



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

HOSPITAL CENTRAL NORTE DE
PETRÓLEOS MEXICANOS

**COMPARACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
TERMINAL, Y TRATAMIENTO SUSTITUTIVO RENAL
CON HEMODIALISIS VS DIALISIS PERITONEAL EN
EL HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PETROLEOS
MEXICANOS.**

**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**

**PRESENTA
DR. GABRIEL IVAN REYES VÁZQUEZ.**



MEXICO D. F. 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ASESORES

Dra. Martha Laura Cruz Islas
Jefe de Enseñanza e Investigación

Dr. Luis Javier Castro D' Francis
Médico Adscrito al Servicio de Medicina Interna del Hospital Central Norte de
PEMEX

Dr. Fernando Rogelio Espinosa López
Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Central Norte de PEMEX

AUTOR

Dra. Gabriel Iván Reyes Vázquez.
Residente del cuarto año de Medicina Interna
Hospital Central Norte de PEMEX

Vo. Bo

Dr. Jaime Eloy Esteban Vaz
Director del Hospital Central Norte de PEMEX

Dra. Martha Laura Cruz Islas
Jefe de Enseñanza e Investigación

Dr. Fernando Rogelio Espinosa López
Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Central Norte de PEMEX

“Solo me faltan seis meses y veintiocho días para estar en condiciones de jubilarme. Debe hacer por lo menos cinco años que llevo el cómputo diario de mi saldo de trabajo.

Verdaderamente ¿preciso tanto el ocio? Yo me digo que no, que no es el ocio el que preciso sino el derecho a trabajar en aquello que quiero.”

MARIO BENEDETTI, 1960

*Come up to meet you,
Tell you I'm sorry,
You don't know how lovely you are.*

*I had to find you,
Tell you I need you,
Tell you I set you apart.*

*Tell me your secrets,
And ask me your questions,
Oh let's go back to the start.*

*Running in circles,
Coming up tails,
Heads on the science apart.*

*Nobody said it was easy,
It's such a shame for us to part.
Nobody said it was easy,
No one ever said it would be this hard.
Oh take me back to the start.*

*I was just guessing,
At numbers and figures,
Pulling the puzzles apart.*

*Questions of science,
Science and progress,
That must speak as loud as my heart.*

*Tell me you love me,
Come back and haunt me,
Oh on I rush to the start.*

*Running in circles,
Chasing our tails,
Coming back as we are.*

*Nobody said it was easy,
Oh it's such a shame for us to part.
Nobody said it was easy,
No one ever said it would be so hard.
I'm going back to the start.*

**THE SCIENTIST, GUY BERRYMAN,
COLDPLAY 2002.**

DEDICATORIAS

A **DIOS**, por darme este maravilloso regalo, al que llamamos VIDA y por todas las lecciones y maestros que me envía cada día.

A mi Madre, la **Profra. María Teresa Vázquez Zamora**, le doy las gracias infinitamente por todo su amor, confianza, consejos y apoyo incondicional. Gracias a ti, pude superar siempre las adversidades.

A mi Padre, el **Dr. Encarnación Reyes Jiménez**, (†) quien en vida siempre fue un ejemplo a seguir para mí, ya que su forma de ejercer la medicina, me inspiró a estudiarla y a llegar hasta aquí.

A mi abuela, **Angelina Zamora**, (†) por todo su cariño y amor que en vida me demostró.

A **Lizbeth, Martha y Víctor Hugo**, mis hermanitos, por hacer más completa mi vida y por todas las vivencias a su lado.

A **Alejandra Reyes Guzmán**, porque con su “si puede, si puede” me inspiró en los momentos en que dude de mí...

A **Cesar Miguel Esparragoza**, a **Luis Cuevas**, a **Dulce Lorena Beltrán Flores**, a **Rebeca Velasco Reyna**, a **Xochitl Ramírez**, a **Sandra Ruth Tobón**, a **Karla Ángeles Ortiz**, a **Yolanda Talonia** (†), a **Armando Díaz Arumir**, a **Erandi González Rubio**, a **Miyiteotl R.**, a **Jaqueline Enríquez B.**, a **Ulises Sánchez Márquez** y a **Félix Redondo Santos**, porque mi vida es antes y después de conocerlos.

A **Agua Zarca, Querétaro**, pueblo olvidado del mundo, “*donde la vida no vale nada*” *sic.*, porque en dicho lugar, ejercí por primera vez como médico, como padre, como maestro, como esposo. En muchas culturas hay ritos de iniciación. El azar (a veces llamado destino por unos) hizo que el mío fuera ahí.

Finalmente a mis **pacientes** y a todas las personas que de una u otra forma nos encontramos en este camino, y me hicieron ser mejor cada día.

Ar Nutska et trotska!!!

AGRADECIMIENTOS

Al **Dr. Luis Javier Castro D' Franchis** así como al **Dr. Rogelio Espinosa López** por darme la oportunidad de ser Médico Internista.

Al **Dr. Alvan Feinstein**, por haber cambiado la Medicina de este momento de la historia.

Al **Dr. Miguel Ángel Labastida**, por su amistad sincera, por guiarme en los casos difíciles de la vida y la medicina, pero sobre todo, por las tertulias y risas de todas las tardes que compartimos a su lado.

Al **Dr. Carlos Alberto Narváez Pichardo**, por enseñarme que todo puede ser sencillo, pero sobretodo por darme confianza y apoyo para mi desarrollo como Médico.

Al **Dr. Miguel Mendiola**, por ser ejemplo de sagacidad, honestidad, constancia, y trabajo.

Al **Dr. Eduardo Ruiz Haro**, por enseñarme que siempre hay otra opción y no menos importante por su visión alterna de la vida.

A la **Dra. Laura Cruz Islas**, por haberme guiado en la realización de esta tesis.

A cada uno de mis compañeros **Residentes** con los que compartí días enteros de felicidad, aprendizaje, angustia, dolor, amistad, y lágrimas.

Al **Dr. Francisco Carranza** y a la **Dra. Karen Araujo**, por levantarme en sus hombros cuando desfallecía.

A la **Dra. Imelda Espinosa**, y al **Dr. Emilio Reyes** por haberme cuidado en los momentos en que lo necesitaba.

A la **Dra. Ariadna Aguiñiga**, por iluminar mi vida.

Al **Dr. César Urtiz** por los consejos y confianza.

Al **Dr. Juan Carlos Falcón Martínez** por su enseñanza desinteresada.

Al **Dr. Aguirre, Dr. Mayorga,** y al **Dr. García** por transmitirme el gusto por la Medicina Interna.

Al **Dr. Hernández Zarco**, por transmitirme el gusto por la Nefrología.

Al **Dr. Visoso**, por enseñarme, el gusto y la ciencia de los trastornos acido-base.

A la **Dra. Camacho** así como al **Dr. Valadéz** por transmitirme su espíritu de superación.

Al **Dr. Vega** por haberme recordado, que la vida hay que disfrutarla.

Al **Dr. René Reyes Vázquez**, por sus lecciones de vida.

Al **Dr. Esquivel**, por su paciencia y hospitalidad.

A la **Jefa de Enfermeras del Servicio de Nefrología Alicia Hernández Ibarra**, por acompañarme, aconsejarme y guiarme, pero sobretodo por apoyarme de forma incondicional siempre.

A la **Enf. Norma Islas Garduño**, por su contribución en la realización de esta tesis, ya que sin ella no hubiera sido posible.

A todas las **Enfermeras, del Hospital Central Norte, del Central Sur y de los regionales de Reynosa, de Poza Rica, y Salamanca** por toda su ayuda.

A mis **Pacientes**, por darle sentido a mi profesión y a mi vida.

INDICE

1. PRESENTACION	
Asesores	II
Dedicatorias	VI
Agradecimientos.....	VIII
Índice	X
Introducción	1
2. PREGUNTA DE INVESTIGACION	3
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
4. JUSTIFICACION	3
5. MARCO TEÓRICO.....	4
6. OBJETIVO PRINCIPAL.....	18
7. OBJETIVOS SECUNDARIOS.....	18
8. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	18
Hipótesis Nula	18
Hipótesis Alterna.....	18
9. MATERIAL Y METODOS.....	19
Tipo de Estudio	19
Universo de Estudio	19
Tamaño de muestra	19
Recursos humanos, materiales y financieros	20
Criterios de Selección.....	20
Criterios de Inclusión.....	20
Criterios de Exclusión.....	21
Criterios de Eliminación	21
Definición de las variables.....	21
Variable Independiente.....	21
Variable Dependiente.....	22
Metodología	22
Consideraciones éticas	22
Cronograma de actividades	23
Análisis estadístico	23

10. RESULTADOS	25
11. DISCUSION	37
12. CONCLUSIONES	41
13. ANEXOS.....	42
14. BIBLIOGRAFÍA	50

INTRODUCCIÓN

La **insuficiencia renal crónica terminal** es un problema mundial de salud, que requiere de tratamiento sustitutivo que permita la supervivencia y la vida activa de la persona. El **deterioro** de la función renal, hace que los pacientes experimenten síntomas que afectan su funcionamiento en general, para lo cual reciben diversas de **terapias de reemplazo renal**, que afectan su calidad de vida en todos sus aspectos.

Esta enfermedad, tiene un comienzo insidioso con periodos de exacerbación y remisión de síntomas, con posterior aparición de complicaciones que conllevan tratamiento complejo de por vida.

Los pacientes presentan problemas **médicos, psicológicos, sociales y familiares**, que aumentan con el tiempo y están asociados directamente con las diferentes fases de la enfermedad y los procesos terapéuticos.

Por ello, representa un **problema** de atención médica e infraestructura que demanda múltiples intervenciones de salud y disponibilidad de un equipo multidisciplinario. En la población laboralmente productiva, es una de las principales causas de muerte y discapacidad.

Por ello es imprescindible **evaluar el bienestar subjetivo**, la capacidad de realizar las actividades sociales y la capacidad funcional que se espera del individuo. Los **cuestionarios para la medición del estado de salud**, se han transformado en herramientas de investigación de los servicios de salud.

El concepto de **calidad de vida** incluye un estado de salud funcional, percepción de buena salud, satisfacción con la vida y habilidad para competir.

Se observa que estos aspectos se modifican ante insuficiencia renal crónica, por las características del tratamiento sustitutivo que ésta requiere y la variación en la supervivencia.

De acuerdo con lo que los expertos consideran necesario e importante, se han desarrollado diversos instrumentos para evaluar la calidad de vida, que exploran principalmente las áreas física y mental. Sin embargo, en el ámbito médico o social no existe un consenso sobre los conceptos que deben abordar los cuestionarios: algunos sólo abarcan uno específico como depresión o vitalidad, pero otros integran los aspectos físicos y mentales más importantes relacionados con la calidad de vida de los pacientes y se consideran genéricos o multi-ítem.

Dentro de estos últimos, se ha utilizado el cuestionario **SF-36** (*Medical Outcomes Study 36-Short Form Health Survey*), a través del cual se ha demostrado el impacto negativo que genera el tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal en la calidad de vida del paciente con insuficiencia renal crónica

No obstante haber realizado una búsqueda exhaustiva en las bases de datos de estudios de investigación nacionales sobre calidad de vida en este tipo de pacientes en los que se utilizara el SF-36, se encontró escasa información publicada, por lo que planteamos el siguiente objetivo: Comparar la calidad de vida en pacientes manejados con hemodiálisis versus diálisis peritoneal continua ambulatoria.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿ Existen diferencias en la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal terminal, asociadas con el tipo de tratamiento sustitutivo renal ?

PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

Los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal, suponen un reto en el sistema de salud, ya que según modelos, se proyecta su aumento a nivel logarítmico, aunado también al costo que originan a dicho sistema, será importante reflejar dicha inversión en múltiples aspectos, uno de ellos, el que estamos evaluando y comparando, la calidad de vida del paciente. Es finalmente tratar de responder la pregunta de que tanto impactan al paciente todo nuestro tratamiento en general, en los múltiples aspectos que evalúa la SF-36.

JUSTIFICACIÓN

Con el presente estudio se obtendrá un **beneficio científico**, ya que existen muchos instrumentos que miden la calidad de vida en salud, sin embargo son pocos los estudios en los que se ha aplicado la **SF-36**, en el caso de los padecimientos renales, a pesar de ser un instrumento validado.

Este estudio, califica el acrónimo **FINER**, ya que es factible, es interesante, novedoso, ético y relevante.

MARCO TEORICO

El término **Calidad de Vida** es relativamente **nuevo**, sus **orígenes** los encontramos en los métodos de control de calidad utilizados en los países industrializados.

Por los años treinta y cuarenta del siglo pasado, se desarrollaron **técnicas estadísticas** para determinar la calidad de los productos elaborados.

Más adelante **economistas y sociólogos** se preocuparon de identificar **índices** que hicieran posible **evaluar la calidad de vida de los seres humanos** y sociedades; como vemos sus orígenes provienen de la **teoría empresarial** y luego de la **sociología**. Esto debe destacarse puesto que en su significado está implicada una idea de hombre, de ser humano como un todo.

La expresión **Calidad** es sin duda de carácter evaluativo puesto que al utilizarla estamos valorando algo. Por lo tanto la calidad es **un valor** no un simple hecho sumativo, característica que debería tenerse siempre en cuenta al estudiar este concepto.

El interés por la Calidad de Vida (**C.de V.**) ha existido desde tiempos remotos, la idea comienza a popularizarse en la década del **sesenta**, hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos como, **salud, educación, economía, la política y el mundo de los servicios en general.** (Gómez María, 1998).

El término **calidad**, como una propiedad comparativa evaluativa de algo, es buena, regular o mala, en relación a un patrón de medida implícito o explícito y vida como la **meta**, con referencia a la cual deben apreciarse, las condiciones ambientales que la afectan.

Durante la década de los **50** y a comienzos de los **60**, el creciente interés por conocer el **bienestar humano** y la preocupación por las consecuencias de la industrialización experimentada por la sociedad, hacen surgir la necesidad de **medir esta realidad** a través de **datos objetivos**.

A partir de las **Ciencias Sociales**, se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, (que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población).

Estos indicadores tuvieron su propia evolución en un primer momento considerando condiciones objetivas y muy posteriormente condiciones subjetivas (*Arostegui, 1998*).

La inclusión del término **C. de V.** a mediados de los **70** con un carácter multidimensional, que abarca todas las áreas de la vida, se difundió o cristalizó, en la primera revisión monográfica sobre el tema publicada en **Social Indicators Research**, en 1974 y en el **Sociological Abstracts** 1979, contribuyendo a su difusión teórica y metodológica, y así en la década de los 80 se inició el despegue definitivo del uso de ésta expresión (*Conhabit Setop, 1976*).

Galopin, 1982, en una revisión acerca de la evolución del concepto **C de V**, señala las distintas concepciones enunciadas por diferentes autores entre ellos, Maslow 1970-1971, Mallmann 1978-1979, Galting 1978, Hankiss 1978, Nudler 1979, Smith 1980, Herrera 1982, postulando un cierto consenso , en cuanto a que la C de V está relacionada con las Necesidades Humanas , y que la evaluación de la C de V, tendría que hacerse en términos objetivos , (relacionada con las **necesidades del individuo** ej. salud, educación) y en términos subjetivos (relacionada con la **percepción del individuo** en cuanto a lo que considera su nivel de bienestar) ; y la diferencia entre los indicadores objetivos y subjetivos determinan los componentes de la C de V del individuo.

En relación a lo anterior se establecen dos postulados:

- ***Las necesidades humanas fundamentales ,son finitas, pocas y clasificables.***

- ***Las necesidades humanas fundamentales , son las mismas en todas las culturas , y en todos los períodos históricos, lo que cambia son los medios utilizados para la satisfacción de las necesidades .***

Las últimas revisiones en relación a la evolución del concepto, concuerdan que es un término relativamente reciente , visualizado desde diferentes ópticas, pero siempre ligado a la satisfacción de las necesidades del individuo, señalando al respecto que actualmente la C de V constituye un objetivo de planificación , por lo tanto es necesario precisar dicho concepto, con el fin de abstraer y plantear, las relaciones de conflicto entre el crecimiento económico, el bienestar humano, y el equilibrio ambiental, involucrando tres aspectos en la evolución del concepto:

- Estudios de indicadores de tipo objetivos , estudio de indicadores de tipo subjetivos y la combinación de ambos criterios, con la incorporación de la dimensión espacial (*María Teresa Bravo y Silvia Falache 1993*).

La importancia de la utilización del concepto C. de V. radica en que está emergiendo como un principio organizador, que puede ser aplicado para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas tecnológicas y económicas.

Pero señala que la verdadera utilidad del concepto se percibe en los servicios humanos , inmersos en una revolución de calidad, que propugna la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyo y de técnicas de mejora de la calidad. (*Schalok 1996*).

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD

Después de una amplia revisión de la literatura, en relación al concepto **Calidad de Vida**, la **OMS en 1994**, afirma que C.de V. es ***“la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.”***

Calidad de vida es un concepto que desde hace algún tiempo se está usando en salud y la intención de incorporarlo ha sido tener una información más completa de la **estimación de vida** de las personas y como éstas la perciben, se pretende con ello enfocar las limitaciones de los conceptos que tradicionalmente se han utilizado en este campo, como son mortalidad y morbilidad, por la falta de dinamismo y unilateralidad que conllevan.

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina, han hecho posible prolongar notablemente la vida, generando un aumento importante de las enfermedades crónicas, esto ha llevado a poner especial acento en un término nuevo, **Calidad de vida relacionada con salud (C.V.R.S.)**.

Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy este concepto, como una forma de referirse a la **percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada**, especialmente de las **consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social**.

La **C.V.R.S.** ha probado ser útil, principalmente como un rasgo de estructura general, dentro de la cual las dimensiones relevantes de la vida y salud se pueden examinar en investigación y prácticas clínicas.(*René Dubos 1982*), este mismo autor señala , que la C de V debería ser la habilidad del individuo , para ejecutar su mayor y deseado papel social y el grado en el cual éste individuo obtiene satisfacción ejecutando estos papeles.

La **C.V.R.S.** en un período relativamente corto ha estado tomando su importancia junto con la morbilidad y la mortalidad como un criterio mayor, al evaluar las intervenciones en salud.

El término se utiliza en dos diferentes niveles al conceptualizar C. de V. :

(a) aspectos que están directamente relacionados con la salud y pueden ser atribuibles a las medidas terapéuticas,

(b) aspectos , que se producen principalmente por las condiciones básicas de la vida social) (Najman y Levine, 1981; Wenger, 1984).

A fin de presentar un perfil comprensivo de la vida de los individuos que pueden ser afectados por las intervenciones de salud, la medida de la C de V debería incluir otras cuatro dimensiones centrales además de la ejecución del papel (Levine y Croog 1984):

1.- La ejecución de los roles sociales.

2.- El estado psicológico del individuo.

3.- El estado emocional del individuo.

4.- El funcionamiento intelectual o cognitivo del individuo.

5.- El sentido de bienestar o satisfacción general.

Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto de **C. de V.**, como un modo de referirse, a la percepción que tiene el paciente, de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de su tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente sobre las consecuencias que provoca sobre su bienestar, físico, emocional y social.

La meta de la atención de salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la C. de V. del paciente. (Gómez María, Sabeh Eliana 1999).

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

El **concepto** puede ser utilizado, para una serie de propósitos, incluyendo no sólo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción (mencionados anteriormente) sino que también, puede ser utilizado en la evaluación de los resultados de los programas y servicios

humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas como la población con discapacidad.

Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionadas con una vida de calidad , varían en función de la etapa evolutiva del individuo, es decir que la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad y condición de salud (*Schalock 1997*).

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

Otros autores formulan que cuando la aplicación de la tecnología previene la muerte prematura como ocurre con las enfermedades crónicas terminales, sobreviene una serie de problemas con respecto a los efectos de vivir con la enfermedad crónica.

El problema del costo total y efectos de C de V se presentan en enfermedades específicas como enfermedades cardiacas y renales (*Lawrence y Gaus 1983*).

El desarrollo del movimiento de los derechos de los pacientes , el crecimiento de los movimientos de autoayuda y la atención renovada en relación a la importancia de la elección del paciente en la adopción de decisiones médicas, están teniendo un efecto cada vez más importante en la C de V de los individuos con enfermedades graves y crónicas.(*Panwost, Parker y Froland 1983, Silgresty Willians 1987*).

El concepto **C.V.R.S.** ha ido variando desde las definiciones unidimensionales, que sólo tomaban en cuenta el bienestar físico (*Karnofsky, 1987*) , o la rehabilitación en términos de productividad social (*Muthny FA 1991*), hasta la actualidad , en que existe un consenso generalizado, sobre la evolución de la **C.de V.** , que implica considerar la interacción de múltiples

dimensiones en las áreas físicas , psíquicas y social, señalando a su vez que el estudio de la C.deV., presenta implicaciones clínicas, éticas y económicas, que exige metodologías de valoración cuantitativa y cualitativa, permitiendo así extraer conclusiones generalizables.

Como hemos visto la **C. de V.** es la percepción del paciente de su grado de bienestar físico, emocional y social. Además es un proceso dinámico y cambiante, que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente. *Porter G.A (1994)* consideraba la C. de V. , como se mencionó anteriormente, pero destaca además que la C.V.R.S. , es la resultante del tipo de enfermedad, su evolución, la personalidad del paciente , el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el apoyo social percibido y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad. (*Laura Schwaetzmann, 1999 y colaboradores*)

La **Universidad de California** y la **Rand Corporation** han desarrollado conjuntamente una taxonomía, para la calidad de vida relacionada con la salud, que abarca los dominios o áreas que actualmente se consideran integrantes de la salud. Estas áreas son cuatro : salud física, mental, social y general .

La **salud física** incluye funcionalidad y movilidad, síntomas físicos y gravedad de la enfermedad. La **salud mental** abarca el bienestar (que incluye el autocontrol y la satisfacción vital), la autonomía, el distres psicosocial (que incluye la ansiedad y la depresión) y la función cognitiva. La **salud social** comprende la capacidad de relacionarse con los demás, la sexualidad y la satisfacción con los contactos sociales. Finalmente en la **salud general** se incluyen el dolor, energía / fatiga y la situación global de salud.

Para medir **C. de V.**, es importante disponer de instrumentos adecuados y sensibles que detecten los cambios que se producen en los factores que la determinan y que deben tener las siguientes características:

- a. **Coincidir con el concepto operativo del grupo de investigación , situado en una cultura determinada**
- b. **Ser sencillos**

c. Ser aceptables para el paciente y el equipo

d. Ser válidos.

Estos instrumentos pueden ser genéricos o específicos, en general se acepta la conveniencia de usar ambos tipos de medida combinados , con la finalidad de estimar de una manera global la percepción que los propios pacientes, tienen de su estado de salud. (*Cella o Tulsky 1990*).

Un problema metodológico mayor en la evaluación de la **C de V**, en estudios de salud, es la factibilidad de entregar un resumen de puntaje de evaluación para cada paciente, un puntaje total único, claramente tiene méritos para propósitos descriptivos y analíticos.

Sin embargo los investigadores no están de acuerdo, y consideran el resumen de resultados excesivamente simplista, para evaluar un fenómeno complejo del cual no existe evidencia de una dimensión única.

Al prolongarse el tiempo de supervivencia de los pacientes con enfermedades crónicas ,gracias a las innovaciones tecnológicas la sociedad se está enfrentando a importantes consecuencias éticas y morales, al mismo tiempo estas innovaciones y sus penetrantes efectos sobre la C. de V., están generando un creciente escepticismo y cuestionamiento, incluyendo a aquellos que son optimistas acerca de los costos y la distribución racional de los recursos. (*Brin 1970, Edlund y Tancredi 1985*).

En este momento, la evaluación de encuestas que integran la **percepción del estado de salud** de los individuos en actividades de la vida cotidiana ha sido objeto de un creciente interés por parte de la comunidad de investigadores de los servicios de salud.

El uso de instrumentos de recolección de datos que miden y caracterizan el estado multidimensional de salud promete el acercamiento en la relación médico-paciente, de forma tal que los pacientes tendrán un nuevo marco de referencia respecto a sus prestadores de servicios de salud, y estos últimos podrán juzgar la **efectividad** del manejo de la población atendida.

La rigurosidad psicométrica de los instrumentos actuales ha permitido la incorporación del concepto de evaluación de la calidad de vida, o lo que otros autores refieren como **calidad de vida relacionada con la salud**, y lo ha convertido en la unidad fundamental para la medición de resultados en investigaciones dentro de este campo.

Aunque no existe consenso, la calidad de vida relacionada con la salud se mide por medio de la función física, del estado psicológico, de la función y la interacción sociales, y de los síntomas físicos. El espectro de indicadores para la medición de dichos resultados incluye cinco dominios principales:

- a) Mortalidad.**
- b) Morbilidad.**
- c) Incapacidad.**
- d) Incomodidad.**
- e) Insatisfacción.**

Tradicionalmente, los informes comparativos del estado de salud y enfermedad en diversos grupos poblacionales sólo incluyen datos de mortalidad y morbilidad.

En la actualidad, hay una **explosión en la literatura médica** respecto a la inclusión de las opiniones de los usuarios de servicios médicos para la evaluación de las percepciones del estado de salud.

Esta tendencia también se presenta en la **literatura mexicana**. Las dimensiones de incapacidad, incomodidad e insatisfacción son reconocidas como componentes del concepto de calidad de vida.

La **incapacidad** se mide por la habilidad de realizar actividades y por el impacto físico que esta última produce en la actividad física, en la ocupacional y en la cotidiana.

La **incomodidad** se caracteriza por la presencia o ausencia del dolor físico y la fatiga.

La **insatisfacción** se mide por el funcionamiento social, el bienestar general y la satisfacción con la atención que brindan los prestadores de servicios de salud.

Con el reconocimiento de que, para comparar el estado de salud de las poblaciones de diferentes países se requiere de instrumentos estandarizados, en **1991** se inició el proyecto conocido como “**Evaluación internacional de la calidad de vida**” (International Quality of Life Assessment Project, IQOLA) para traducir, adaptar y probar la aplicabilidad intercultural de un instrumento genérico denominado **Encuesta de Salud SF-36 (Short Form 36 Health Survey)**.

Inicialmente, este instrumento se usó en el estudio de resultados médicos (**Medical Outcomes Study, MOS**), donde se demostró su validez y confiabilidad; asimismo, se determinaron las normas de comparación para la población de Estados Unidos de América (**EUA**).

Posteriormente, el proyecto **IQOLA** incluyó **14** países industrializados, y en la actualidad hay más de **40** naciones participantes. Existen seis versiones de la Encuesta **SF-36** en castellano que se han adaptado y utilizado en **Argentina, Colombia, España, Honduras y México, así como entre la población México-norteamericana de EUA**.

Los investigadores de estos países tienen como objetivo final la adaptación y el establecimiento de normas de las escalas de la Encuesta **SF-36** para su uso en poblaciones genéricas y específicas.

El presente estudio utilizó la **versión 2** de la Encuesta, autorizada para usarse en México (**SF-36 de aquí en adelante**), con el fin de medir el estado

funcional de los pacientes son insuficiencia renal y tratamiento sustitutivo renal del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos.

El **Cuestionario de Salud SF-36** está compuesto por **36** preguntas (**ítems**) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el **MOS**, que incluían **40 conceptos relacionados con la salud**.

Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial.

El cuestionario final cubre **8 escalas**, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento.

Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas:

- a) **Función Física**
- b) **Rol físico.**
- c) **Dolor corporal.**
- d) **Salud general.**
- e) **Vitalidad.**
- f) **Función social.**
- g) **Rol emocional.**
- h) **Salud mental.**

En el siguiente cuadro se describe la interpretación de **cada ítem**:

Cuadro I
ESCALAS DEL ESTADO DE SALUD E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS BAJOS Y ALTOS. ENCUESTA DE SALUD SF-36

Conceptos	No. de preguntas	Significado de los resultados	
		Bajo	Alto
Función física	10	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin limitantes debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy severo y extremadamente limitante	Ausencia de dolor o limitaciones debido a dolor
Salud general	5	Evalúa la salud personal como mala y cree que probablemente empeorará	Evalúa la salud personal como excelente
Vitalidad	4	Cansancio y agotamiento todo el tiempo	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia frecuente y extrema con las actividades sociales normales debido a problemas físicos y emocionales	Realiza actividades sociales normales sin interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales
Salud mental	5	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo
Transición de salud notificada	1	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año

Adicionalmente, el **SF-36** incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior.

Este ítem **no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas** pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del **SF-36**.

La traducción autorizada de la **SF-36** para su uso en México previamente fue analizada **psicométricamente** para determinar la **validez** y la **confiabilidad** de las escalas.

La **validez** se define como el grado en el cual el instrumento mide lo que se quiere medir.

Cuando se usan instrumentos que producen escalas por la suma de sus componentes (escalas tipo Lykert), como es el caso de la **Encuesta de Salud SF-36**, se utilizan varios supuestos para medir validez.

Entre ellos se encontraron los siguientes:

- a) Una pregunta debe estar **linealmente relacionada** en forma sustancial con el concepto subyacente medido (validez convergente);
- b) Una pregunta debe **correlacionarse** en forma sustancialmente alta con su escala hipotetizada, en lugar de que lo haga con escalas que miden otros conceptos (**validez discriminativa**);
- c) preguntas que miden el mismo concepto deben tener aproximadamente **igualdad de varianza**.
- d) preguntas de una misma escala deben contener **similar promedio de información** acerca del concepto a medirse (prueba de igual correlación de pregunta-escala).

Las pruebas de **confiabilidad y correlación interescalar** se usan para determinar si los resultados de las escalas son reproducibles e interpretables.

La **confiabilidad** de un instrumento se refiere al grado en el cual éste se encuentra libre de error aleatorio de medición; sin embargo, este último nunca se elimina, aunque se deben hacer esfuerzos para reducirlo a un nivel mínimo.

Se considera que una encuesta es **confiable** cuando los resultados observados son altamente correlacionados con los resultados verdaderos o hipotetizados.

Esta escala ya cuenta con múltiples estudios que la **validan** en las dimensiones, previamente comentadas, e inclusive en muchos casos se ha validado comparada **contra instrumentos**, ya previamente desarrollados para situaciones y/o enfermedades específicas.

Una ventaja muy importante de **SF-36**, es que es útil para hacer comparaciones de **cohortes históricas**. Por ejemplo en el sitio de internet **www.sf36.com** los datos de cualquier investigación pueden ser comparados

con una muestra probabilística, por ejemplo de una población de gente sana de diferentes países, entre estos Reino Unido, y Estados Unidos de Norteamérica.

Por lo demás, en dicho sitio de internet, también es posible, adquirir **información** y **experiencia** de la gente que usa esta escala en todo el mundo, facilitando comparaciones dentro de múltiples padecimientos.

Finalmente, también hay **software** el cual se integra a las bases de datos médicas de hospitales, facilitando el manejo de dicha información.

El tiempo nos ha mostrado que esta **escala**, cada vez es más **importante** para la toma de **decisiones en salud**.

OBJETIVO PRINCIPAL:

El objetivo de la presente investigación fue **evaluar, y comparar** mediante la encuesta **SF-36, la calidad de vida** de pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con **diálisis peritoneal continua ambulatoria y hemodiálisis**.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- **Determinar la Calidad de Vida por Sexos en Diálisis Peritoneal.**
- **Determinar la Calidad de Vida por Sexos en Hemodiálisis.**
- **Comparar la Calidad de Vida de Diálisis Peritoneal y hemodiálisis con la Población General.**

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Los pacientes con insuficiencia renal terminal dependiendo de la modalidad de tratamiento, presentan diferente calidad de vida.

HIPOTESIS NULA

Los pacientes en hemodiálisis **no presentan** diferencias en su calidad de vida, con respecto a los pacientes con diálisis peritoneal usando la escala **SF-36**.

HIPOTESIS ALTERNA

Los pacientes en hemodiálisis **presentan diferente calidad de vida,** con respecto a los pacientes con diálisis peritoneal usando la escala **SF-36**.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

Estudio Transversal, comparativo, con muestreo a conveniencia, analítico, de dos grupos concurrentes, homodémico, prolectivo y de evaluación abierta.

POBLACIÓN ESTUDIADA:

UNIVERSO DEL ESTUDIO

Previa autorización por el comité de ética e investigación de el hospital central norte de "PEMEX", con apoyo de la jefatura de Medicina Interna y bajo consentimiento informado y por escrito de el paciente se elaboró este estudio de investigación con pacientes de la población de los servicios médicos del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos en el periodo comprendido de Mayo a Junio del 2008.

Se estudiaran pacientes **derechohabientes al servicio de médico del Hospital Central Norte de PEMEX**, los cuales al menos tengan **2 meses** en los servicio de Diálisis peritoneal y Hemodiálisis.

TAMAÑO DE MUESTRA

La muestra se obtuvo en razón de la formula estadística para comparación de medias para un nivel de significancia de 0.05

$$N = \left| \frac{|z_{\alpha} - z_{\beta}| \sigma}{M_1 - M_2} \right|^2$$

Grupo en Hemodiálisis: 20 pacientes

Grupo en Diálisis Peritoneal: 20 pacientes.

El Muestreo será no aleatorio, por conveniencia, se invitará a todos los pacientes de los programas de tratamiento sustitutivo renal a participar. No se realizara ninguna asignación, ya que los pacientes ya se encuentran en dichos programas de tratamiento.

RECURSOS

HUMANOS

- Médicos Residentes
- Personal de Enfermería

MATERIALES

- **Oficina:** Lápices, gomas, engrapadoras, hojas de papel, computadora, impresora.

RECURSOS FINANCIEROS

- Los aporta el investigador.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ambos sexos
- Consentimiento por escrito del paciente.
- En caso de ser menor de edad. Consentimiento por padre o tutor.
- Estar al menos 2 meses previos en tratamiento ya sea en la modalidad DPCA ó Hemodiálisis.
- Ser pacientes regulares en dicho programa.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con enfermedades agudas en el momento de la evaluación.
- Pacientes con algún evento quirúrgico en dos meses previos.
- Embarazo.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no contesten más de 2 preguntas en el cuestionario auto-suministrado.
- Pacientes cuyas respuestas no sean legibles.

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Tratamiento sustitutivo renal (Hemodiálisis ó Diálisis Peritoneal)
- Tipo de Variable Cualitativa, Nominal.
- Definición conceptual y operacional de Hemodiálisis: <i>Tratamiento sustitutivo renal en el que se intercambian bidireccionalmente agua y solutos, entre dos soluciones de diferente composición y que están separadas entre sí por una membrana semipermeable, localizada en un filtro, a través del cual corren en dirección opuesta las sustancias de la sangre en un circuito extracorpóreo así como el líquido de diálisis.</i>
- Definición conceptual y operacional de Diálisis peritoneal: <i>Tratamiento sustitutivo renal en el que se intercambian bidireccionalmente agua y solutos, entre dos soluciones de diferente composición y que están separadas entre sí por una membrana en este caso la membrana peritoneal.</i>

VARIABLE DEPENDIENTES:

Evaluación de la Calidad de Vida con la encuesta SF-36
Tipo de Variable Cuantitativa, discreta
Definición conceptual y operacional de SF-36: <i>Instrumento de evaluación multi-ítem, que en su versión 2.0, consta de 36 reactivos, los cuales evalúan la calidad de vida, en 2 esferas principales, la física y la mental.</i>

METODOLOGIA

El trabajo se llevara a cabo posterior a la aprobación del protocolo por un comité local de ética e investigación del hospital y aceptación por escrito del consentimiento informado para el procedimiento del estudio de investigación. (Ver sección de anexo).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio no viola ninguno de los principios básicos éticos de la investigación en seres humanos siendo los datos obtenidos de tipo confidencial y solamente en divulgación científica. Y se apega a la ley general de Salud de la República Mexicana vigente en materia de investigación y en base a la declaración de Helsinki buscando ante todo el beneficio de los pacientes, se dictamino por el comité local de investigación de la unidad médica correspondiente.

Los pacientes fueron informados del estudio; de aceptar participar, se les solicitó consentimiento por escrito. A cada uno se le aplicó una encuesta estructurada, donde se investigaban datos sociodemográficos y sintomatología más frecuente durante el último mes.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

Al no ser un estudio experimental no se requieren estas.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA	Mayo 2008	Junio 2008	Julio 2008
Planteamiento del problema			
Recopilación de información bibliográfica			
Desarrollo de la investigación			
Recolección de datos			
Concentrado de Información			
Análisis de resultados			
Conclusiones			
Presentación del trabajo			

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para evaluar la calidad de vida de los pacientes, se utilizó la versión 2.0 en español, de la encuesta **SF-36** validada por consenso para población mexicana. Dicho instrumento consta de **36** preguntas que abordan **ocho conceptos** o escalas multi-ítem de salud

- 1. Función física**
- 2. Rol físico**
- 3. Dolor corporal**
- 4. Salud general**
- 5. Vitalidad**
- 6. Función social**
- 7. Rol emocional**
- 8. Salud mental**

Por cada una, las respuestas a las preguntas se codifican y recodifican, y los resultados se trasladan a una escala de 0 a 100 (de peor a mejor salud).

De acuerdo con la escala obtenida, se obtienen medidas de tendencia central y dispersión.

Los resultados fueron capturados en Microsoft Excel 2007. El análisis estadístico se realizó con medidas de tendencia central y dispersión así como T de Student, de 2 colas.

DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los resultados serán mostrados mediante tablas y gráficas.

RESULTADOS

A continuación se describen las variables sociodemográficas de ambos grupos de pacientes:

De los pacientes en **Hemodiálisis**, participaron:

- **38 pacientes** (**23** hombres, y **15** mujeres).

De los pacientes en **Diálisis Peritoneal**, participaron:

- **30 pacientes** (**16** hombres, y **14** mujeres).

HOMBRES EN HEMODIÁLISIS:

La edad promedio de este grupo fue de **57.95 años**, con un promedio de **335 sesiones** de hemodiálisis, con un tiempo promedio en dicho programa de **3 años**. Se corroboró el diagnóstico de diabetes en **11 pacientes**, con un tiempo de evolución de dicho padecimiento de **12.22 años**. En el grupo de **hipertensos** se reportaron **6 pacientes** con un tiempo de evolución de **8.1 años**. Ninguno era portador de secuelas de Enfermedad cerebrovascular ó de Infarto cardiaco antiguo, sin embargo **2** pacientes se encontraban en tratamiento para Cáncer de Próstata, **1** portador de Hepatitis por Virus C, **1** con el diagnóstico de psoriasis, **2** con el diagnóstico de neuropatía diabética en tratamiento así como con **3** con retinopatía diabética. Los ingresos mensuales de **10** pacientes iban de 10mil a 15mil (el grupo más numeroso), seguido de **9** pacientes con ingresos superiores a 15mil. A referir de los pacientes actualmente sin tabaquismo (**10** con antecedentes) e ingesta de alcohol (**16** con antecedentes de consumo crónico). La Hemoglobina promedio en este grupo fue de **9.44**, la albúmina de **3.4**, y linfocitos de **1300**, con un producto calcio-fósforo de **63**. El promedio de consumo de medicamentos diferentes por día es de **5**.

MUJERES EN HEMODIÁLISIS:

La edad promedio de este grupo fue de **50.26 años**, con un promedio de **402 sesiones** de hemodiálisis, un tiempo promedio en dicho programa de **3.52 años**. Se corroboró el diagnóstico de diabetes en **3 pacientes**, con un tiempo

de evolución de dicho padecimiento de **18.33 años**. En el grupo de **hipertensos** se reportaron **9 pacientes** con un tiempo de evolución de **9.27 años**. **1** paciente era portadora de secuelas de Enfermedad cerebrovascular sin embargo ninguna de las pacientes con Infarto cardiaco antiguo. **1** de las pacientes de este grupo tenía Cáncer de Mama, **1** paciente con Hepatitis C y secuelas por Fractura de Cadera, **1** paciente con Hipotiroidismo, **1** paciente con Lupus, **1** paciente con secuelas de mielomeningocele, y **1** paciente con osteoartritis. Con respecto a los ingresos mensuales, solo **1** paciente tenía ingresos mensuales superiores a 15mil, mientras que **9** pacientes presentaban ingresos mensuales dentro del rango de los 10mil a 15mil pesos. A referir de las pacientes, sin tabaquismo actual (**1** con antecedentes) e ingesta de alcohol (**2** con antecedentes de consumo crónico). La Hemoglobina promedio en este grupo fue de **9.52**, la albúmina de **3.22** y linfocitos de **1373**, con un producto calcio-fósforo de **62.13**. El promedio de consumo de medicamentos diferentes por día es de **5**.

HOMBRES EN DIÁLISIS PERITONEAL:

La edad promedio de este grupo fue de **67.56 años**, con un promedio en dicho programa de **3.87 años**. Se corroboró el diagnóstico de diabetes en **9 pacientes**, con un tiempo de evolución de dicho padecimiento de **23.1 años**. En el grupo de **hipertensos** se reportaron **15 pacientes** con un tiempo de evolución de **19.73 años**. Ninguno era portador de secuelas de Enfermedad cerebrovascular ó de Infarto cardiaco antiguo, sin embargo **1** paciente con cardiopatía isquémica crónica y antecedente de angioplastia, **1** paciente con demencia y Cáncer de Próstata, **1** paciente con escaras por decúbito, **2** con Hepatitis virales crónicas, **1** con dislipidemia en tratamiento, **1** con Insuficiencia cardiaca congestiva, **1** con insuficiencia arterial de extremidades inferiores, **1** paciente con neuropatía diabética y retinopatía diabética, ya diagnosticada. Los ingresos mensuales de **10** pacientes iban de 10mil a 15mil (el grupo más numeroso), seguido de **5** pacientes con ingresos superiores a 15mil. A referir de los pacientes actualmente sin tabaquismo (**10** con antecedentes) e ingesta de alcohol (**13** con antecedentes de consumo crónico). No se dispuso de laboratoriales en este grupo. El promedio de consumo de medicamentos diferentes por día es de **6**.

MUJERES EN DIÁLISIS PERITONEAL:

La edad promedio de este grupo fue de **64.21 años**, con un tiempo promedio en dicho programa de **3.52 años**. Se corroboró el diagnóstico de diabetes en **6 pacientes**, con un tiempo de evolución de dicho padecimiento de **19.1 años**. En el grupo de **hipertensos** se reportaron **12 pacientes** con un tiempo de evolución de **14.54 años**. **1** paciente era portadora de Artritis reumatoide, **1** paciente con antecedente de infarto agudo al miocardio, **1** paciente con Secuelas de Enfermedad cerebrovascular, **1** paciente con dislipidemia, **1** paciente con antecedente de tromboembolia pulmonar y valvulopatía, **1** paciente con insuficiencia cardíaca, **1** paciente con hipotiroidismo, así como **1** paciente con retinopatía y neuropatía diabética diagnosticadas. Con respecto a los ingresos mensuales, **7** pacientes tenían ingresos mensuales del rango de 10mil a 15mil, con **2** pacientes con ingresos de 5mil a 9mil pesos. A referir de las pacientes, sin tabaquismo actual (**6** con antecedentes) e ingesta de alcohol (**6** con antecedentes de consumo crónico). No se dispuso de laboratoriales en este grupo. El promedio de consumo de medicamentos diferentes por día es de **5**.

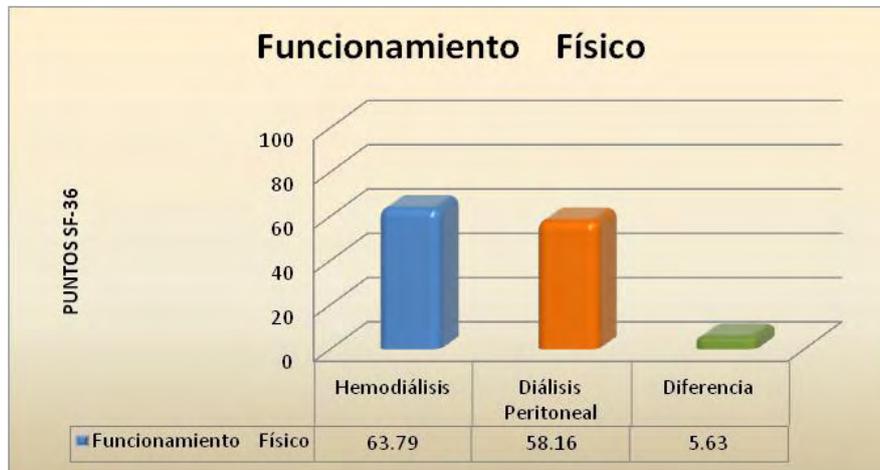
COMPARACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA POR TIPO DE TRATAMIENTO:

El apartado de **Salud Física** se compone de **4** apartados parciales:

- a) Funcionamiento Físico.**
- b) Rol Físico.**
- c) Dolor Corporal y**
- d) Salud general**

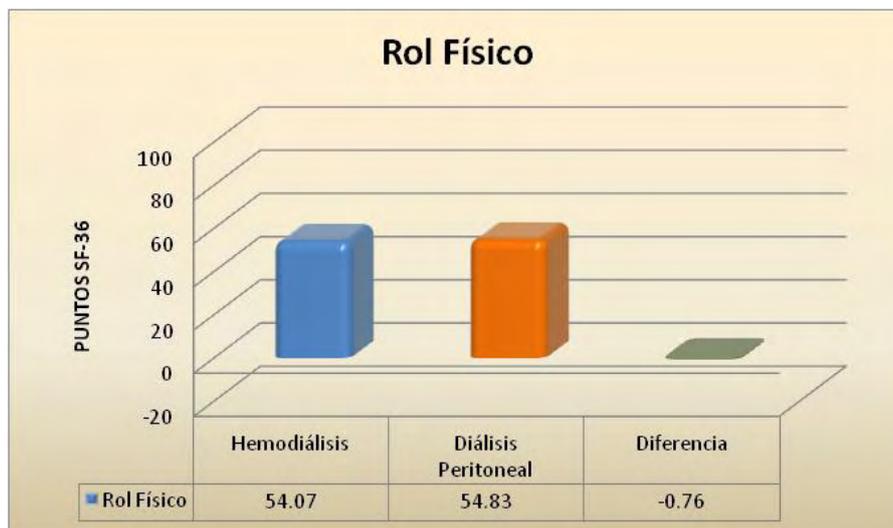
A continuación se compararán dichos apartados:

a) VALOR p > .05



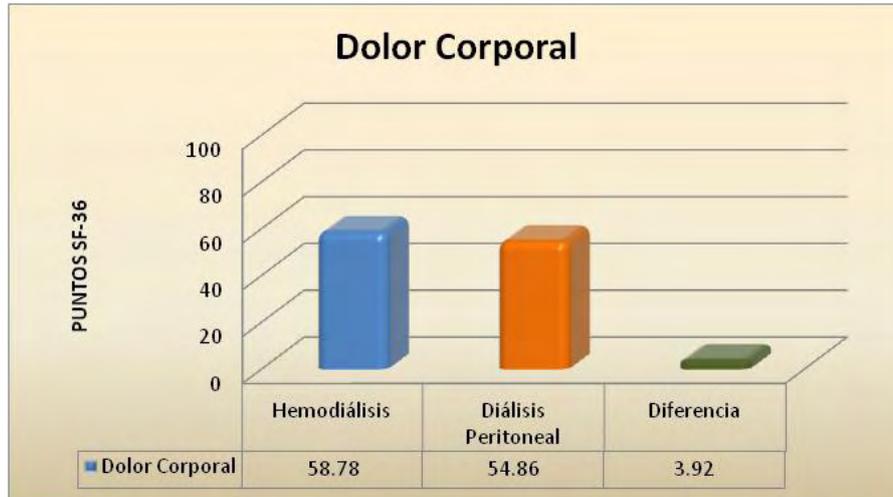
- **«Peor» puntuación (0):** Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud
- **«Mejor» puntuación (100):** Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud

b) VALOR p > .05



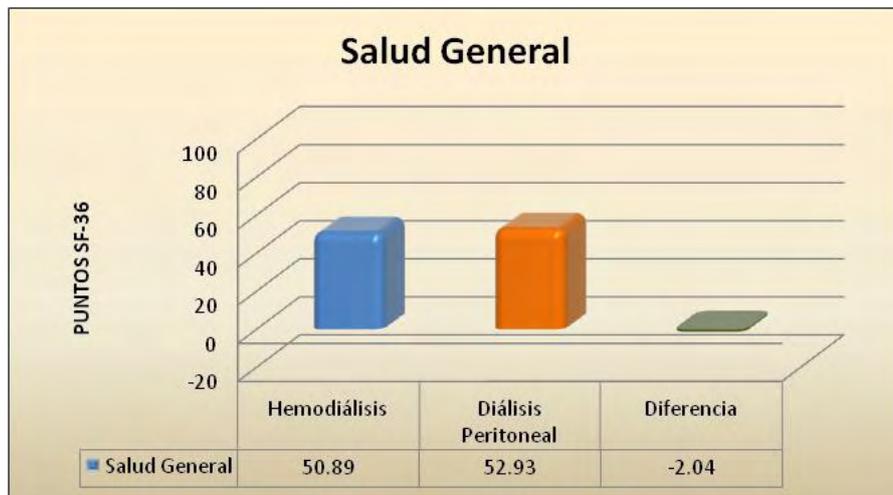
- **«Peor» puntuación (0):** Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.
- **«Mejor» puntuación (100):** Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.

c) VALOR p > .05



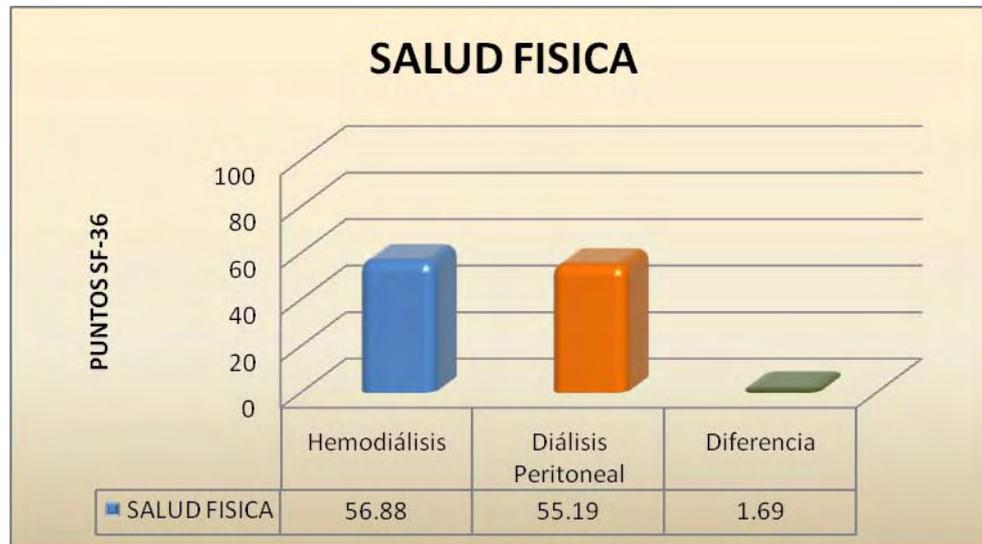
- «Peor» puntuación (0): Dolor muy intenso y extremadamente limitante
- «Mejor» puntuación (100): Ningún dolor ni limitaciones debidas a él

d) VALOR p > .05



- «Peor» puntuación (0): Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore.
- «Mejor» puntuación (100): Evalúa la propia salud como excelente

1: VALOR p > .05



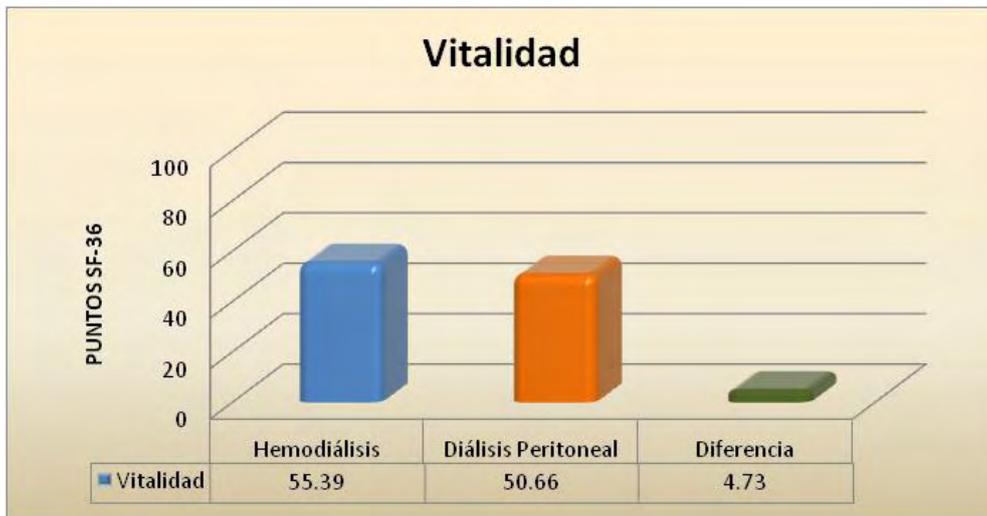
- «Peor» puntuación (0): Mala Salud Física.
- «Mejor» puntuación (100): Buena Salud Física.

El apartado de **Salud Mental** se compone de 4 apartados parciales:

- a) Vitalidad.
- b) Funcionamiento Social.
- c) Salud Mental.
- d) Rol Emocional.

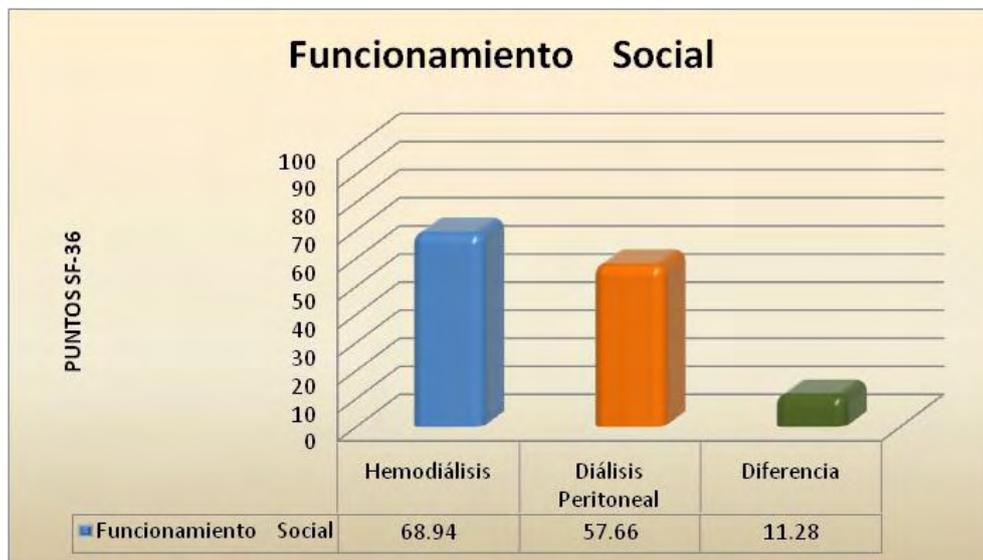
A continuación se compararán dichos apartados.

a) VALOR p > .05



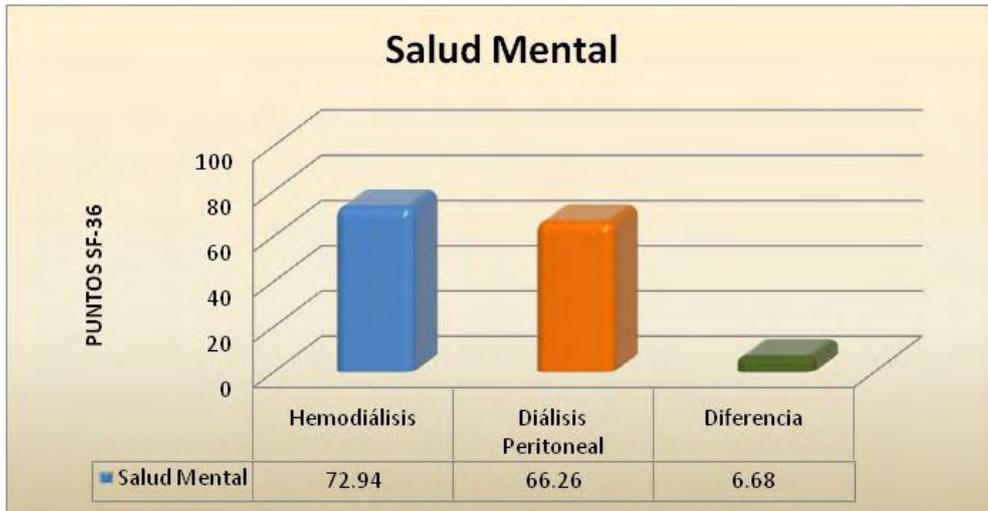
- **«Peor» puntuación (0):** Se siente cansado y exhausto todo el tiempo.
- **«Mejor» puntuación (100):** Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo.

b) VALOR p < .05



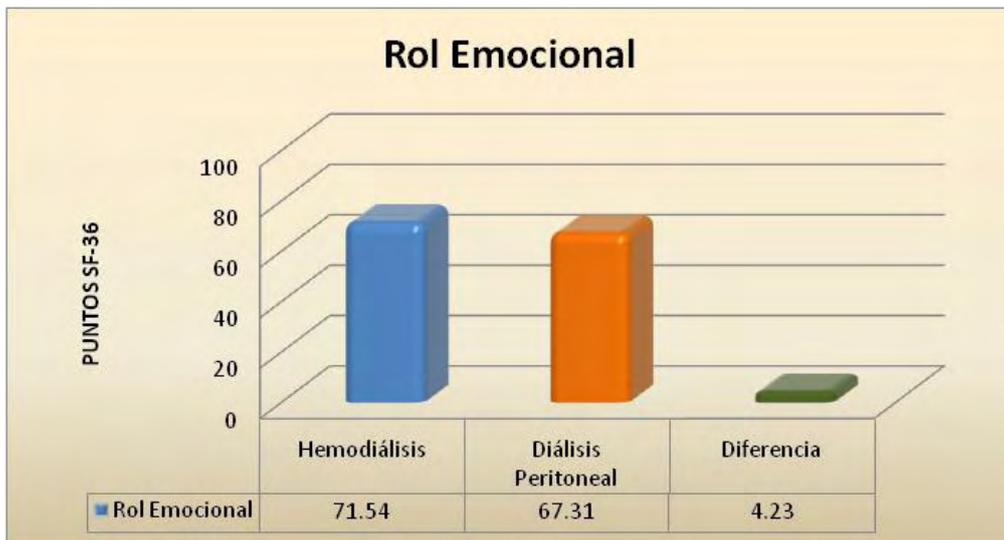
- **«Peor» puntuación (0):** Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales.
- **«Mejor» puntuación (100):** Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales

c) VALOR p > .05



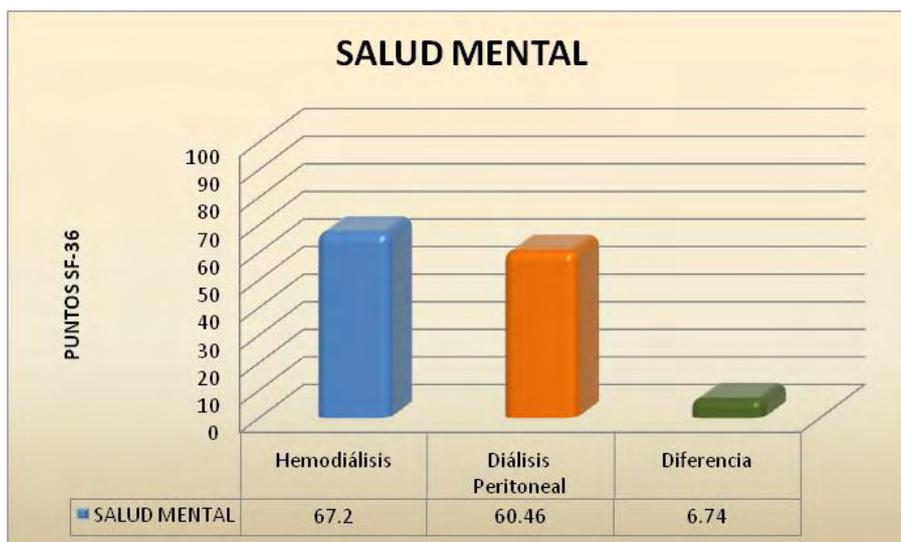
- **«Peor» puntuación (0):** Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo.
- **«Mejor» puntuación (100):** Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo.

d) VALOR p > .05



- **«Peor» puntuación (0):** Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.
- **«Mejor» puntuación (100):** Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.

2: VALOR p < .05



- «Peor» puntuación (0): Peor Salud Mental Global.
- «Mejor» puntuación (100): Mejor Salud Mental Global.

ESTADÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA POR TIPO DE TRATAMIENTO:

Hemodiálisis: SALUD FISICA:	Salud General	Funcionamiento Físico	Rol Físico	Dolor Corporal	SALUD FISICA
Media	50.89	63.79	54.07	58.78	56.88
Mediana	52	63.27	60	54.9	57.89
Moda	40	79.92	60	46.66	
Desviación Estándar	14.29	20.13	24.68	25.03	16.59
Intervalo de Confianza	±4.54	±6.4	±7.8	±7.9	±5.02

Diálisis Peritoneal: SALUD FISICA:	Salud General	Funcionamiento Físico	Rol Físico	Dolor Corporal	SALUD FISICA
Media	52.93	58.16	54.83	54.86	55.19
Mediana	48	59.94	52.5	54.9	280.05
Moda	48	33.3	60	36.66	
Desviación Estándar	14	20.37	24.12	24.41	16.55
Intervalo de Confianza	±5.01	±7.29	±8.63	±8.73	±5.92

Hemodiálisis: SALUD MENTAL:	Rol Emocional	Funcionamiento Social	Vitalidad	Salud Mental	SALUD MENTAL
Media	71.5	68.94	55.39	72.94	67.2
Mediana	73.3	70	55	74	68.77
Moda	100	100	55	100	
Desviación Estándar	26.5	21.4	17.13	20.72	17.48
Intervalo de Confianza	±8.43	±6.8	±5.44	±6.58	±5.55

Diálisis Peritoneal: SALUD MENTAL:	Rol Emocional	Funcionamiento Social	Vitalidad	Salud Mental	SALUD MENTAL
Media	67.3	57.66	50.66	66.26	60.46
Mediana	66.6	60	50	62	60.6
Moda	100	60	60	60	
Desviación Estándar	25.6	24.45	17.65	18.63	17.62
Intervalo de Confianza	±9.14	±8.75	±6.32	±6.67	±6.31

ESTADÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA POR SEXO Y TRATAMIENTO:

- HOMBRES: (N=23).

Hemodiálisis: SALUD FISICA:	Salud General	Funcionamiento Físico	Rol Físico	Dolor Corporal	SALUD FISICA
Media	50	68.33	55.53	61.99	58.93
Mediana	48	69.93	60	54.9	60.31
Moda	56	86.58	60	54.9	
Desviación Estándar	14.9	18.91	25.71	24.62	16.77
Intervalo de Confianza	±6.08	±7.72	±10.5	±10.06	±6.85

Hemodiálisis: SALUD MENTAL:	Rol Emocional	Funcionamiento Social	Vitalidad	Salud Mental	SALUD MENTAL
Media	72.14	67.39	55	74.95	67.36
Mediana	73.29	70	55	72	67.73
Moda	99.99	80	55	68	
Desviación Estándar	27.54	20.04	16.71	18.88	15.59
Intervalo de Confianza	±11.25	±8.18	±6.82	±7.71	±6.37

- **MUJERES: (N=15).**

Hemodiálisis: SALUD FISICA:	Salud General	Funcionamiento Físico	Rol Físico	Dolor Corporal	SALUD FISICA
Media	52.26	56.83	52	53.86	53.73
Mediana	56	56.61	55	46.66	57.7
Moda	40	36.63	40	46.66	
Desviación Estándar	13.64	20.58	23.73	25.74	16.37
Intervalo de Confianza	±6.9	±10.41	±12	±13.02	±8.28

Hemodiálisis: SALUD MENTAL:	Rol Emocional	Funcionamiento Social	Vitalidad	Salud Mental	SALUD MENTAL
Media	70.62	71.33	56	69.86	66.95
Mediana	73.29	80	55	76	69.98
Moda	59.94	60	55	60	
Desviación Estándar	25.79	23.86	18.34	23.6	20.63
Intervalo de Confianza	±13.05	±12.07	±9.28	±11.94	±10.44

ESTADÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA POR SEXO Y TRATAMIENTO:

- **HOMBRES: (N=16).**

Diálisis Peritoneal: SALUD FISICA:	Salud General	Funcionamiento Físico	Rol Físico	Dolor Corporal	SALUD FISICA
Media	50	68.33	55.53	61.99	58.93
Mediana	48	69.93	60	54.9	60.31
Moda	56	86.58	60	54.9	
Desviación Estándar	14.9	18.91	25.71	24.62	16.77
Intervalo de Confianza	±6.08	±7.72	±10.5	±10.06	±6.85

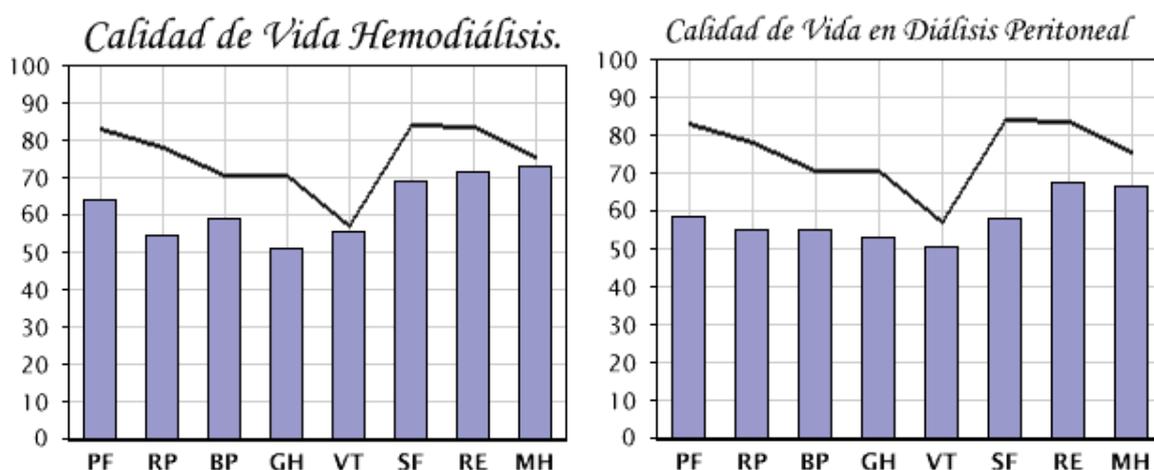
Diálisis Peritoneal: SALUD MENTAL:	Rol Emocional	Funcionamiento Social	Vitalidad	Salud Mental	SALUD MENTAL
Media	72.14	67.39	55	74.95	67.36
Mediana	73.29	70	55	72	67.73
Moda	99.99	80	55	68	
Desviación Estándar	27.54	20.04	16.71	18.88	15.59
Intervalo de Confianza	±11.25	±8.18	±6.82	±7.71	±6.37

• **MUJERES: (N=14).**

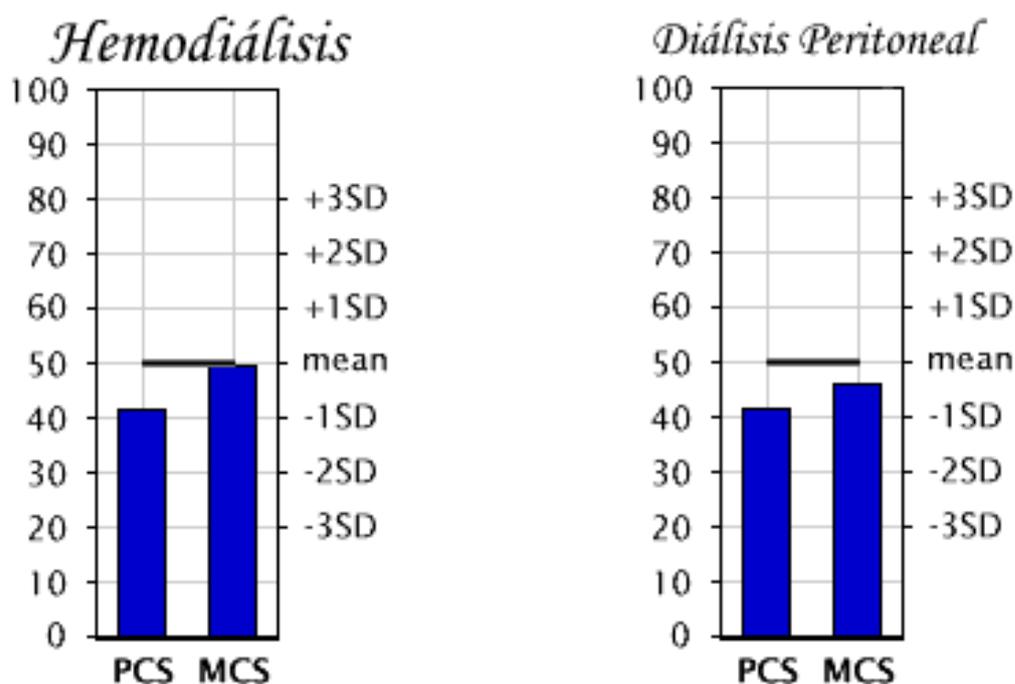
Diálisis Peritoneal: SALUD FISICA:	Salud General	Funcionamiento Físico	Rol Físico	Dolor Corporal	SALUD FISICA
Media	54	48.76	48.21	55.22	51.54
Mediana	48	39.96	42.5	53.32	47.86
Moda	44	33.3	40	73.32	
Desviación Estándar	15.66	18.17	21.26	27.37	15.36
Intervalo de Confianza	±7.67	±8.9	±10.41	±13.41	±7.52

Diálisis Peritoneal: SALUD MENTAL:	Rol Emocional	Funcionamiento Social	Vitalidad	Salud Mental	SALUD MENTAL
Media	62.38	55.71	47.85	58.85	56.18
Mediana	63.27	50	45	56	54.86
Moda	59.94	40	45	52	
Desviación Estándar	23.41	24.08	18.15	10.09	13.65
Intervalo de Confianza	±11.47	±11.79	±8.89	±4.94	±6.68

Calidad de Vida en los 2 Tratamientos v.s. Muestra Aleatoria de población General E.U. 1998.



<p>PCS: SALUD FISICA GLOBAL.</p> <p>PF: Funcionamiento Físico. RP: Rol Físico. BP: Dolor Corporal. GH: Salud General.</p>	<p>MCS: SALUD MENTAL GLOBAL</p> <p>VT: Vitalidad. SF: Funcionamiento Social. RE: Rol Emocional. MH: Salud Mental.</p>
---	---



DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

La **calidad de vida percibida por cualquier persona**, es una categoría **subjetiva** y totalmente individual; lo que tiene una máxima importancia para una persona puede no tenerlo para otra, estando este concepto muy vinculado con la presencia o ausencia de felicidad. Los resultados de la calidad de vida aquí expuestos son en cuanto a la nuestra escala para medir la calidad de vida, la SF-36 V. 2.0. Con respecto al apartado de **Salud Física** se exponen los valores de **p**:

a) Funcionamiento Físico.	P > .05	No hay diferencia.
b) Rol Físico.	P > .05	No hay diferencia.
c) Dolor Corporal	P > .05	No hay diferencia.
d) Salud general	P > .05	No hay diferencia.
SALUD FISICA:	P > .05	No hay diferencia.

Con respecto al apartado de **Salud Mental** se exponen los valores de **p**:

a) Vitalidad.	P > .05	No hay diferencia.
b) Funcionamiento Social.	P < .05	Si hay diferencia.
c) Salud Mental.	P > .05	No hay diferencia.
d) Rol Emocional.	P > .05	No hay diferencia.
SALUD MENTAL:	P < .05	Si hay diferencia.

De acuerdo a lo anterior, solo **hubo diferencias** en la calidad de vida, en los aspectos de **FUNCIONAMIENTO SOCIAL**, así como la **SALUD MENTAL GLOBAL**, favoreciendo al tratamiento en Hemodiálisis.

Era muy esperado encontrar que la calidad de vida, se **encontrara mejor** en el **grupo de hemodiálisis**, como lo demuestra la literatura, usando otras escalas sobre calidad de vida física y mental, sin embargo al utilizar SF-36, se demostró que al menos en la **salud física** no hay diferencias en los dos grupos de tratamiento.

Hasta este momento **no existe** alguna publicación en la literatura que demuestre la prevalencia de calidad de vida, usando SF-36 en hemodiálisis, pero si hay una que la describe con respecto a la diálisis peritoneal (*Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (2): 105-109 105*).

Al comparar dichos resultados con los de la calidad de vida en los pacientes con diálisis peritoneal, es evidente que la calidad de vida de los pacientes del **Hospital Central Norte** es mucho mejor, con respecto a ellos en **TODOS** los aspectos evaluados (**P < .05**). (*Ver siguiente cuadro*)

Cuadro I
Valores promedio de las dimensiones de calidad de vida
evaluadas mediante SF-36,
en 48 pacientes con diálisis peritoneal ambulatoria

Dimensión	Promedio	DE
Función física	49.6	27.6
Rol físico	19.8	33.8
Dolor corporal	55.4	26.9
Salud general	39.6	16.8
Vitalidad	56.7	18.9
Función social	50.0	26.7
Rol emocional	28.7	27.0
Salud mental	61.7	18.1

DE = desviación estándar

VALIDEZ:

Con respecto a la **validez interna** del estudio, se puede decir que el muestreo no fue probabilístico, lo cual influye en que los resultados obtenidos puedan estar sesgados.

Con respecto a la **validez externa**, se puede decir que al ser la población de este estudio, parte de la población de los servicios médicos de **PEMEX**, (una población muy pequeña, y muy diferente a todo el universo de pacientes), no se pueden hacer generalizaciones fiables.

La utilidad que se pueden dar a esta investigación, puede ser:

- a) Conocer el estado actual de la Calidad de Vida de los pacientes, y planear medidas que las mejoren de forma específica.
- b) Comparar la calidad de vida futuros pacientes que ingreses en dicha unidad.
- c) Valorar cambios en la calidad de vida posterior al uso de maniobras de tratamiento.
- d) Valorar cambios en la calidad de vida conforme al tiempo de evolución de los pacientes.
- e) Fijar un precedente para estudiar pronóstico y evolución, de acuerdo a un puntaje de calidad de vida basal.
- f) Conocer las variables que afectan la calidad de vida de forma retrospectiva.
- g) Establecer una línea de estudio en nuestro hospital.

CONCLUSIONES:

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación, es evidente que la calidad de vida de los pacientes, ya sea en Diálisis Peritoneal ó Hemodiálisis se encuentra deteriorada de forma general, con respecto a la población con la que se comparo (muestra probabilística de E.U. 1998). Ninguna de las poblaciones de pacientes la supero en ningún aspecto.

Al momento de comparar la calidad, en nuestros grupos de tratamiento, los rasgos más afectados fueron, la SALUD GENERAL, así como la VITALIDAD, mientras que los mejores fueron la SALUD MENTAL, el ROL EMOCIONAL y el FUNCIONAMIENTO SOCIAL.

Al hacer la comparación de la CALIDAD DE VIDA de ambas muestras de tratamiento, solo se obtuvieron $P < .05$ para los rasgos de FUNCIONAMIENTO SOCIAL, y SALUD MENTAL GLOBAL, por lo que se concluye que si hay diferencia estadística en dichos rasgos, los cuales están favorecidos por el Tratamiento sustitutivo renal en HEMODIÁLISIS.

Para los demás rasgos investigados, solo se obtuvieron las $P > .05$, lo que significa que no hay diferencias entre un tratamiento u otro.

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Nombre del paciente: _____ de _____
años de edad y No de Ficha: _____

Nombre del representante legal, familiar o allegado: _____
_____ de _____ años de edad.

DECLARO EN CALIDAD DE PACIENTE MI AUTORIZACION

En que se me realice: **ENCUESTA SOBRE CALIDAD DE VIDA SF-36**

COMO BENEFICIO:

- **CONOCER LA CALIDAD DE VIDA ACTUAL DEL PACIENTE.**

EFFECTOS ADVERSOS:

- **NINGUNO**

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

En pleno uso de mis facultades autorizo el tratamiento bajo los riesgos y beneficios previamente enunciados.

Me reservo expresamente el derecho a revocar mi consentimiento en cualquier momento durante su administración.

En México, D. F., a los _____ del mes de _____ del
2008.

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

ANEXO 2: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

HOJA DE CAPTURA DE DATOS: _____ **ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA.**

- TELEFONO paciente: _____.

- FICHA DEL PACIENTE: _____.

Acepto cooperar en el Estudio: _____.

HOJA DE CAPTURA DE DATOS:

1: Nombre: _____ **2: Edad:** _____

3: Religión: _____

4: Ocupación:

a) *No Trabaja* b) *Trabaja Actualmente* b) *Jubilado* c) *Ama de casa* e) *Otro:*

5: Escolaridad

a) *Primaria* b) *Secundaria* c) *Preparatoria* d) *Licenciatura* e) *Carrera Técnica*

6: Estado Civil:

a) *Soltero* b) *Casado* c) *Viudo* d) *Unión Libre* e) *Divorciado* f) *Separado.*

7: Alcoholismo:

a) *Negado* b) *Positivo* c) *Actual* d) *antecedentes*

Si c ó d Intensidad: _____

8: Tabaquismo:

a) *Negado* b) *Positivo* c) *Actual* d) *antecedentes*

Si c ó d Intensidad: _____

9: Toxicomanias:

a) *Negado* b) *Positivo* c) *Actual* d) *antecedentes*

Si c ó d Intensidad: _____ (TIPO: _____)

9: Tipo de Tx. Sustitutivo: a) *Hemodiálisis.* b) *DPCA.* c) *DPI.* d) *Ninguno.*

Si HD: NUMERO DE Sesión de HEMODIALISIS actual: _____

TIPO de Acceso Vascular ACTUAL: _____

10: Tiempo del Tx. Sustitutivo: _____ PERITONITIS: _____

11: Número de Personas habitando en casa: _____

12: Casa: a) *Propia* b) *Rentada* c) *Prestada.* d) *Otra*

13: Multivitamínico: a) *SI* b) *NO*

14: Caltrate: a) *SI* b) *NO*

15: Ejercicio: a) *SI* b) *NO* Intensidad _____

16: Eritropoyetina: a) *SI* b) *NO*

17: Diabetes: a) *SI* b) *NO* Tiempo: _____

18: Hipertensión: a) SI b) NO Tiempo: _____

19: Otras Enfermedades:

- EVC: a) SI b) NO Tiempo: _____

- IAM: a) SI b) NO Tiempo: _____

OTRAS:

19: Depende Económicamente de alguien más: a) SI b) NO

20: Ingreso Mensual:

a) Menos 2000 b) 2000 a 4999 c) 5000 a 9999 d) 10000 a 15000 e) +15000

Resultados del Cuestionario:

Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental

Laboratoriales: (Para Ca xP hay que usar calcio corregido con ALBUMINA).

	Fecha del lab:						
Ca x P:							
Hb:							
Hcto:							
Alb:							
Prot. Totales:							
Leucocitos tot y %:							
Linfocitos tot y %:							
Calcio sin Corregir							
Calcio Corregido							
Fósforo							

Otros: Apartado para otros DATOS

MEDICAMENTOS: (Cuáles son todos los que toma actualmente)



11549035

Su Salud y Bienestar

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

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

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

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

<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Muy buena	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala
---------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

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

Mucho mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/>	Algo mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/>	Más o menos igual que hace un año <input type="checkbox"/>	Algo peor ahora que hace un año <input type="checkbox"/>	Mucho peor ahora que hace un año <input type="checkbox"/>
---	--	---	---	--



11549035

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

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
b Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
c Coger o llevar la bolsa de la compra.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
d Subir varios pisos por la escalera.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
e Subir un sólo piso por la escalera.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
f Agacharse o arrodillarse.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
g Caminar un kilómetro o más.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
h Caminar varios centenares de metros.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
i Caminar unos 100 metros.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
j Bañarse o vestirse por sí mismo.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³

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

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



11549035

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

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

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

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

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

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

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

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



11549035

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

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

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

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

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

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

Gracias por contestar a estas preguntas

BIBLIOGRAFIA

ARTÍCULOS:

- Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, Apolone G, Eucquet D, Bullinger , *et al.* **International quality of life assessment (IQOLA) project.** Qual Life Res 1992;1:349-351.
- Alonso J, Prieto L, Anto JM. **The Spanish version of the SF-36 health survey: An instrument for measuring clinical results.** Med Clin 1995; 104(20):771-776.
- Campbell DT, Fiske DW. **Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethods matrix.** Psychol Bull 1959;56:81-105.
- Cronbach LJ. **Coefficient alpha and the internal structure of tests.** Psychometrika 1951;16:297-334.
- Guyatt GH, Feeney DH, Patrick DL. **Measuring health related to quality of life.** Ann Intern Med 1993;118:622-629.
- McHorney CA, Kosinski M, Ware JE. **The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups.** Med Care 1994;32(1):551-567.
- McHorney CA, Kosinski M, Ware JE. **Comparisons of the cost and quality of norms for the SF-36 health survey collected by mail versus telephone interview: Results from a national survey.** Med Care 1994;32(6): 551-567.

- McHorney CA, Ware JE, Raczek AE. **The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs.** Med Care 1993;31:247-263.
- Patrick DL, Bergner M. **Measurement of health status in the 1990's.** Ann Rev Public Health 1990;11:165-183.
- Ruiz de Chávez M, Martínez-Narvaez G, Manuel Calvo-Ríos J, Aguirre-Gas H, Arango-Rojas R, Lara-Carreno R, *et al.* **Bases para la evaluación de la atención de las unidades médicas del sector salud.** Salud Publica Mex 1990;32(2):156-169.
- Schlaepfer-Pedrazzini L, Infante-Castañeda C. **La medición de la salud: perspectivas teóricas y metodológicas.** Salud Publica Mex 1990;32(2): 141-155.
- Vandale-Toney S, Durán-Arenas JLG, Ortega-Minor H. **La medición del estado de salud de la población: una actividad fundamental para los servicios de salud.** Salud Publica Mex 1985;27(2):116-123.
- Ware JE Jr. **The status of health assessment 1994.** Ann Rev Public Health 1995;16:327-354.
- Ware J, Keller S, Gandek B, Brazier J, Sullivan M, the IQOLA Project Group. **Evaluating translation of health status questionnaires: Methods from the IQOLA Project.** Int J Technol Assess Health Care 1995;11(3):525-551.
- Ware JE. **SF-36 health survey manual and interpretation guide.** Boston: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.
- Ware JE, Sherbourne CD. **The MOS 36-item short-form health survey**

(SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care
1992;30: 473-483.

LIBROS:

- Adelheid, n. 1999. **Cómo crear tablas.** Ed. Manual Moderno. Primera edición. 149pp
- Adelheid, n. 1999. **Cómo presentar resultados.** Ed. Manual Moderno. Primera edición. 149pp
- Carrascal, U. 2007. **Estadística descriptiva con Microsoft Excel 2007.** Ed. Alfa Omega. Primera edición. 261pp
- Celis de Jesús. 2008. **Bioestadística.** Ed. Manual Moderno. Segunda edición. 351pp.
- Dawson, B (et\al). 2005. **Bioestadística Médica.** Ed. Manual Moderno. Cuarta edición. 392pp.
- Guy Hart, D. 2007. **Microsoft Office Excel 2007 Paso a Paso.** Ed. Mc Graw Hill. Primera edición. 488pp
- Hernández, R. (et\al). 2007. **Metodología de la Investigación.** Ed. Mc Graw Hill. Cuarta edición. 850pp.
- Hulley, S. (et\al). 2007. **Diseño de Investigaciones clínicas.** Ed Lippincott W&W. Tercera edición. 417pp. Segunda edición. 417pp
- Levin, J. (et\al). 2006. **Fundamentos de estadística en la investigación social.** Ed. Alfa Omega. Segunda edición. 305pp

- Greenberg, R (et\al). 2005. **Epidemiología Médica.** Ed. Manual Moderno. Cuarta edición. 236pp.
- Johnson, R. 2008. **Estadística elemental.** Ed. Cengage Learning. Décima Edición. 725pp
- Pagano, R. 2006. **Estadística para las ciencias del comportamiento.** Séptima edición. 563pp
- Sackett, D. (et\al). 1985. **Epidemiología clínica.** Ediciones Díaz de Santos. Primera edición. 475pp
- Triola, M. (et\al). 2006. **Estadística.** Ed. Pearson. Novena edición. 837pp

INTERNET:

- www.facmed.unam.mx
- www.fisterra.com
- www.google.com
- www.ovid.com
- www.pubmed.com
- www.salud.gob.mx
- www.sciencedirect.com
- www.sf36.org
- www.tecnobook.com