonomía y autocuidado, al poder acceder por sus propios medios a desplazarse de manera segura sin necesidad de apoyo extra.

Según los resultados obtenidos llama la atención que la percepción de la calidad de vida de los pacientes IRCT encuestados vaya de regular a bueno y que si bien nos lleva a identificar una actitud resiliente en ellos, a pesar del deterioro que la enfermedad les produce y las limitaciones que se les presentan, surge la interrogante de conocer ¿qué otros factores influyen y favorecen esta percepción de calidad de vida permitiendo que el paciente se sienta mejor?, ¿qué factores familiares como de la atención que los pacientes reciben en sus unidades de diálisis o el establecer una nueva red social al pertenecer a un centro de diálisis y conocer a personas que compartan misma su situación de salud favorecen esta percepción?. Estas y otras interrogantes podrían ser abordadas en estudios posteriores.

## **CAPITULO 7: SUGERENCIAS**

## SUGERENCIAS

De acuerdo con los resultados obtenidos se plantean las siguientes propuestas para favorecer la calidad de vida y la percepción de los pacientes hemodializados:

- Establecer un programa de evaluación de la percepción de calidad de vida:
  - ✓ Realizar evaluaciones de la Calidad de Vida de los pacientes en hemodiálisis: al ingreso a la terapia y en el proceso, de manera sistemática para identificar necesidades alteradas y favorecer satisfacción de éstas según características personales de cada paciente.
  - ✓ Continuar efectuando investigaciones sobre calidad de vida en este tipo de pacientes, en lo posible interregionales o estudios comparativos.
  
- Establecer un policlínico de predialisis, en donde se le realice un proceso educativo al paciente y su familia respecto a los cuidados que debe comenzar a asumir con el fin de aplazar el ingreso a la terapia de hemodiálisis y derivar a nutricionista para conocer el régimen alimenticio adecuado.
  
- Mejorar la gestión de la intervención interdisciplinaria de los pacientes por otros profesionales a los cuales se les pueda derivar a los pacientes según la necesidad de cada uno:
  - Psicólogo a pacientes en crisis:
    - ✓ Ingreso a programa de hemodiálisis.
    - ✓ Seguimiento inadecuado de terapia.
    - ✓ Rechazo a tratamiento.
  - Nutricionista:
    - ✓ Ingreso a tratamiento.
    - ✓ Manejo inadecuado a terapia.
  - Asistente social:
    - ✓ Condición del paciente: se refiere al estado de resguardo físico, psíquico y emocional del pacientes, si tiene redes de apoyo y un núcleo familiar que asuma el cuidado de su salud en caso que el paciente no pueda asumirlo personalmente. Involucra una evaluación por este profesional al paciente, su entorno y familia.

- ✓ Necesidad de ortesis.
- ✓ Obtención de pensiones.
  
- Establecer un programa de educación de pacientes con apadrinamiento en los centros de diálisis, durante el cual el paciente reciba educación junto a su familia respecto a los temas generales de la terapia y cuidados y conozca la experiencia vivida de un paciente que lleve más de dos años en la terapia que presente un autocuidado adecuado. Ideal apadrinar a paciente durante los primeros seis meses de tratamiento, con el fin de que el paciente pueda asumir el autocuidado de su salud.(Aprendizaje Vicario).
  
- Difundir información de alternativa de terapias renales a pacientes.
- Motivar participación de pacientes en congresos para pacientes renales.
  - ✓ Establecer bolsa de trabajo que este a disposición de centros de diálisis que emane de la asociación de Dializados de la V región (Asodi)<sup>13</sup> , para difusión de profesiones y/u oficios de pacientes a través de la revista editada por esta Asociación.
  
- Realización de talleres que sirvan de terapia ocupacional para los pacientes y que les permita desarrollar habilidades y utilización del tiempo.
  
- Realización de actividades recreativas para pacientes, tales como paseos, celebración de cumpleaños u otros.

---

<sup>13</sup> Asodi.

## **CAPITULO 8: BIBLIOGRAFIA**

## BIBLIOGRAFÍA.

### LIBROS:

1. Andreu, L, Force, E. (1997). 500 cuestiones que plantea el enfermo renal. Cap. 2.España, Ed. Masson.
2. Lorenzo. V. (2002). Manual de nefrología. Ed. Harcourt.
3. Marriner A, & Raile, M.(1999) Modelos y teorías en enfermería. 4º Edición. España, Ed. Elsevier
4. Marriner A, & Raile, M.(2007) Modelos y teorías en enfermería. 6º Edición. España, Ed. Elsevier.
5. Patrick D, Erickson P. Health Status and Health Policy Allocating Resources to Health Care. Oxford University Press 1993; 22.

### REVISTAS.

6. Alvarez, U. de F., Vicente, E. Badía X. (1995). 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, Nº 6. 572-580 pp.
7. Badia, X. 2004. Qué es la calidad de vida relacionada con la salud. Revista Gastroenterología hepatología. Vol.27Núm. Supl.3).
8. Borroto, G, Almeida, J, Amaury, A, F, Alfonso, Guerrero, C. (2007).Percepción de la calidad de vida por enfermos sometidos a tratamientos de hemodiálisis o trasplante renal. Estudio comparativo. Rev cubana med v.46 n.3.

9. Contreras, F, Esguerra, G, Espinosa, J.C, V Gómez. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (irc) en tratamiento de hemodiálisis.(2007). Acta colombiana de psicología 10 (2): 169-179.
10. Contreras, F, Guerra, G, Espinosa, J.C, Gutiérrez, C, Fajardo, L.(2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Univ. Psychol. v.5 n.3
11. Contreras, M, Rivero, M, Jurado, M, y Crespo, R. (ene-mar.2004).Perfil actual del paciente en hemodiálisis hospitalaria. Análisis de sus necesidades. Rev Soc Esp Enferm Nefrol v.7 n°1.
12. Contreras, M, Rivero, M, Torres, M et al. Perfil actual del paciente en hemodialisis hospitalaria: Análisis de sus necesidades. Rev Soc Esp Enferm Nefrol. [online]. 2004, vol. 7, no. 1 [citado 2008-06-27], pp. 56-61.
13. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. Rev. Cubana Salud Pública [online]. 2002, Vol.28, n.2.
14. Contreras, F, Esguerra, G, Espinoza, J, Gutierrez, C, Fajardo, L. Calidad de vida y adhesión a tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de Hemodiálisis. Universitas Psychologica, octubre-diciembre, año /vol.5, numero 003. 489-499.pp.
15. Duarte, A, Gómez, L , Aguirre, D et al. Caracterización neuropsicológica de los pacientes adultos en diálisis de una institución especializada de Medellín - Colombia. univ. psychol., oct./dic. 2006, vol.5, no.3, p.627-646. issn 1657-9267.
16. Galache, Belén. Diagnósticos de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. 2004, Rev Soc Esp Enferm Nefrol. [online]. vol. 7, no. 3 [citado 2008-06-27], pp. 158-163.

17. Gómez M. Un recorrido Histórico del Concepto de Salud y Calidad de Vida a través de los documentos de la OMS. Revista Tog. (A. Coruña) Vol.6. Num.1 Feb.2009.
18. Hurtado, P, Arango, J, González, M.T, (2005). Efecto de la actividad Lúdico-educativa en la calidad de vida del paciente renal en hemodiálisis. Acta médica Colombiana. Vol. 30 N°4.
19. Iborra, M. Carmelo y Corbí, R. Daniel. (1998). Calidad de vida de los pacientes dializados: Revisión bibliográfica. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Cuarto trimestre, N° 4,58 pp.
20. J.M. Casado et al. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. Vol. 28. Núm. 3. Julio-agosto 2001.
21. Lugones, M. (2002). Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. Revista Cubana Medicina General Integral, 4.
22. Machado. G, Fierro.D, Seguí.J, Fernández. R, Saldía. R, Moreno.V. Aplicación de un método de valoración de calidad de vida en un Centro de Hemodiálisis en Mendoza. Rev. Nefrol. Diál. y Transpl., Volumen 24 - N° 1 - 2004, Pág. 181-184
23. Martorelli,A y Mustaca, A. Psicología positiva, salud y enfermos renales crónicos.Rev. Nefrol. Diál. y Transpl., Volumen 24 - N° 3 - 2004, Pág. 99-104.
24. Martorelli, A.; Pechón. C.; y Mustaca, A. (1998). Gimnasia expresiva y autoestima en pacientes con hemodiálisis crónica. En: Psicología. com (On line), 2 (2)20 párrafos. Disponible en [http://www.psiquiatría.com/psicología/vol2num2/art\\_2.htm](http://www.psiquiatría.com/psicología/vol2num2/art_2.htm)
25. Mendias, C, Chain, J, Alonso, L et al. Valoración de un programa sistemático de formación para enfermeros en hemodiálisis. Rev Soc Esp Enferm Nefrol. [online]. 2006, vol. 9, no. 4 [citado 2008-06-27], pp. 55-59.

26. Miñaro, J., Perez, V. y Linares, D. (1985). Estudio de la ansiedad en pacientes en hemodiálisis y trasplantados. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 48, 317-329.
27. Moreno, E, Arenas, M<sup>a</sup>, Porta, E, Escalant, L, Cantó, M.J, Castell, G, Serrano, F, Samper, J, Millán, D, Cases, J. (2004). Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* v.7 n.4.
28. Muñoz, R, Oto, A, Barrio, R et al. Evolución de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis: Estudio prospectivo a un año. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. [online]. 2006, vol. 9, no. 1 [citado 2008-06-27], pp. 55-58.
29. Poblete, B. (2009). Hemodiálisis crónica en Chile. *Cuenta de Hemodiálisis Crónica en Chile*.
30. Rodríguez, M, Merino, M, Castro, M. Valoración psicométrica de los componentes físicos (csf) y mentales (csm) del sf-36 en pacientes insuficientes renales crónicos en tratamiento con hemodiálisis *Revista Ciencia y Enfermería* XV (1): 75-88, 2009.
31. Rodríguez, M, Castro, M, Merino, J (2005). Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. *Revista ciencia y enfermería* XI (2): 47-57.
32. Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Revista. Ciencia y Enfermería*.
33. Seguí, J, Fierro, D, Machado, G, Fernández, R. Mejoría en la calidad de vida de pacientes hemodializados crónicos a través de la terapia ocupacional remunerada (TOR) o trabajo benévolo. Nuestra experiencia. *Rev. Nefrol. Diál. y Transpl.*, Volumen 23 - N° 3 - Septiembre 2003, Pág. 121-126.
34. Vilagut, G, Ferrer, M, Rajmil, L, Rebolledo, P, Permanyer-Miralda, G, Quintana, J, et al. El Cuestionario SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac. Sant (online)*. 2005, vol.19, n2.135-150 pp.
35. Vinnacia, S., Mendoza, M. M., y Torres, G. (1991) Efectos de un programa de terapia combinada de autocontrol, sobre la disminución de la ansiedad en pacientes con

insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Revista Latinoamericana de Psicología, 10, 87-97.

36. Zanoguera, G. Mercedes (1998). Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. Trabajo presentado a la Revista del XXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, Editada. Hospal S.A Nápoles, 249 Barcelona. Sevilla. 480 pp.

37. Zarate R. (2003). La gestión del cuidado de enfermería. Index Enferm, Granada, v13, n.44-45, jun.2004.

#### **GUÍA CLINICA:**

38. Requisitos generales de ingreso del paciente receptor a la lista de trasplante.2007.HCVB

39. (Ministerio de Salud. Guía Clínica Insuficiencia Renal Crónica Terminal. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005.)

#### **PAGINAS DE INTERNET.**

40. <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualUrologia.2008/TransplanteRenal.html>

41. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. CASEN 2000 y 2003 .Mideplan. Gobierno de Chile. 2000 y 2003.[www.Mideplan.cl](http://www.Mideplan.cl).

42. II Encuesta Calidad de Vida y Salud Chile, 2006. Ministerio de Salud/[www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)

43 .[http:// www.sf-36.org](http://www.sf-36.org).

## **CAPITULO 9: ANEXOS**

**Anexo A: Cuestionario de Salud SF-36 v2**

UNIVERSIDAD VALPARAÍSO  
FACULTAD DE MEDICINA  
POSTGRADO ESCUELA DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 v2.**

Iniciales nombre:

Fecha:

Centro de diálisis:

Antes de contestar el cuestionario LEA ATENTAMENTE cada pregunta y conteste de acuerdo a lo que UD. cree respecto a su salud.

Seleccione cada una de sus respuestas con una X. MARQUE UNA SOLA RESPUESTA. No deje respuestas sin contestar.

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

- a) Excelente
- b) Muy buena
- c) Buena
- d) Regular
- e) Mala

2. Comparando su salud con la de hace un año atrás, ¿cómo diría Ud. que en general esta su salud ahora?

- a) Mucho mejor
- b) Algo mejor
- c) Igual
- d) Algo peor
- e) Mucho peor

3.- Las siguientes actividades son las que haría Ud. en un día normal. ¿Su estado de Salud actual lo limita para realizar estas actividades? Si es así. ¿Cuanto lo limita?

Actividades	Si, muy limitada	Si, un poco limitada	No, no limitada
a) Esfuerzo intensos; correr, levantar objetos pesados, o participación en deportes que requieren gran esfuerzo.			
b) Esfuerzos moderados; mover una mesa, barrer, usar la aspiradora, caminar más de 1 hora			
c) Levantar o acarrear bolsa de las compras			
d) Subir varios pisos por las escaleras			
e) Subir un solo piso por la escalera.			
f) Agacharse, arrodillarse o Inclinarsse.			
g) Caminar más de 10 cuadras (1 Km).			
h) Caminar varias cuadras.			
i) caminar una sola cuadra.			
j) Bañarse o vestirse.			

4.- Durante el último mes ¿Ha tenido Ud. alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias a causa de su salud física?

Actividades	Siempre	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
a)Redujo la cantidad de tiempo dedicada a su trabajo u otra actividad					
b)Hizo menos de lo que le hubiera gustado hacer.					
c)Estuvo limitado en su trabajo u otra actividad					
d)Tuvo dificultad para realizar su trabajo u otra actividad.					

5.-Durante el último mes ¿Ha tenido Ud. alguno de estos problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias como resultado de problemas emocionales (sentirse deprimido o con ansiedad) ?

	Siempre	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
a)Ha reducido el tiempo dedicado su trabajo u otra actividad.					
b)Ha logrado hacer menos de lo que hubiera querido.					
c)Hizo su trabajo u otra actividad con menos cuidado que el de siempre.					

6.- Durante el último mes, ¿En que medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos o su grupo social?

- a) De ninguna manera
- b) Un poco
- c) Moderadamente
- d) Bastante
- e) Mucho

7.- ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo en el último mes?

- a) Ninguno
- b) Muy poco
- c) Leve
- d) Moderado
- e) Severo
- f) Muy severo

8.- Durante el último mes ¿Hasta que punto el dolor ha interferido con sus tareas normales (incluido el trabajo dentro y fuera de la casa)?

- a) De ninguna manera
- b) Un poco
- c) Moderadamente
- d) Bastante
- e) Mucho

9.- Las siguientes preguntas se refieren a como se ha sentido Ud. durante el último mes.  
 Responda todas las preguntas con la respuesta que mejor indique su estado de ánimo. ¿Cuanto tiempo durante el último mes:

	Siempre	Casi todo el tiempo	Un poco	Muy poco tiempo	Nunca
a)Se sintió muy animoso?					
b)Estuvo muy nervioso?					
c)Estuvo muy decaído que nada lo anima?					
d)Se sintió tranquilo y calmado?					
e)Se sintió con mucha energía?					
f)Se sintió desanimado y triste?					
g)Se sintió agotado?					
h)Se ha sentido una persona feliz?					
l) Se sintió cansado?					

10.- Durante el último mes ¿Cuánto de su tiempo su salud física o problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales, como por ejemplo; visitar amigos o familiares.

- a) Siempre
- b) La mayor parte del tiempo
- c) Algunas veces
- d) Pocas veces
- e) Nunca

11.- Para Ud. Que tan cierto o falso son estas afirmaciones respecto a su Salud?

	Definitivamente Cierto	Casi siempre, cierto	No sé	Casi siempre, falso	Definitivamente Falso
a) Me enfermo con más facilidad que otras personas.					
b) Estoy tan saludable como cualquiera persona.					
c) Creo que mi salud va a empeorar.					
d) Mi salud es excelente.					

**Anexo B: Consentimiento informado**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**SR. /SRA:**

Se le invita a participar de manera voluntaria en una investigación, que consiste en un Estudio cuantitativo, que nos permitirá conocer y describir la percepción calidad de vida del paciente insuficiente renal crónico Terminal en hemodiálisis que se dializa en centros públicos y privados de la V región”

El objetivo de este estudio es describir la calidad de vida que refieren expresar los pacientes insuficientes renales crónicos Terminales tratados con hemodiálisis.

La investigación se llevará a efecto durante los meses de mayo a septiembre 2009, considerando el tiempo desde el momento de la aplicación del cuestionario hasta la presentación de los resultados de esta investigación.

Los datos de su participación se mantendrán en forma confidencial, y la publicación de los resultados en medios científicos será anónima.

En caso de cualquier duda Ud. podrá comunicarse con Paola Puebla Santibáñez al fono 089749935.

Declaro haber sido informado por..... quien me explicó el estudio y entendí claramente mi participación. Tuve la oportunidad de aclarar todas las dudas, tomando libremente mi decisión y sin ningún tipo de presión. En mi poder quedará un duplicado de este consentimiento.

Responsable de la Investigación:  
Paola Puebla Santibáñez.  
Estudiante Magíster de Enfermería  
Universidad Valparaíso.  
Enfermera Unidad de Diálisis  
Hospital Carlos Van Buren.

Acepto Participar: \_\_\_\_\_

Iniciales Participante: \_\_\_\_\_

Firma Participante: \_\_\_\_\_

Nombre Investigador: \_\_\_\_\_

Firma Investigador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Anexo C: Cuestionario de datos sociodemográficos**

**CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODMOGRAFICOS Y CARACTERISTICAS PERSONALES  
DEL PACIENTE EN HEMODIALISIS**

Iniciales de nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad (en años cumplidos): \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Centro de diálisis: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Actividad laboral: \_\_\_\_\_

Previsión: \_\_\_\_\_

Tiempo en tratamiento de hemodiálisis: \_\_\_\_\_

Causa de ingreso: \_\_\_\_\_

Modalidad Ges o electiva: \_\_\_\_\_

Exámenes de laboratorio:

	Al ingreso del tratamiento	A los 6 meses del tratamiento	Al año del tratamiento
Hematocrito			

**Anexo D: tablas de resultados estadísticos por componente de salud según sexo.**

**1. COMPONENTE DE SALUD FÍSICA.**

**Medias por var. Clasificación**

**FUNCION FÍSICA ROL FÍSICO DOLOR CORPORAL SALUD GENERAL COMP. SALUD FÍSICA  
SEXO**

SEXO		FUNCION FÍSICA	ROL FÍSICO	DOLOR CORPORAL	SALUD GENERAL	COMP. SALUD FÍSICA
Hombre	N	44	44	44	44	44
	Media	73,750	64,773	68,864	49,545	65,812
	Desv. típ.	26,4383	26,8261	30,6492	27,8246	20,9319
Mujer	N	18	18	18	18	18
	Media	64,444	54,167	64,583	47,500	58,466
	Desv. típ.	29,3001	32,8628	33,8493	22,3113	22,7061
Total	N	62	62	62	62	62
	Media	71,048	61,694	67,621	48,952	63,679
	Desv. típ.	27,3882	28,8413	31,3900	26,1793	21,5369

**2. COMPONENTE DE SALUD MENTAL.**

**Medias por var. Clasificación**

**ROL EMOCIONAL FUNCION SOCIAL VITALIDAD SALUD MENTAL COMP. SALUD MENTAL  
SEXO**

SEXO		ROL EMOCIONAL	FUNCION SOCIAL	VITALIDAD	SALUD MENTAL	COMP. SALUD MENTAL
Hombre	N	44	44	44	44	44
	Media	73,295	72,727	64,773	71,932	70,292
	Desv. típ.	26,9929	25,8957	22,0700	20,9433	18,8947
Mujer	N	18	18	18	18	18
	Media	63,426	71,528	54,861	67,778	63,690
	Desv. típ.	32,3556	26,3620	21,1737	19,4197	19,2814
Total	N	62	62	62	62	62
	Media	70,430	72,379	61,895	70,726	68,376
	Desv. típ.	28,7362	25,8203	22,1104	20,4428	19,0892