



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y DETERMINANTES
SOCIOECONÓMICOS EN PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA

(ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA)

PRESENTA:

L.E.O. SARA REYES BAUTISTA

TUTOR PRINCIPAL

MTRA. REYNA MATUS MIRANDA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CIUDAD DE MÉXICO, MARZO 2017



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.



AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Quien es mi esperanza y mi refugio, y quien en su infinito amor hace posible que yo pueda alcanzar mis sueños.

“Pon en manos del Señor tus obras, y tus proyectos se cumplirán.” Proverbios 16:3

A MIS PADRES Y HERMANOS

Cada uno de mis triunfos tiene parte de ustedes; porque sin importar cuanto tiempo esté fuera o que tan lejos me vaya, tengo la seguridad de que siempre hay alguien esperándome en casa. Gracias por sus oraciones y por su apoyo incondicional.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Mi Alma Mater, quien me ha formado desde el inicio de ésta carrera, y me ha dado las herramientas para ser la profesional que ahora soy.

AL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

Por formar parte de mi desarrollo profesional, por brindarme las facilidades para continuar mi preparación y para el desarrollo de este proyecto.



AGRADECIMIENTOS

A LA MAESTRA REYNA MATUS MIRANDA

Por cada una de sus enseñanzas como persona y como docente, por inspirarme a ser mejor profesional y contagiarme de su entusiasmo por la investigación.

A LOS DOCTORES MA. CRISTINA MÜGGENBURG RODRÍGUEZ VIGIL, ARACELI JIMÉNEZ MENDOZA, GERARDO BENJAMÍN TONATIUH VILLANUEVA OROZCO Y EN ESPECIAL AL DR. PEDRO WOLFGANG VELASCO MATUS

Por su valiosa colaboración en la validación del instrumento de recolección de datos, pieza fundamental de esta investigación.

A MIS AMIGOS

No podría nombrar a cada uno, pero ustedes saben quiénes son, por siempre alentarme y darme ánimo para trabajar en mis sueños, por estar ahí y ayudarme a curar mis raspones cuando he tropezado.



DEDICATORIAS

A MI FAMILIA

Por ser el respaldo que me ha llevado a la cima de mis sueños.

A LOS PACIENTES RENALES DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

Por permitirme entrar en la intimidad de sus sentimientos, compartir conmigo sus experiencias y darme la oportunidad de acompañarlos en el difícil transitar por la enfermedad.

A TODOS LOS PROFESIONALES DE LA ENFERMERÍA

Profesores, quienes me han mostrado el panorama de todo lo que una enfermera puede hacer, y me han inspirado a ser mejor profesional; colegas y estudiantes, con el ánimo de contagiarles el deseo de hacer crecer nuestra profesión a través de la investigación.



ÍNDICE

	Página
Resumen	7
Abstract	8
INTRODUCCIÓN	9
I Marco Conceptual	11
1.1 Factores intrínsecos y extrínsecos de la salud	11
1.2 Determinantes sociales de la salud (DSS)	14
1.2.1 Definición y clasificación de los DSS	15
1.2.2 Determinantes socioeconómicos de la salud (DSE)	19
1.3 Calidad de vida	21
1.3.1 Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)	22
1.3.2 Importancia de medir la CVRS	23
1.3.3 Instrumentos de medición de la CVRS	24
1.4 Enfermedad Renal Crónica	26
II Marco referencial	30
III Planteamiento del problema	36
3.1 Preguntas de investigación	38
3.2 Objetivos	39
IV Metodología	40
4.1 Diseño y tipo de estudio	40
4.2 Población y muestra de estudio	40
4.2.1 Cálculo y tipo de muestreo	40
4.2.2 Criterios de inclusión	41
4.2.3 Criterios de exclusión	42
4.3 Variables de interés	42
4.4 Instrumento	45
4.4.1 Construcción	45
4.4.2 Validación	49



4.4.3	Estudio piloto	50
4.4.4	Aplicación final	51
4.5	Análisis estadístico	52
4.6	Consideraciones éticas	53
V	Resultados	54
5.1	Instrumento	54
5.1.1	Confiabilidad	54
5.1.2	Validez de constructo	57
5.2	Índices de calidad de vida relacionada con la salud	65
5.3	Caracterización de la muestra	72
5.4	Análisis Descriptivo	75
5.4.1	Análisis de los DSE	75
5.4.2	Análisis de la CVRS	77
5.5	Análisis Inferencial	83
VI	Discusión de resultados	97
6.1	Determinantes socioeconómicos	98
6.2	Calidad de vida relacionada con la salud	100
VII	Conclusiones	110
VIII	Implicaciones para la práctica de enfermería	113
IX	Limitaciones del estudio	115
	Referencias	116
	Anexos	127
a)	Consentimiento informado	128
b)	Test Pfeiffer	130
c)	Instrumento de medida	131
d)	Oficio de autorización del proyecto	142



RESUMEN

Introducción: La salud es una necesidad, un recurso, y un derecho universal. Existen una serie de factores llamados Determinantes Sociales de la Salud (DSS) que actúan de manera interactiva y compleja sobre ella e influyen en la calidad de vida de las personas. La enfermedad renal crónica (ERC) es una de las patologías cuya etiología se está relacionando además de las causas tradicionales con los DSS, afectando la calidad de vida de quienes la padecen.

Objetivos: Analizar el nivel de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en personas con ERC de etiología desconocida. Identificar los determinantes socioeconómicos (DSE) que prevalecen en ellas y correlacionarlos con su nivel de CVRS.

Metodología: Estudio observacional, transversal, descriptivo. La muestra estuvo conformada por 40 personas con ERC de etiología no específica.

Resultados: El 70% de la población era del sexo masculino, en rangos de edad el 56% se encontraba entre los 18-30 años, 52.5% contaba con pareja, el 62.5% tenía escolaridad básica, únicamente el 22.5% de los sujetos se encontraba laboralmente activo, el ingreso familiar mensual era a medio para el 57.7% de los, solamente el 15% recibía apoyo gubernamental, y 77.5% no contaba con una vivienda propia. Respecto a la ERC el 65% de los sujetos tenía menos de un año con el diagnóstico, 80% estaba bajo el tratamiento de hemodiálisis, 10% en diálisis peritoneal y el 10% restante en tratamiento farmacológico. En cuanto a la CVRS, los niveles más altos se obtuvieron en las dimensiones aspecto físico (42.5%), relaciones sociales (55%) y estado mental (47.5%). Los niveles medios predominaron en las dimensiones vitalidad (45%) y estado emocional (47.5%), mientras que el nivel más bajo se encontró en la dimensión funcionalidad (42.5%). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en los niveles de CVRS según el estado civil, la escolaridad, la suficiencia del ingreso económico, el lugar de origen, el material de la vivienda y el beneficio de programas sociales. Algunos DSE como el sexo, la escolaridad, la situación laboral, etc. se comportaron como factores de riesgo para obtener niveles bajos de CVRS, mientras que la edad, el estado civil y la ocupación entre otros se comportaron como factores protectores.

Conclusiones: El nivel de CVRS de las personas con ERC de etiología no específica que acudieron a un hospital público de tercer nivel para su atención se encontró entre medio y bajo y estuvo determinado en cierta medida por sus características socioeconómicas. El estudio de la CVRS y su relación con los DSE representa un área de oportunidad para el profesional de enfermería con el fin de intervenir en los tres niveles de atención. Medir la CVRS puede ser usado como indicador de la calidad de la atención médica.

Palabras clave (DeCs): Insuficiencia renal crónica, determinantes sociales de la salud, calidad de vida



ABSTRACT

Introduction: Health is a necessity, a resource, and a universal right. There are a number of factors called Social Determinants of Health (DSS) that act in an interactive and complex way and influence the quality of life of people. Chronic kidney disease (CKD) is one of the pathologies whose etiology is related in addition to the traditional causes with DSS, affecting the quality of life of those who suffer.

Objectives: To analyze the level of health-related quality of life (HRQL) in people with CKD of unknown etiology. Identify the socioeconomic determinants (SDH) that prevail in them and correlate them with their level of HRQoL.

Methodology: Observational, transversal, descriptive study. The sample consisted of 40 people with CKD of non-specific etiology.

Results: 70% of the population was male, in age ranges 56% were between 18-30 years old, 52.5% had a partner, 62.5% had basic schooling, only 22.5% of the subjects were the monthly family income was average for 57.7% of them, only 15% received government support, and 77.5% did not have a home of their own. Regarding CKD, 65% of the subjects had less than one year of diagnosis, 80% under hemodialysis treatment, 10% under peritoneal dialysis and the remaining 10% under pharmacological treatment. Regarding HRQoL, the highest levels were obtained in physical appearance (42.5%), social relations (55%) and mental status (47.5%). The mean levels predominated in the vitality (45%) and emotional (47.5%) dimensions, while the lowest level was found in the functional dimension (42.5%). Statistically significant differences ($p < 0.05$) were found in HRQoL levels according to marital status, schooling, and sufficiency of income, place of origin, housing material and the benefit of social programs. Some DSEs such as sex, schooling, employment status, etc. Were behaving as risk factors for low HRQoL, while age, marital status and occupation, among others behaved as protective factors.

Conclusions: The level of HRQOL of people with non-specific etiology who attended a third-level public hospital for their care was found between medium and low and was determined to some extent by their socioeconomic characteristics. The study of HRQOL and its relation with the DSE represents an area of opportunity for the nursing professional in order to intervene in the three levels of care. Measuring HRQL can be used as an indicator of quality of care.

Keywords (MeSh): Chronic renal failure, social determinants of health, quality of life



INTRODUCCIÓN

La salud es una necesidad, un recurso, una demanda social y un derecho universal de toda persona. Existen factores intrínsecos inherentes al ser humano que intervienen de manera positiva o negativa en su salud, y sobre los que sólo se puede intervenir parcialmente. Por otro lado existen factores extrínsecos sobre los cuales también se puede tener cierto control para evitar que las personas desarrollen enfermedades y puedan tener una mejor calidad de vida.

El término calidad de vida (CV) está directamente relacionado con el estado de salud y el funcionamiento social de la persona. Incluye el impacto de la situación de salud en la capacidad de vivir plenamente y parte de la evaluación subjetiva del paciente.

Es importante señalar que la salud depende, además de la atención médica, de otros elementos que actúan de manera interactiva y compleja; la Organización Mundial de la Salud (OMS) los denomina Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Durante el desarrollo de esta investigación se tratarán, debido a la complejidad de los mismos, sólo algunos factores sociales y económicos, a los que se hará referencia como Determinantes Socioeconómicos (DSE).

En otro orden de ideas, uno de los problemas de salud que en los últimos años ha aumentado en su incidencia y prevalencia, convirtiéndose en un grave problema de salud pública a nivel mundial y que se ha visto afectada la calidad de vida de las personas, es la enfermedad renal crónica (ERC). Su etiología se está relacionando además de las causas tradicionales, como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, con factores ambientales, laborales y situaciones de pobreza; tal es así que instituciones como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han puesto su mirada en este fenómeno invitando a los gobiernos a generar investigación que pueda contribuir a solucionar o aminorar este grave problema de salud que se



está concentrando de manera significativa en países en desarrollo, lo que estaría relacionado con los factores sociales y económicos prevalentes en éstos.

El presente trabajo pretende abonar al conocimiento sobre este problema y para ello se han planteado los siguientes capítulos:

- Marco conceptual. En este capítulo se exponen algunos conceptos básicos sobre la salud, la calidad de vida y la enfermedad renal crónica, además de exponer la perspectiva teórica de los determinantes sociales de la salud.
- Marco referencial. Incluye los resultados de la revisión de la literatura acerca de la trascendencia de la enfermedad renal, la calidad de vida en estas personas y lo que se ha investigado desde la perspectiva de los DSS.
- Planteamiento del problema. Expone el panorama de la enfermedad renal crónica de etiología no específica en México y otros países de Latinoamérica así como su relación con factores ambientales y situaciones de pobreza. Incluye la pregunta de investigación y los objetivos de la misma.
- Metodología. Se describen el diseño de la investigación y el instrumento de recolección de datos, así como los pasos y procedimientos que se ha seguido para la obtención de los resultados.
- Resultados. Incluye el análisis, descriptivo e inferencial de los datos obtenidos sobre los DSE y la CVRS.
- Discusión de los resultados y conclusiones. En estos capítulos se contrastan finalmente los resultados con base en el marco conceptual y referencial.



I MARCO CONCEPTUAL

1.1 Factores extrínsecos e intrínsecos de la salud

La salud, fue definida, en 1946, por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como *un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de lesión o enfermedad*”, como *“un derecho fundamental de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.*¹

Este concepto ha prevalecido a lo largo del tiempo, sin embargo algunos autores como Pardo² difieren de él, puesto que desde su punto de vista no engloba todos los aspectos de la vida del ser humano, como sus costumbres, el medio ambiente, entre otros, y lo considera como reduccionista a un paradigma biologicista. Y es que en efecto, en la salud intervienen una serie de factores no sólo biológicos, sino también ambientales, económicos, sociales, filosóficos, espirituales, emocionales y éticos.

Por su parte Rosemarie R. Parse, teórica de enfermería, define la salud como un proceso de actualización que refleja las prioridades de valores. Es decir, se trata de un proceso en movimiento que encarna las diferentes maneras del ser humano, y está cocreada en las interrelaciones entre la persona y el entorno y vivida según el significado que el individuo dé a las situaciones.³

Acorde con todo lo anterior, se puede decir que existen tantos conceptos de salud, como teorías que abordan el proceso salud-enfermedad. Sin embargo, es necesario considerar que la vida humana es más que un proceso biológico, es también la posibilidad del existir humano, de ser más plenamente.⁴

De esta manera la salud representa un proceso dialéctico, ya que por una parte es un recurso para satisfacer las necesidades (alimento, vestido, techo, etc.) y tener cierto grado de bienestar y felicidad, y por otro, es una necesidad en la que influyen el acceso a alimentos saludables, una vivienda digna, la educación, y es también,



un valor, una aspiración y una demanda social. Por lo cual es considerado un factor clave para medir el progreso económico y social de todos los países.

Los factores que influyen en la salud, y con ello en la calidad de vida de las personas, son diversos y se han presentado a lo largo del desarrollo de la humanidad.⁵ De manera general éstos pueden separarse en intrínsecos y extrínsecos. Los primeros son inherentes al ser humano y entre ellos están el sexo, la raza y la carga genética; los extrínsecos incluyen, entre otros, el medio ambiente físico y social, la economía, etc., algunos de los cuales se hablará más adelante.

Bajo el marco de los factores intrínsecos y tomando como ejemplo el caso de la enfermedad renal crónica (ERC) asociada a causas tradicionales⁶⁻⁷, que se tratará más adelante, se tiene que la incidencia de la enfermedad renal aumenta con la edad, y a que las enfermedades de mayor velocidad de progresión como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las nefropatías obstructivas se encuentran presentes en personas de edad avanzada, es más común en el sexo masculino que en el femenino y parece que en los hombres es más rápida la progresión y se presentan mayor número de factores de riesgo.⁸

La tasa de incidencia ajustada de enfermedad renal terminal es cuatro veces mayor en afroamericanos que en blancos; los pueblos nativos estadounidenses y de Alaska tienen una tasa aproximadamente 1.8 veces mayor que los blancos, y los hispanos tienen una tasa de incidencia ajustada un 50% mayor que los no hispanos. Este aumento de riesgo de enfermedad renal crónica y la progresión más rápida puede deberse tanto a factores genéticos como a barreras socioeconómicas y a un menor acceso a la asistencia médica.⁹

Entre los factores extrínsecos tenemos a los ambientales (contaminación atmosférica, contaminación química, tanto del suelo, agua y aire, etc.) de igual manera los estilos de vida de las personas (determinados por su educación y estado



socioeconómico) y las condiciones en las que viven y trabajan influyen fuertemente en su estado de salud y longevidad.¹⁰

El hombre nace con un potencial de salud que está condicionado por su genoma y también por su capacidad de adaptación al entorno cambiante. Sin embargo los vertiginosos cambios sociales impiden que éste se adapte a su entorno físico, psíquico y social, produciéndose grandes desajustes. Es así que la distribución desigual a nivel nacional y mundial del poder, de los ingresos, los bienes y los servicios dan como resultados la existencia de desigualdades que afectan las condiciones de vida de la población (el acceso a atención sanitaria, la educación, condiciones de trabajo, el tiempo libre, así como las condiciones de viviendas, comunidades, pueblos o ciudades, entre otros) y a la posibilidad de tener una vida próspera.¹¹ Tal es la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y las inequidades sanitarias propuesta por la OMS.

Desde la perspectiva social, acerca de la enfermedad, se tiene que a lo largo de los años se ha acumulado evidencia científica que muestra que la salud física y mental está relacionada de manera directa con el apoyo social de que disponen los individuos.

Bajo ésta perspectiva que asume que los factores que condicionan la salud de las personas son de diversa índole: económica, educativa, política, ambiental, sanitaria, social, etc., y que gran parte de las diferencias de salud entre los distintos grupos sociales radica en la falta de distribución de los recursos económicos determinado por los Estados.



1.2 Determinantes sociales de la salud (DSS)

La relación entre las condiciones de vida de las personas y su estado de salud se estableció desde las primeras décadas del siglo XIX, cuando se evidenció que las enfermedades estaban asociadas con inadecuadas condiciones económicas, ambientales y de alimentación de quienes trabajaban en las grandes fábricas urbanas europeas, en este período surgieron la salud pública y la epidemiología.¹²

A pesar de la clara asociación entre la calidad de vida y las enfermedades, en el siglo XIX se implantó en Europa y Estados Unidos el llamado modelo higienista, que promovió una visión unicausal con énfasis en los aspectos biológicos tanto de las enfermedades como de las estrategias curativas.¹³

Este modelo tuvo como punto de partida para su efectividad el control de enfermedades infecciosas, de alta prevalencia en el siglo XIX y comienzos del XX, como la fiebre amarilla, el sarampión y la viruela. Su éxito se fundamentó en la investigación sobre vacunas y en la implementación de medidas higiénicas para controlar la propagación de infecciones.¹³

El modelo unicausal se reforzó en las últimas décadas del siglo XX con la hegemonía del mercado en la prestación de los servicios de salud, derivadas de las llamadas reformas neoliberales, cuando se instauraron sistemas de salud que tenían como núcleo el aseguramiento individual, la atención a la enfermedad más que a la prevención y la promoción de la salud, privilegiando a los sectores de la población de mayores ingresos.¹³

Actualmente se sabe que el estado de salud de la población está determinado por un conjunto de elementos interrelacionados que incluyen aspectos demográficos, del medio ambiente, económicos, educacionales, la organización política y social, y el sistema de salud.



En ese contexto y después de algunos análisis de los resultados de l modelo neoliberal, la OMS en el año 2005 propuso trabajar sobre los DSS con el propósito de ampliar el panorama científico de l as causas estructurales de l as enfermedades.¹¹

1.2.1 Definición y clasificación de los DSS

El enfoque de l os DSS *surgió como un nuevo paradigma en el abordaje de las inequidades en salud mediante la explicación de los factores que condicionan el estado de salud de las personas, es decir, las causas de las causas.*¹⁴

Los DSS se refieren a los factores sociales, económicos y políticos, que marcan las desigualdades de l a salud. Indican que se debe no sólo des cribir l os factores sociales que hay tras l a aparición de determinadas enfermedades, sino también tener presente que l as causas de ést as tienen un componente ético en su distribución entre los individuos y los grupos sociales.¹⁵

Mújica define determinantes de la salud como *todos aquellos factores que, sean eventos, características u otras entidades definibles, que directa o indirectamente ejercen una influencia sobre la salud de los individuos y que, por virtud de su acción e interacción entre diferentes niveles de organización, determinen el estado de salud poblacional.*¹⁶

Oficialmente la OMS los define como *las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas.*¹⁷

Comprender las causas y efectos de los determinantes de la salud resulta en gran manera complejo, ya que éstos interactúan entre si y los resultados en la salud son una acción combinada de l os mismos. Por lo cual se plantean diversas teorías y



modelos que intentan explicar la relación entre la salud, sus determinantes y las desigualdades de ésta en los individuos y las sociedades.

Un modelo socioeconómico propuesto es el de Dahlgren y Whitehead, expuesto por Palomino¹⁸ y ampliamente utilizado por la OMS. En este se coloca en el centro al individuo y sus características no modificables (edad, sexo y raza). A su alrededor se sitúan en forma de capas los factores exógenos posibles de modificar; primeramente se encuentran los estilos de vida de las personas, que a su vez son influenciados por las redes sociales y comunitarias en las que la persona y su familia se desenvuelven, en seguida se hallan las condiciones de vida y trabajo; la alimentación y el acceso a los servicios básicos de urbanización y de salud, el trabajo y el ambiente en el que se desempeña y por último, pero no por ello carecen de importancia, las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales. Dicho modelo servirá como referente para la presente investigación.



Figura 1. Modelo Dahlgren y Whitehead de determinantes de la salud

Tomado de Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up (I). Copenhagen: OMS; 2006.¹⁹



Este modelo ilustra cómo interactúan los factores intrínsecos y extrínsecos de la salud y las vías en las que éstos la condicionan, e identifica cuatro capas de influencias principales:¹⁶

1. Nivel de los estilos de vida, factores y actitudes individuales.
2. Nivel de las redes sociales, familiares y comunitarias, incluyendo las relaciones sociales y el apoyo social.
3. Nivel de las condiciones materiales y sociales en las que las personas viven y trabajan, por ejemplo la vivienda, el empleo, el ambiente de trabajo, los servicios de salud, el transporte.
4. Nivel de las condiciones sociales, culturales, económicas y ambientales, que incluyen los determinantes políticos, los sistemas económicos y de salud, etc.

Mújica¹⁶ propone que éste modelo puede ayudar a mostrar cómo el sector salud debe trabajar con otros sectores, a fin de generar políticas sanitarias encaminadas a mejorar la salud de la población, dirigidas específicamente a:

- a) Influenciar los estilos de vida y actitudes individuales.
- b) Fortalecer el apoyo comunitario y social.
- c) Mejorar las condiciones de vida y del trabajo.
- d) Generar cambios estructurales de largo plazo.

Otros modelos relacionan la categorización social (escolaridad, nivel socioeconómico, estatus social, lugar de residencia) con los indicadores clásicos de salud (esperanza de vida, morbilidad y mortalidad), dando lugar a inequidades evitables en salud; incluyen variables psicosociales.

Tal es el caso del modelo de Solar e Irwin²⁰, modelo conceptual expuesto finamente por la OMS. En éste los determinantes de la salud se agrupan en dos dimensiones: los determinantes estructurales y los determinantes intermedios. Los primeros incluyen el contexto político, socioeconómico y la estructura social, son los que



generan la estratificación social. Por su parte, los intermedios incluyen las condiciones de vida y de trabajo, así como los sistemas de salud, estos fluyen de la configuración de estar debajo de la estratificación social y determinan las diferencias en la exposición y vulnerabilidad de la salud que componen las condiciones.²⁰

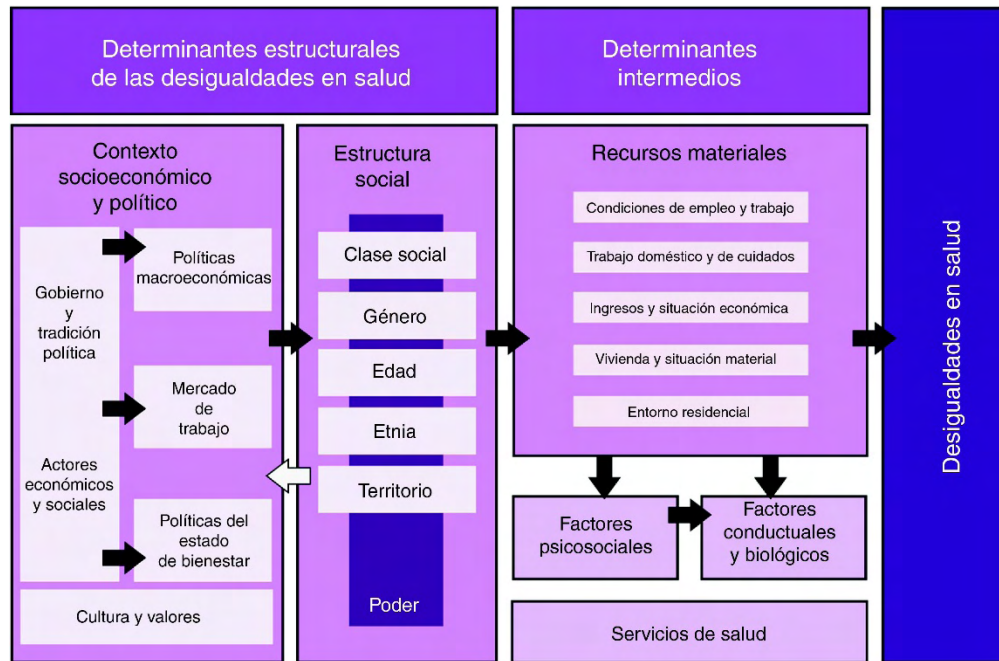


Figura 2. Modelos de Solar e Irwin de los DSS

Tomado de Carmona MZ, Parra PD. Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. Salud Uninorte. Barranquilla. 2015; 31(3):608-620.¹⁴

Es así que se establece que los determinantes de las inequidades en salud tienen su origen en el contexto político y socioeconómico, el escenario en el que se definen los mecanismos que generan, configuran y reproducen los sistemas de estratificación social: las políticas públicas y de bienestar, las relaciones de producción, el mercado de trabajo, entre otros. Estos mecanismos configuran las distintas divisiones sociales con su correspondiente distribución desigual de poder, prestigio y acceso a recursos, cuya expresión operativa son las clases sociales, la distribución del ingreso, el género, la pertenencia étnica, la educación, la ocupación, entre otros.²⁰



Es importante no perder de vista que dentro de la presente investigación se tratarán únicamente algunos DSS, los que se denominarán determinantes socioeconómicos (DSE).

*La OMS afirma que los más pobres entre los pobres, en todo el mundo, son también los que tienen peor salud. Dentro de los países, los datos muestran que en general cuanto más baja es la situación socioeconómica de una persona, peor salud tiene. Existe un gradiente social de la salud que discurre desde la cúspide hasta la base del espectro socioeconómico. Se trata de un fenómeno mundial, observable en los países de ingresos altos, medianos y bajos. La existencia de este gradiente social de la salud implica que las inequidades sanitarias afectan a todos.*²¹

1.2.2 Determinantes socioeconómicos de la salud (DSE)

Como se mencionó anteriormente los DSS incluyen factores económicos y sociales que influyen de manera positiva o negativa en la salud y con ello en la calidad de vida de las personas. En adelante se entenderán a los determinantes socioeconómicos (DSE) de la salud como a las condiciones económicas y sociales en las que las personas viven y que puede generarles mayor vulnerabilidad ante los problemas de salud o, por el contrario, mayores oportunidades de recuperar o mantener la salud.²²

En México (como en otros países) existe una concentración desigual de la riqueza, de tal manera que unos cuantos tienen el poder económico y gozan de los privilegios del bienestar, mientras que una proporción mucho más alta de la población vive en la pobreza. *De 2010 a 2012 el número de personas en situación de pobreza en México aumentó de 52.8 millones a 53.3 millones, 500,000 más en sólo dos años, de acuerdo con cifras del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). Por otro lado, las personas sin carencias sociales y con ingresos superiores a la línea de bienestar, pasaron de 22.8 millones en 2010 a 23.2 millones en 2012, para componer el 19.8% de la población.*²³



Lo anterior propicia, una profunda desigualdad social y económica, que se convierte en un obstáculo para el desarrollo del país, el cual puede ser medido a través de la salud, la educación y el ingreso per cápita. Por lo anterior se ha propuesto utilizar la calidad de vida como medida de progreso para México.²⁴

A escala internacional se han desarrollado también índices que intentan estimar la calidad de vida como medida de progreso, entre los cuales se encuentran el *Índex of Social Health*, el *American Demographics Index*, el *Genuine Progress Index*, etc. Una conclusión a la que se ha llegado es que el nivel de calidad de vida debe ser evaluado con indicadores objetivos y subjetivos, y a que investigaciones han mostrado que ambos aportan información importante.²⁵

Como ya se señaló la salud de la población es un indicador de desarrollo de los países, además de un derecho humano fundamental. Sin embargo, en este aspecto también existen desigualdades que son sistemáticas y tienen un origen social por lo que se considera que son injustas y modificables;²¹ *están directa o indirectamente generadas por factores económicos, sociales y ambientales, así como por estilos de vida sensibles a factores estructurales y pueden ser modificables.*²⁶

El acceso inadecuado y/o insuficiente a los servicios de salud también es uno de los factores que determinan las desigualdades en salud, no debe perderse de vista que ésta es un recurso necesario para conseguir otros objetivos en la vida, como ya se mencionó anteriormente al hacer referencia a la salud como un proceso dialéctico, como una mejor educación o un empleo, y que paradójicamente éstos también influyen en ella.

Acorde con lo anterior, se ha observado, desde hace ya tiempo, que para lograr un desarrollo equilibrado y equitativo de la salud, es preciso aplicar un enfoque de planificación de servicios centrado en las necesidades de salud de la población que refleje los factores condicionantes, sociales y económicos que influyen en ella.²⁷



1.3 Calidad de vida

La creciente preocupación por cuestiones relacionadas con la calidad de vida proviene de un movimiento dentro de las ciencias humanas y biológicas con el fin de mejorar los parámetros más amplios que controlan los síntomas, disminución de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida.

Referente al término calidad de vida, existen en la literatura a nivel mundial, diferentes definiciones, por lo que aún no se llega a un consenso.²⁸ Por su parte la OMS la define como: *la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.*²⁸

Los estudios sobre la calidad de vida pueden clasificarse de acuerdo a cuatro enfoques generales: económicos, psicológicos, biomédicos y de carácter general u holísticos.²⁸ El enfoque socioeconómico tiene indicadores sociales como el elemento principal. El término calidad de vida en este contexto, se hizo popular en el año 1960, cuando los políticos estadounidenses lo utilizaron como una plataforma política.

El enfoque psicológico relaciona el término calidad de vida con la percepción de las personas acerca de su propia vida, la felicidad y la satisfacción. Este contexto no toma en cuenta el aspecto ambiental en el que opera.

En el ámbito de la salud el término calidad de vida está relacionado con la salud y el funcionamiento social e incluye la evaluación subjetiva del paciente y el impacto de la situación de salud en la capacidad de vivir plenamente.



Mientras que los enfoques holísticos se basan en la premisa de que la calidad de vida es un concepto multidimensional y que difiere de persona a persona, según su entorno, valores, intereses y necesidades.

En un intento de analizar la calidad de vida en términos más generales, dejando todo el reduccionismo biomédico, se aborda la calidad de vida como una representación social creada a partir de parámetros subjetivos (el bienestar, la felicidad, el amor, el placer, la realización personal, etc.), tiene como objetivo satisfacer las necesidades básicas y las creadas por el grado de desarrollo económico y social de una sociedad determinada.²⁸

1.3.1 Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

Son en realidad muchos los conceptos de calidad de vida que se han planteado a lo largo del tiempo. Sin embargo, en lo que están de acuerdo todos es que la calidad de vida es un constructo multidimensional que debe tomar en cuenta la evaluación subjetiva del propio individuo, aborda aspectos físicos, económicos, psicológicos, sociales y mentales.

Es en el año 1982 que Kaplan y Bush, afirman Vinaccia y Quinceno²⁹, propusieron el término *calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)*, para distinguir el amplio concepto de calidad de vida de aquellos aspectos específicamente relevantes para el estado de salud y los cuidados sanitarios, en esta puntualización se da mayor relevancia a la evaluación de la persona acerca de las limitaciones que en diferentes áreas (biológicas, psicológicas y sociales) le ha procurado el desarrollo de determinada enfermedad.²⁹

De acuerdo con lo anterior Schwartzmann¹³, define CVRS como la *valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado y refleja el grado de satisfacción con una situación personal a nivel: fisiológico, emocional y social; lo*



cual *no puede ser de ningún modo independiente de las normas culturales, patrones de conducta y expectativas de cada individuo.*¹³

Otra definición que, aunque breve es muy útil desde el punto de vista operativo, es la que se refiere al estudio de la CVRS como a la evaluación de los efectos que una enfermedad y su tratamiento ocasionan en la vida de las personas.

Como se mencionó anteriormente los constructos de calidad de vida han evolucionado significativamente y no hay un consenso. Sin embargo *la información derivada de su estudio ha llegado a ser muy importante en la formulación de objetivos, guías y políticas para los cuidados en salud, y ha sido específicamente beneficiosa en describir el impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes y en la evaluación de la efectividad de los tratamientos.*³⁰ Lo cual a su vez es de gran importancia para la Enfermería como ciencia del cuidado, ya que contar con dicha información permite comprender y acompañar a las personas y familias durante las transiciones o cambios a lo largo del proceso salud-enfermedad.

1.3.2 Importancia de medir la CVRS

Dejando de lado el reduccionismo biomédico, la calidad de vida está relacionada no sólo con aspectos biológicos, sino como ya se mencionó, con aspectos subjetivos, desde la propia percepción del sujeto que padece la enfermedad. Por lo cual es importante ampliar la visión de los efectos que produce no sólo la enfermedad en la vida de las personas, sino también el uso excesivo de tecnologías sanitarias en el tratamiento y diagnóstico, así como el deterioro de la comunicación equipo de salud-paciente.

Es así que la medida de la CVRS, *está bien establecida como una herramienta útil para la medición del impacto de la enfermedad y de la eficiencia y la efectividad de los tratamientos e intervenciones sanitarias.*³¹ Tiene aplicación en diversos contextos: en la práctica clínica, en la evaluación de la calidad de los servicios de



salud, de nuevos medicamentos y tecnologías sanitarias, en el seguimiento del estado de salud de la población y subgrupos poblacionales y, por supuesto es de gran importancia, en la elaboración de políticas públicas y asignación de recursos económicos para ello.

En el ámbito de acción de la enfermería conocer la calidad de vida relacionada con la salud y los cambios que en ella surgen a lo largo del proceso salud-enfermedad, como ya se mencionó es de suma importancia para la práctica avanzada. Lo anterior tiene un impacto significativo en el cuidado de la persona, pues de esto depende la naturaleza de las intervenciones de la enfermera, que pueden ser desde preventivas, educativas, de acompañamiento, etc.

En lo que se refiere a las enfermedades crónicas, para las cuales no hay una curación total y donde el objetivo es limitar su progreso, atenuar los signos y síntomas y, evitar complicaciones, las medidas de morbilidad y mortalidad, no son suficientes para evaluar la calidad de los servicios de salud;¹⁵ en este contexto es necesaria la medición de la CVRS, que permita conocer la opinión de las personas enfermas, sobre las condiciones en las que transcurre su vida cotidiana.

1.3.3 Instrumentos de medición de CVRS

Los instrumentos para medir la calidad de vida se clasifican en genéricos y específicos. Los primeros *son útiles para comparar diferentes poblaciones y padecimientos, pero tienen el riesgo de ser poco sensibles a los cambios clínicos, por lo cual su finalidad es meramente descriptiva.*³²

*Los instrumentos específicos se basan en las características especiales de un determinado padecimiento, sobre todo para evaluar los cambios físicos y los efectos del tratamiento a través del tiempo.*³²



Las dimensiones más utilizadas en las investigaciones científicas acerca de la CVRS han sido: ¹³

- Estado funcional: consiste en el grado de realización de actividades cotidianas que realiza la persona, de forma autónoma e independiente.
- Funcionamiento psicológico: se refiere a la presencia de bienestar o malestar vinculados a la experiencia y vivencia del problema de salud (su diagnóstico o tratamiento) y/o ante la vida en general.
- Funcionamiento social: se refiere a la presencia de problemas en la ejecución de las actividades sociales cotidianas y deseadas, así como la limitación para ejercer el rol social.
- Sintomatología asociada al problema de salud y su tratamiento: se refiere a los signos y síntomas de la enfermedad y/o efectos secundarios o colaterales del tratamiento médico.

Es importante señalar que durante el desarrollo de este estudio se estarán analizando las dimensiones anteriores, junto con los DSE de las personas con enfermedad renal crónica (ERC), que son parte de los DSS.

Las medidas de CVRS deben ser: ¹³

- Subjetivas. - Es decir recoger la evaluación subjetiva del individuo.
- Multidimensional. - Revelar diversos aspectos de la vida de la persona.
- Incluir sentimientos positivos y negativos.



- Registrar la variabilidad en el tiempo. - Es decir la edad, la etapa vital que se atraviesa, el momento de la enfermedad que se cursa.

Uno de los instrumentos que miden la calidad de vida es el PECVEC (Perfil de calidad de vida para enfermos crónicos). *El desarrollo de este cuestionario ha estado dirigido a potenciar los aspectos sociales, equiparándolos a los somáticos y psicológicos. Se ha utilizado en múltiples investigaciones, pudiéndose aplicar tanto en población sana como a pacientes con procesos patológicos.*³³

Otro cuestionario es el KDQOL-36. Se trata de un instrumento específico, que incluye el SF-12 como núcleo genérico, más la carga de la enfermedad renal de la versión 1.3 del KDQOL-SF. Consta de 36 ítems, con diferentes escalas de respuesta.

1. 4. Enfermedad renal crónica (ERC)

Una de las enfermedades que en los últimos tiempos ha cobrado gran importancia es la renal crónica. Su incidencia y prevalencia aumentan de manera alarmante, afectando a miles de personas alrededor del mundo, actuando en detrimento de la calidad de vida de éstas en todos los sentidos.

Esta enfermedad se define como la disminución de la función renal, expresada por un filtrado glomerular (FG) o por un aclaramiento de creatinina estimados < 60 ml/min 1.73 m² SC, o como la presencia de daño renal de forma persistente durante al menos tres meses, de forma progresiva e irreversible, expresada por anomalías histopatológicas, imagenológicas o alteraciones de marcadores de daño renal sanguíneos y urinarios, como la creatinina y la proteinuria.³⁴⁻³⁵

Normalmente, cada riñón contiene de 500,000 a 1000,000 de glomérulos. A medida que la enfermedad que afecta a los riñones progresa, se reduce el número de glomérulos funcionales y puede darse una disminución de la eficiencia de los



glomérulos restantes; así se filtra entonces menos sangre para formar el líquido tubular y aumenta la concentración sanguínea de los compuestos que excreta normalmente el riñón.³⁴ Para evaluar la función renal se recomienda medir el nivel de creatinina sérica y el uso de fórmulas para estimar el filtrado glomerular. Una de ellas es la creada a partir del estudio *Modification of Diet in Renal Disease*, conocida como MDRD.³⁴⁻³⁶

Anteriormente términos como insuficiencia renal crónica, pre diálisis, pre insuficiencia renal crónica terminal, azoemia, y uremia fueron utilizados para referirse a esta enfermedad, los cuales no dejaban de ser vagos, confusos e imprecisos, descriptivos y utilizados en forma invariable.³⁷

Fue hasta el año 2002 que la *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI)* de la *National Kidney Foundation* la definió, como ya anteriormente se señaló, y la clasificó en estadios según el valor estimado de filtración glomerular (FGe)/1,73 m² con la ecuación de MDRD.³⁸

Tabla 1 Estadios de la enfermedad renal crónica según el FGe

Estadio	Descripción	VFG (mL/min/1,73 m ²)	%
1	Daño renal con VFG normal o ↑	≥ 90	3,3
2	Daño renal con ↓ leve de la VFG	60-89	3,0
3	↓ moderada de la VFG	30-59	4,3
4	↓ severa de la VFG	15-29	0,2
5	Insuficiencia renal	<15 o diálisis	0,1

Tomado de National Kidney Foundation KDOQI: Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. Am J Kidney Dis. 2002; 39 Supl 5: S1-S266.³⁸

La etiología de la enfermedad renal crónica es multifactorial, tradicionalmente se ha dado como resultado de complicaciones de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial sistémica (HAS), la diabetes mellitus (DM), la obesidad, las infecciones recurrentes, así como los procesos inflamatorios tales como la glomerulonefritis, la pielonefritis y la enfermedad lúpica.^{34,39}



Existen también otros factores que producen nefropatía progresiva: la virosis, el uso de medios de contraste, los fibratos, el consumo de cocaína y el tabaquismo entre otros. Otros mecanismos que dañan al riñón incluyen la alta ingesta de proteínas, purinas y cloruro de sodio, hiperlipidemia, anemia, exceso de aldosterona y depleción de potasio.⁴⁰⁻⁴²

En las últimas décadas, ha surgido una creciente preocupación acerca de la elevada incidencia y prevalencia de la enfermedad renal crónica de causas no conocidas. Ésta se presenta en hombres jóvenes, en poblaciones sin otros problemas de salud, por lo cual ha sido llamada de etiología no específica o de causas no tradicionales,^{6,7} lo que ha motivado diversos análisis tratando de encontrar posibles explicaciones.

Se considera que cualquier enfermedad renal crónica, independientemente de la etiología, una vez establecida no es curable y por lo tanto no recuperable. El tratamiento para dicha patología consiste no en reparar el daño renal, sino en mantener la homeostasis corporal, por medio del tratamiento sustitutivo de la función renal, que puede ser a través de la modalidad de diálisis peritoneal o hemodiálisis, además del tratamiento farmacológico, nutricional y psicológico.

En México, como en la mayor parte del mundo, se ha mostrado un incremento importante en la prevalencia e incidencia de la enfermedad renal crónica. Sin que existan cifras establecidas de incidencia neta de esta enfermedad, de acuerdo con las últimas estadísticas establecidas por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se estima una incidencia de pacientes con enfermedad renal crónica de 377 casos por millón de habitantes y prevalencia de 1,142.⁴²

En cuanto a la asociación de la ERC con la pobreza, un estudio realizado en el año 2011 acerca de la estimación de las desigualdades en la frecuencia de enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en México, proyecta que los casos prevalentes que residen en entidades de alta o muy alta marginación pasarán de cerca de 45,700 en 2005 a los casi 80,000 en el año 2025.⁴³



Debido a sus características, esta enfermedad tiene un gran impacto en la calidad de vida de aquellos que la padecen. *Desde los estadios iniciales hasta su fase terminal, los síntomas, las restricciones (sobre todo dietéticas) y su tratamiento se ven reflejadas en la vida diaria de los pacientes.*⁴⁴

En este orden de ideas, las guías *Kindney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI)*⁴⁵ establecen que en el curso de la ERC se produce un deterioro de la CVRS de quien la padece, lo que está relacionado con factores demográficos como la edad, el sexo, el nivel de educación y socioeconómico, et c., con las complicaciones de la misma enfermedad, y patologías agregadas. Por lo cual aconseja que en todas las personas con un FG menor a 60 ml/min (estadio III) se evalúe de forma regular la CVRS con el fin de monitorizar los cambios que se producen con el paso del tiempo y los resultados de las intervenciones.



II MARCO REFERENCIAL

La incidencia y prevalencia de la enfermedad renal crónica ha aumentado drásticamente en los últimos años, convirtiéndose ésta en un problema de salud pública en países en vías de desarrollo, por lo cual surge la necesidad de investigar las causas y factores de orden distinto al biológico, es decir sus determinantes sociales (en ésta investigación se estudiarán únicamente algunos de ellos) que permitan dar una explicación social a dicha enfermedad.

En relación a lo anterior, diversos estudios realizados en Centroamérica refieren que la ERC se ha convertido en un grave problema de salud pública, incluso ha llegado a considerarse una pandemia. Incluso debido a su incidencia y prevalencia en esta región del mundo se le ha denominado enfermedad renal de Centroamérica.^{6,46-48}

De igual manera, hay autores que relacionan a la ERC con la pobreza y la desigualdad social, y han expuesto sus puntos de vista a la comunidad científica respecto a este fenómeno.⁴⁹⁻⁵¹

A nivel global las investigaciones realizadas con el enfoque de los determinantes sociales y económicos para establecer las causas no biologicistas de la ERC son aun escasas. Un estudio realizado en el año 2011 describe las desigualdades actuales y futuras de la enfermedad renal crónica terminal que se presentan entre grupos de entidades federativas con diferentes grados de marginación, llegando a la conclusión de que la prevalencia de la ERC es alarmante en estas comunidades tanto en jóvenes como en viejos, y en hombres como en mujeres, independientemente de la ocupación.⁴³

En cuanto a la transcendencia de la enfermedad, se tiene que las personas con ERC se ven obligadas a realizar cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida. Al realizar la revisión de la literatura, se



encontraron diversos estudios que se refieren a la calidad de vida de las personas en tratamiento de diálisis o hemodiálisis y que en su mayoría utilizaron instrumentos específicos como el KDQOL SF-36.⁵²⁻⁵⁵

Algunos estudios vinculan la calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica con variables sociodemográficas, clínicas y de laboratorio, y coinciden en que de la población estudiada, más de la mitad eran del sexo masculino, casados, inactivos laboralmente y tenían entre 4 y 8 años de estudios escolares. Hallaron también que había correlación entre las características sociodemográficas, médico-clínicas, laboratorio y puntuaciones bajas de calidad de vida.⁵³⁻⁵⁶

Otros más han dado como resultado que la enfermedad renal y el tratamiento sustitutivo generan un fuerte impacto en la calidad de vida, presentándose profundas consecuencias psicológicas en el paciente; los resultados anteriores se obtuvieron a través de la aplicación de cuestionarios de calidad de vida, escalas de depresión, inventarios de ansiedad e incluso una escala de ideación suicida. Por lo que concluyen que la medición de la calidad de vida y la evaluación psiquiátrica temprana pueden ser muy útiles en estas personas.⁵⁴⁻⁵⁵

Por otro lado, en el Estado de México se realizó una investigación acerca de la autopercepción de disfunción familiar en personas con enfermedad renal y con características sociales de marginalidad; se observó que dos terceras partes (150 individuos) de la muestra tuvieron un nivel escolar bajo, más de la mitad eran casados y no percibían recursos económicos (lo que concuerda con los estudios antes mencionados), en cuanto a la dinámica familiar se halló que más del 50% de la muestra percibía algún grado de disfunción, y que la asistencia recibida por el enfermo dependía del grado de funcionalidad familiar.⁵⁷

No se puede dejar de lado el factor económico, pues es de vital importancia para llevar a cabo el tratamiento médico, que como se mencionó anteriormente, no es curativo, sino que está encaminado a disminuir los signos y síntomas de la



enfermedad, por lo cual es un tratamiento de por vida, a menos que se trate de un trasplante renal. Respecto a esto se encontró que hace algunos años en México, el costo anual del tratamiento de diálisis peritoneal era de \$ 5,634.07 USD, el de hemodiálisis \$ 9,631.60 USD y \$ 3,021.67 USD el del trasplante renal, lo cual evidencia el elevado costo del tratamiento si se considera que la mayoría de las personas pertenecen a un nivel socioeconómico bajo.⁵⁸

Los altos costos del tratamiento de la enfermedad renal representan un importante reto para los sistemas de salud, es especial para los países en desarrollo.⁴³ Respecto a esto López Cervantes y colaboradores reportaron que para el 2008 en nuestro país, *el costo anual promedio en el sector público por el tratamiento de un individuo en hemodiálisis era de \$158,964.00 MN, 10 mil pesos menos que el costo de producción promedio en el sector privado y del precio anual de la subrogación.*⁵⁹

Es importante señalar que se encontraron hasta el momento 3 revisiones sistemáticas referentes a la CVRS. La primera tuvo por objetivo analizar la literatura acerca de las bases científicas de los instrumentos utilizados para evaluar la CVRS, su validez y los resultados sobre la salud. Evidenció 67 estudios que utilizaron diferentes instrumentos y consideraciones metodológicas de evaluación; una de las metodologías utilizadas fue la medición de variables a través de una serie de indicadores que dieron cuenta del comportamiento de salud, cultura, recreación, educación, vivienda y organización comunitaria. Los instrumentos genéricos más comúnmente aplicados en estudios clínicos fueron: *Sickness Impact Profile (SIP)*, *Nottingham Health Profile (NHP)*, *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*.⁶⁰

Una segunda revisión ofrece una visión contrastada de los instrumentos de evaluación de la CVRS más usados en la población española. Se incluyeron 53 artículos publicados entre 1995 y 2014. Se encontró que la terapia sustitutiva renal es la variable con mayor frecuencia asociada al estudio de la CVRS. La mayoría de los estudios emplearon el instrumento SF-36 con lo que se reportó que la calidad



de vida se ve afectada de forma importante en los pacientes que reciben terapia sustitutiva renal, estos resultados se obtuvieron independientemente del instrumento utilizado.⁴⁴

La tercera revisión sistemática que se encontró tuvo por objetivo presentar el desarrollo histórico de la evolución del constructo CVRS, con especial énfasis en las investigaciones con muestra de enfermos crónicos en Colombia. Por lo cual los datos que muestra son históricos y teóricos.²⁹

En cuanto al enfoque de los determinantes económicos y sociales de la salud, se hallan artículos teóricos internacionales que explican la razón de ser de éstos, desde la perspectiva de los DSS propuesta por la OMS, y la forma conveniente de abordarlos.^{12,61-63}

Existen algunas investigaciones que relacionan los DSS con las enfermedades catastróficas, dentales, cáncer y síndrome metabólico.^{64,68-69}

Se hallaron dos revisiones sistemáticas que abordan la relación los determinantes socioeconómicos y la enfermedad renal crónica. La primera de ellas, realizada por Nicholas, Kalantar y Norris, tuvo por objetivo revisar la literatura disponible sobre el papel de la situación económica en la ERC no dependiente de diálisis y en la enfermedad renal terminal; en ésta no figuran investigaciones realizadas en países latinoamericanos.⁷⁰

Algunos de los estudios analizados ponen de manifiesto que las condiciones de vida deficientes, el no contar con seguridad social, el déficit de conocimientos sobre la salud, el bajo nivel educativo y el estrés crónico resultan factores patológicos que contribuyen al desarrollo de la ERC, a la enfermedad renal terminal y por ende a la muerte prematura. Otros evidenciaron la fuerte asociación entre el nivel socioeconómico y la incidencia, prevalencia y complicaciones de la ERC.⁷⁰



En un análisis en población blanca y negra en el *Souther Community Cohort Study* se encontró que el ingreso económico bajo estaba asociado con un aumento del 50% de riesgo de enfermedad renal crónica terminal. Por lo cual concluyen que las tasas crecientes de pobreza y exposición a los determinantes sociales negativos de la salud tanto en los Estados Unidos como a nivel mundial, están alcanzando un nivel de crisis, por lo cual se deben unir esfuerzos para abordar las cuestiones clínicas, financieras y de políticas públicas que permitan la prestación de atención apropiada a poblaciones en riesgo y a quienes ya padecen la ERC.⁷⁰

La segunda revisión incluyó 58 estudios lo que representó 8.9 millones de participantes de 10 países. En ellos se encontró que los factores que contribuyeron a la progresión de la ERC fueron la pertenencia a minorías étnicas (en los afroamericanos particularmente) y la residencia en áreas de niveles socioeconómicos bajos, mientras que el sexo femenino se mostró como un factor protector. El ingreso económico bajo y el no contar con una vivienda propia se asociaron con mayores tasas de eventos cardiovasculares y mayor mortalidad en los sujetos con enfermedad renal no dependiente de la diálisis. Por otro lado se evidenció que los pacientes socialmente desfavorecidos antes de la diálisis y en diálisis tenían menos acceso a servicios de salud especializados.⁷¹

En Latinoamérica, son escasos los estudios de investigación con enfoque cualitativo o cuantitativo que relacionen enfermedad renal crónica y determinantes sociales y económicos.^{7,36,43,46}

Investigaciones sobre la producción científica en torno a los determinantes sociales muestran que aún falta por hacer en esta materia. Un ejemplo de ello es la revisión documental y bibliográfica realizada por Santos⁷², en donde afirma que se necesitan procesos de investigación sobre los determinantes sociales, más abarcadores y sustentados en buenas evidencias, cuyos resultados permitan la toma de decisiones orientadas a solucionar problemas de salud con enfoques aproximativos a sus determinantes y no exclusivamente desde la atención médica.



En el caso de México se ha examinado la investigación realizada en el país sobre los DSS durante el período 2005-2012 con base en la caracterización del sistema nacional de investigación en salud y la producción científica sobre ese tema. A través de una revisión documental de fuentes oficiales sobre investigación en salud en México y la búsqueda sistemática de literatura sobre DSS. En este período se publicaron 145 artículos sobre DSS, cuyas temáticas más abordadas fueron “condiciones de salud”, “sistemas de salud”, y “nutrición y obesidad”. Se encontró que los DSS fueron mencionados en el Programa de Acción Específico de Investigación en Salud 2007—2012, pero no figuran ni en las estrategias ni en los objetivos; en su lugar; se enfatizan primordialmente aspectos de infraestructura y administrativos. Por lo cual se concluye que a pesar de existir investigación en México sobre DSS, la instrumentación de esos hallazgos en políticas de salud no se ha implementado.⁷³

Con este panorama podemos concluir que las investigaciones realizadas en los últimos años reflejan que el estado de salud de las personas está íntimamente ligado con la desigualdad en salud, las relaciones de poder social y el sistema económico. Es decir que la enfermedad tiene una causa más que biológica, por lo cual es importante continuar investigando y generando conocimientos que ayuden a resolver problemas de salud, desde un orden no biológico y que permitan enfocar el cuidado de enfermería desde una concepción social.



III PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud es un derecho fundamental de todo ser humano por lo que los gobiernos deben propiciar las condiciones para que cualquier persona pueda vivir lo más saludablemente posible. Sin embargo, las enfermedades suelen afectar en una proporción más alta a los grupos vulnerables y marginados de la sociedad⁷⁴⁻⁷⁵, lo que se ve reflejado en su calidad de vida. En el ámbito médico el término calidad de vida está relacionado con la salud y el funcionamiento social de la persona y debe incluir la evaluación subjetiva del paciente y el impacto de la situación de salud en la capacidad de vivir plenamente.

De esta manera el derecho a la salud no sólo abarca la atención médica sino los determinantes económicos y sociales que incluyen el nivel socioeconómico, y dentro de éste la posibilidad de contar con una vivienda digna, el acceso a servicios como luz y agua potable, entre otros; la escolaridad,⁷⁶ y habitar de manera general en un ambiente sano. Actualmente existen una serie de planteamientos teóricos sobre las desigualdades socioeconómicas en salud y enfermedad sin embargo, la evidencia es aún escasa.⁷²

Una de las enfermedades que en la actualidad constituye un grave problema de salud pública a nivel mundial, es la enfermedad renal crónica (ERC), definida como la presencia de daño renal durante más de tres meses.⁷⁷ El estudio *Global Burden of Disease 2010* expone que en ese año la ERC ocupaba el lugar número 18, entre las causas de mortalidad a nivel global, en comparación con el lugar 27 que ocupó en 1990.⁵⁰

Por otra parte hay regiones del mundo como Guatemala⁴⁸, Panamá⁷⁸, Nicaragua⁴⁷ y El Salvador⁶, en las que esta enfermedad se ha incrementado abruptamente predominando en hombres jóvenes, trabajadores del campo que viven en comunidades agrícolas de desventaja social,^{46,78} ha llamado la atención que no está relacionada con las causas tradicionales por lo que ha sido denominada de etiología



no específica^{50,79}, se considera que las condiciones de trabajo y la pobreza de estas personas son factores que han contribuido al desarrollo de la ERC.

Acorde con el estudio epidemiológico de la insuficiencia renal crónica en México, publicado en 2010, en nuestro país hay al menos 40,000 nuevos casos cada año.⁸⁰ En el escenario del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, durante los años 2014 y 2015, la enfermedad renal crónica fue el 2º diagnóstico principal de egreso más frecuente y en el mismo periodo se reportó como una de las tres primeras causas de defunción en camas censables.⁸¹⁻⁸³ En el año 2015 se incluyó dentro de los 20 principales motivos de consulta, ocupando el 11º lugar.⁸³

En cuanto a la trascendencia de la enfermedad se encontró que las personas con ERC se ven forzados a realizar múltiples cambios en lo individual, lo familiar, lo laboral y lo social.^{52,54} Dentro de esto, la familia es pieza clave en la asistencia al enfermo, sin embargo llega a sufrir desajustes, manifestándose como disfunción familiar.⁴⁷ Uno de los factores que influyen en la problemática familiar probablemente sea el solventar los gastos del tratamiento médico, puesto que ya desde hace tiempo se evidenció que los costos son elevados.⁵⁸

En cuanto al enfoque de los DSS, que son las condiciones en las que las personas nacen, se desarrollan, viven, trabajan y envejecen, propuesto por la OMS, y que durante esta investigación se abordarán únicamente algunos de ellos, se hallan artículos teóricos internacionales que exponen el enfoque de los DSS, explican la razón de ser de éstos, y la forma conveniente de abordarlos.⁶²⁻⁶³

Algunas investigaciones relacionan los DSS con las enfermedades catastróficas, dentales, cáncer, síndrome metabólico; sin embargo, son escasos los estudios de investigación con enfoque cualitativo⁶⁴⁻⁶⁵ o cuantitativo que relacionen enfermedad renal crónica de etiología no específica y determinantes sociales de la salud.^{66, 68}



Con éste panorama podemos decir que las investigaciones realizadas en los últimos años reflejan que el estado de salud de las personas está íntimamente ligado con la desigualdad en salud, las relaciones de poder social y el sistema económico. Es decir que la enfermedad tiene una causa más que biológica, por lo cual es importante continuar investigando y generando conocimientos que ayuden a resolver problemas de salud, desde un orden no solo biológico.

El propósito de esta investigación está encaminado a tener una explicación más amplia del fenómeno de la ERC desde algunos aspectos sociales y económicos y, la calidad de vida de las personas que padecen dicha patología. Lo cual permitirá mostrar la necesidad de plantear intervenciones de prevención y promoción a la salud desde una perspectiva social e incluso la formación de enfermeras bajo esta mirada.

3.1. Preguntas de Investigación

Tomando en cuenta todo lo antes señalado surgen las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es el nivel de calidad de vida relacionada con la salud en personas con ERC de etiología no especificada, que acuden a un hospital público de tercer nivel para su atención?

¿Existe correlación entre algunos determinantes sociales y económicos y la CVRS de personas con ERC de etiología no específica que acuden a un hospital público de tercer nivel para su atención?



3.2 Objetivos

- Analizar el nivel de calidad de vida relacionada con la salud de personas con enfermedad renal crónica de etiología no específica, que acuden a un hospital público de tercer nivel para su atención.
- Identificar los determinantes socioeconómicos que prevalecen en personas con enfermedad renal crónica de etiología no específica, que acuden a un hospital público de tercer nivel para su atención.
- Correlacionar los determinantes socioeconómicos con el nivel de calidad de vida relacionada con la salud de personas con enfermedad renal crónica de etiología no específica, que acuden a un hospital público de tercer nivel de atención.



IV METODOLOGÍA

4.1 Diseño y tipo de estudio

Se trató de un estudio observacional, transversal, descriptivo.

4.2 Población y muestra de estudio

La población de estudio correspondió a los pacientes con enfermedad renal crónica de etiología no específica, de 18 a 56 años de edad atendidos por el servicio de Nefrología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, durante el año 2015.

4.2.1 Cálculo y tipo de muestreo

El cálculo de la muestra se llevó a cabo a través de la fórmula para poblaciones finitas (porque se conoce el total de unidades de observación que la integran)⁸⁴:

$$n = \frac{Nz^2pq}{d^2(N-1)+z\alpha^2pq}$$

$$\begin{aligned} N &= 167 \\ a &= 75\% (0.75) \\ q &= 0.25 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} d &= 0.05 \\ d^2 &= 0.0025 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} p &= \frac{a}{a+b} \\ p &= \frac{75}{72+25} = 0.75 \\ p &= 0.75 \end{aligned}$$



$$n = \frac{(167)(3.8416)(0.75)(0.25)}{(0.0025)(167 - 1) + 3.8416 (0.75)(0.25)}$$
$$n = \frac{(167)(3.8416)(0.75)(0.25)}{(0.0025)(166) + 3.8416 (0.1875)}$$
$$n = \frac{(641.54)(0.1875)}{0.415 + 0.7203}$$
$$n = \frac{120.288}{1.1353} = 106$$
$$n = 106$$

Es así que de una población de 167 personas con ERC de etiología no específica, se estimó una muestra de 106 individuos.

La muestra fue no aleatorizada de pacientes sucesivos que acudieron al servicio de consulta externa de nefrología, a la unidad de hemodiálisis y a los servicios de hospitalización del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, durante los meses de junio a septiembre del 2016.

Logrando un total de 40 personas, que representan el 38% de la muestra calculada (debido a que no todos cumplían con los criterios de inclusión o se negaron a participar en el estudio) y que cumplieron con los siguientes criterios:

4.2.2 Criterios de inclusión

- ✓ Personas sin distinción de sexos, de 18 a 56 años de edad, atendidos por el servicio de nefrología durante los meses de junio a septiembre del 2016 y que otorgaron su consentimiento para participar en el estudio.
- ✓ Estar diagnosticado con enfermedad renal crónica de etiología no específica.
- ✓ Estar incluidos en el censo de pacientes atendidos por el servicio de nefrología
- ✓ Hablar el idioma español.
- ✓ Obtener una calificación menor a 5 puntos en el test Pfeiffer (ver anexo b).



4.2.3 Criterios de exclusión

- ✓ Personas con afectación neurológica o psicológica que impida el llenado de los cuestionarios.
- ✓ Personas en estado crítico.
- ✓ Personas con enfermedad que los imposibilite a comunicarse verbalmente.
- ✓ Personas que no acepten participar en el estudio.
- ✓ Personas que no hablen el idioma español y que no cuenten con traductor (familiar, asignado por el área de trabajo social de la institución)

4.3. Variables de interés

Variable: Calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedad renal crónica de causa no específica.

Definición conceptual: Se define como la percepción que la persona tiene del impacto generado por la enfermedad renal crónica de causa no específica en la vida diaria, particularmente sobre su apariencia física, la capacidad de actuación o funcionalidad, la vitalidad, la capacidad de relacionarse con otras personas, así como su estado emocional y mental.^{13,28,85-86}

Para su mayor comprensión esta variable se estructuró en dos componentes; uno físico y otro psicoemocional, los que a su vez calificarán tres indicadores diferentes cada uno.

- **Componente físico.-** Es el grado en el que la enfermedad renal crónica interfiere en el trabajo y limita las actividades de la vida cotidiana tales como el caminar, subir escaleras, realizar esfuerzos, generando un rendimiento



menor que el deseado, ya sea por dolor, por disminución del vigor y energía de la persona y/o por cambios en la apariencia física.

Indicadores de ésta dimensión: Aspecto físico, funcionalidad y vitalidad.

- Aspecto físico: Se refiere a qué tanto la sintomatología propia de la enfermedad renal molesta al individuo.
 - Funcionalidad: Hace mención al grado de limitación física, percibida por el individuo, para llevar a cabo actividades físicas cotidianas y laborales.
 - Vitalidad: Se refiere a si la persona se siente dinámica y llena de energía o exhausta y cansada, la mayor parte del tiempo.
- Componente socio-psico-emocional.- Se refiere a la capacidad de relacionarse y realizar actividades sociales cotidianas, esto es, el establecer y mantener relaciones y comunicación con otras personas, lo cual puede ser afectado por el surgimiento de problemas emocionales y mentales como depresión, ansiedad y, control de la conducta, los cuales pueden interferir también en la funcionalidad física.

Indicadores de ésta dimensión: relaciones sociales, estado emocional, estado mental.

- Relaciones sociales: Hace mención al grado en que la ERC interfiere en las interacciones sociales entre el individuo y las personas que le rodean.
- Estado emocional: actitud o disposición emocional frente a la enfermedad y que influye en la realización de las funciones cotidianas de la persona.
- Estado mental: estado de equilibrio entre una persona y su entorno, que garantiza su participación laboral, intelectual y social.



Esta variable se midió a través del cuestionario “calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedad renal crónica”, elaborado ex profeso para el cual se propone la siguiente ponderación (**definición operacional**):

Tabla 2 Puntajes de los niveles de CVRS Global y por componente

CVRS	Puntaje		
	Alta	Media	Baja
Global	214-290	136-213	58-135
Componente Físico	109-145	68-108	29-68
Componente Socio-psico-emocional	109-145	69-108	29-68

Tabla 3 Puntajes de los niveles de CVRS por dimensión

Componente	Dimensión	Puntajes		
		Alta	Media	Baja
Componente Físico	Aspecto Físico	49-65	31-48	13-30
	Funcionalidad	38-50	24-37	10-23
	Vitalidad	24-30	15-23	6-14
Componente Socio-psico-emocional	Relaciones Sociales	38-50	24-67	10-23
	Estado Emocional	49-65	31-48	13-30
	Estado Mental	24-30	15-23	6-14

Variable: Determinantes socioeconómicos

Definición conceptual: Condiciones económicas y sociales en las que las personas viven y que puede generarles mayor vulnerabilidad ante los problemas de salud o, por el contrario, mayores oportunidades de recuperar o mantener la salud.^{22,62,87-88}

Dentro de las condiciones económicas se encuentra la ocupación, las características y los servicios de la vivienda, el lugar de residencia, los ingresos económicos y, el acceso y uso de servicios de salud, así como el nivel educativo.



Mientras que las condiciones sociales incluyen el sexo, la etnia, el estado civil, y las redes sociales de apoyo.

Definición operacional: Esta variable se midió a través de 29 reactivos de opción múltiple.

4.4 Instrumento

4.4.1 Construcción

El instrumento principal está constituido por un cuestionario de medida de calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedad renal crónica (CVRS-ERC) que resultó de la adaptación del Perfil de Calidad de Vida para Enfermos Crónicos (PECVEC) y el KDQOL-36. Al cual se le agregó un apartado de variables socioeconómicas.

A continuación se describen brevemente los instrumentos que sirvieron de base para la adaptación del cuestionario anterior:

Perfil de Calidad de Vida para Enfermos Crónicos (PECVEC)

Cuestionario genérico, versión española del cuestionario alemán *Profil der lebensqualität bei chronischkranken (PLC)*³¹, desarrollado por el profesor Siegrist. Está dirigido a potenciar los aspectos sociales, equiparándolos a los somáticos y psicológicos; el cuestionario alemán fue elegido para su adaptación y validación en lengua española por sus propiedades de multidimensionalidad conceptual de calidad de vida, reproducibilidad, fiabilidad, validez, y sensibilidad al cambio, demostradas en estudios previos.³³

La comprobación estadística de las propiedades psicométricas y la equivalencia transcultural de la versión castellana han sido documentadas^{31,33}; después de ser aplicado a través de distintos modos de administración y grupos de sujetos



comparando los hallazgos con los de la versión original alemana, ha presentado un alfa de Cronbach entre 0,70 y 0,95, lo que muestra suficiente consistencia interna de la información y sugiere que los ítems de cada escala están midiendo un constructo unitario y que poseen en poco error aleatorio.^{33,89} Por lo cual puede considerarse adecuado para uso en comparación de grupos y seguimiento individual.

Está constituido por 40 ítems que abarcan los problemas comunes a todo paciente crónico (mayor o menor discapacidad profesional, aislamiento social, etc.). Los ítems están agrupados en 6 escalas correspondientes a las 6 dimensiones de la CVRS:³³

- I. Capacidad física (8 ítems). Abarca la capacidad de rendimiento corporal e intelectual tanto en la vida privada como en la profesional.
- II. Función psicológica (8 ítems). Se refiere a la capacidad de disfrute y relajación, esto es, capacidad de regeneración psíquica, apetito, calidad del sueño, etc., y capacidad de compensación de disgustos y decepciones.
- III. Estado de ánimo positivo (5 ítems). Comprende la animosidad positiva: atención, buen humor, optimismo, equilibrio emocional, etc.
- IV. Estado de ánimo negativo (8 ítems). Se refiere a los aspectos esenciales de la animosidad negativa: tristeza, nerviosismo, irritabilidad, sentimiento de amenaza, de desesperación, etc.
En su conjunto, las escalas de estado de ánimo positivo y de estado de ánimo negativo constituyen lo que denominan bienestar psicológico.
- V. Funcionamiento social (6 ítems). Comprende los aspectos relacionados con la capacidad de relación, esto es, capacidad para establecer y mantener relaciones y comunicación con otras personas. Capacidad para interesarse y abrirse a otros.
- VI. Bienestar social (5 ítems). Abarca lo relativo a la pertenencia a un «grupo»: apoyo socioemocional expresado como proximidad a otras



personas, por sensación de ayuda y sentimientos de soledad y autoexclusión.

Los ítems tienen un escalamiento tipo Likert de 5 puntos con descriptores de intensidad (nada en absoluto, un poco, moderadamente, mucho, muchísimo) y de calidad (nada en absoluto, malamente, moderadamente, bien, muy bien) y un rango de puntuación de 0 a 4.³³

Kidney Disease Quality of life (KDQOL-36)

Fue desarrollado por la *Kidney Disease Quality of Life Working Group*, es una versión abreviada de la KDQOL-SF, uno de los cuestionarios específicos más utilizados internacionalmente.

Fue diseñado como una medida de auto-reporte específica de la CVRS en personas con enfermedad renal y diálisis. Tiene 36 ítems divididos en dos componentes: un componente general con 12 preguntas sobre calidad de vida basadas en el SF-12 (otro instrumento genérico), y un componente específico con 24 ítems acerca de la enfermedad renal.

Al mismo tiempo, cada pregunta se reagrupa en cinco sub-escalas o dimensiones donde:

- Componente general.- agrupa las sub-escalas SF-12 componente físico y mental (ítems 1-12).
- Componente específico. - agrupa las sub-escalas carga de la enfermedad renal (ítems 13 -16), síntomas y problemas (ítems 17 -28) y efectos de la enfermedad renal en la vida diaria (ítems 29-36).



La puntuación de los ítems tiene un valor que va de 0 a 100, donde 0 indica la peor calidad de vida y 100 la mejor calidad de vida.

El KDQOL-36 es un instrumento que fue validado en población chilena, y que se encuentra disponible en español para uso público. Estudios han reportado que es aplicable y válido para evaluar la calidad de vida en pacientes en diálisis peritoneal. Mostrando un alfa de Cronbach de entre 0,67 y 0,82.⁵³

Luego entonces, a partir de las variables de interés, de sus componentes y dimensiones, así como de los cuestionarios antes mencionados, el instrumento de “calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedad renal crónica”, como ya se mencionó anteriormente, incluye dos grandes componentes que a su vez contienen tres dimensiones o indicadores diferentes.

El primer componente es el físico que antes de ser sometido a la validación por expertos contaba con 27 ítems y cuyas dimensiones son: aspecto físico (11 ítems: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11), funcionalidad (10 ítems: 12,13,14,15,16,17,18,19,20,21), y vitalidad (6 ítems: 22,23,24,25,26,27).

El segundo componente es el socio-psico-emocional que inicialmente, contenía 29 ítems divididos en tres dimensiones: relaciones sociales (8 ítems: 28, 29,30,31,32,33,34,35), estado emocional (15 ítems: 36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50) y estado mental (6 ítems:51,52,53,54,55,56).

Se mide en una escalas de 5 puntos con descriptores de intensidad y de frecuencia (nada, un poco, regular, mucho, muchísimo, nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre), donde 1= muchísimo, 5=nada y 0= no aplica, 1= siempre y 5=nunca.



En algunos ítems que componen el instrumento, se recodificó el rango de puntuación (1=nada, 5= muchísimo) de tal manera que los valores escalares tuvieran una determinación unidireccional en altura, es decir que cuanto mayor es la puntuación en una escala tanto mejor es la calidad de vida de la dimensión medida.

Para la interpretación de la calidad de vida, se debe tomar en cuenta que la medida de la CVRS se efectúa mediante puntuaciones en cada dimensión (que son el resultado de la suma de los puntajes obtenidos) y de manera global. Dando un índice de CVRS-ERC por cada dimensión, los cuales se mostrarán en el apartado de resultados del instrumento.

El cuestionario de los determinantes socioeconómicos incluye las condiciones sociales y económicas en las que las personas viven y, constaba (antes del estudio piloto) de 27 preguntas semiestructuradas.

4.4.2 Validación

El apartado de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) fue validado por 4 expertos, que después de darles a conocer la variable y el cuestionario que la mide, emitieron su juicio sobre la pertinencia y relevancia de los 56 ítems iniciales, a través de un instrumento diseñado para este fin.

Participantes:

- María Cristina Müggenburg Rodríguez Vigil – Dra. En Psicología, Profesora de carrera titular “A” ENEO-UNAM.
- Araceli Jiménez Mendoza – Dra. en Enfermería, Especialista en atención a personas con enfermedad renal y adultos mayores. Profesora de carrera titular “A” ENEO-UNAM.
- Pedro Wolfgang Velasco Matos - Dr. en Psicología Social, Profesor de asignatura FES Zaragoza UNAM



- Gerardo Benjamín Tonatiuh Villanueva Orozco – Dr. en Psicología Social, Especialista en investigación en relaciones interpersonales y mediación. Profesor de asignatura y Secretario Académico de Posgrado de la Facultad de Psicología UNAM.

4.4.3 Estudio piloto

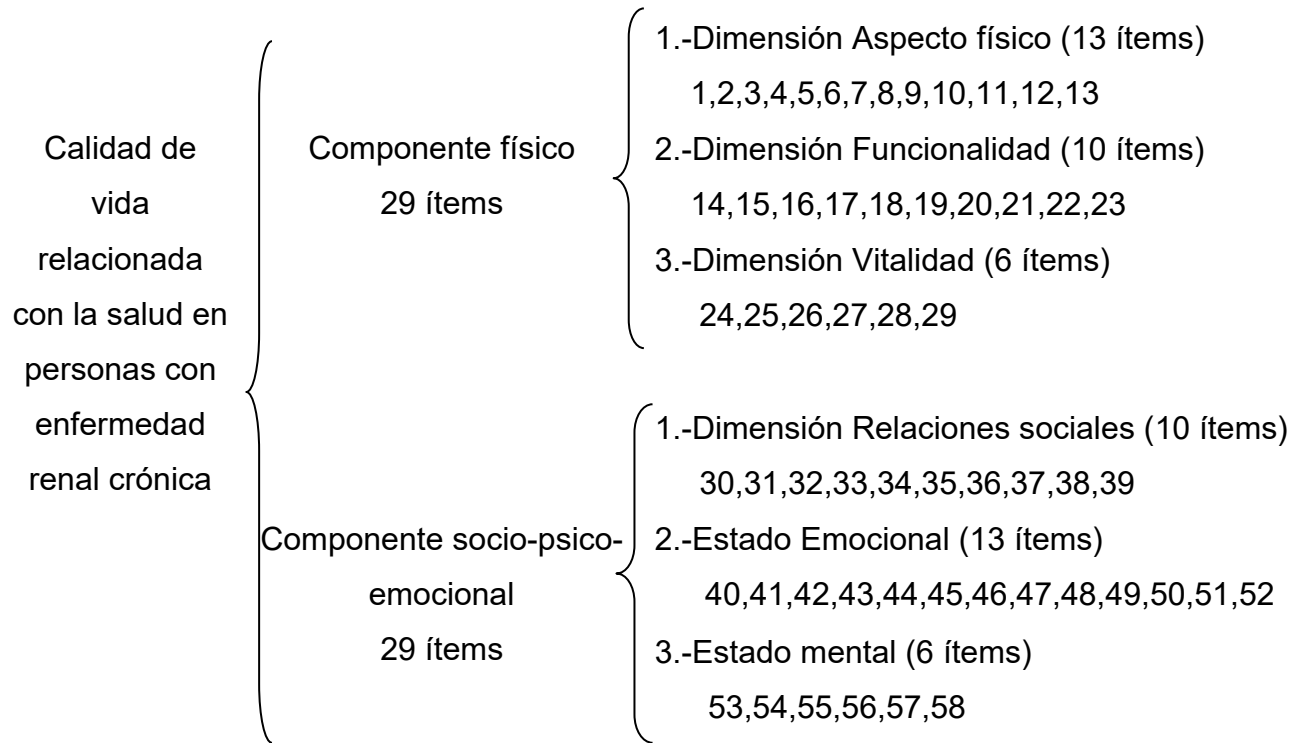
Una vez validado el instrumento de investigación por los expertos y haber realizado las modificaciones y ajustes pertinentes, se realizó una prueba piloto, con el 19% de la muestra calculada (20 individuos), en una población con un perfil similar al de la población en estudio, en las áreas de hemodiálisis y consulta externa de nefrología del Hospital Juárez de México.

Lo anterior con el fin de asegurar la validez de la encuesta, detectar si la redacción de las preguntas era adecuada para una buena comprensión por parte de los sujetos de estudio, e identificar también valores inesperados de las variables, considerar si la duración del cuestionario era la adecuada, y superar dificultades que puedan presentarse en el proceso de comunicación.

Como resultado de esta prueba se identificó la necesidad de incluir opciones de respuesta a los ítems 5,8,14 y 15 del apartado de determinantes socioeconómicos, se añadieron preguntas semiestructuradas acerca del lugar de origen, lugar de residencia actual, tiempo de diagnóstico de la ERC y tipo de tratamiento.

En el apartado de CVRS se modificó la redacción del inicio de los ítems por “con qué frecuencia...” ya que a los participantes les resultaba difícil de comprender.

Finalmente, el instrumento de CVRS (anexo c) quedó compuesto por 58 ítems divididos de la siguiente manera:



El apartado de los determinantes socioeconómicos quedó conformado por 29 preguntas semiestructuradas de opción múltiple.

Se registró un tiempo promedio de respuesta de 23 minutos cuando fue autoadministrado y 17 minutos cuando se aplicó en forma de entrevista.

4.4.4 Aplicación final

Luego de lo anterior se procedió a la aplicación final del instrumento a la muestra del estudio.

El abordaje de los pacientes se realizó en las áreas de consulta externa de nefrología, mientras esperaban ser atendidos por su médico también en la sala de espera de la unidad de hemodiálisis cuando los pacientes esperaban su turno para recibir su tratamiento o cuando recién salían de su sesión de hemodiálisis; así como en los diferentes servicios de hospitalización al pie de su cama, cabe mencionar que



aunque los pacientes se encontraban hospitalizados en diferentes áreas, eran atendidos por el servicio de nefrología.

Se explicó a los participantes el objetivo del estudio y se les solicitó firmaran el consentimiento informado (anexo a) si aceptaban participar en la investigación.

La aplicación de los instrumentos de recolección de datos fue de forma auto-administrada, ya que así lo recomiendan los autores^{31,33}, y en forma de entrevista personal a aquellas personas que así lo solicitaron.

Una vez que se verificó el llenado completo del cuestionario, se agradeció la colaboración de las personas y se dio por terminada su participación en el estudio.

4.5 Análisis estadístico

Los datos recabados se vaciaron en una base de datos elaborada en el software SPSS v. 22.

Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de la población que permitió identificar sus características generales, se calcularon medidas descriptivas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar) para variables cuantitativas, y frecuencia absoluta y el porcentaje para variables cualitativas.

Posteriormente se llevó a cabo un análisis inferencial, como pruebas de comparación se aplicaron U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis y las pruebas de asociación seleccionadas fueron Spearman (r_s) y Correlación Biserial Puntual (r_{bp}). Para el cálculo del riesgo se utilizó Razón de Momios con un intervalo de confianza al 95%.



4.6 Consideraciones éticas

El estudio no plantea problemas éticos, se considera que no implica riesgos a la salud de los participantes; se apegó a la Norma Oficial Mexicana 012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos⁹⁰, al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud⁹¹, y a los principios éticos para la investigación biomédica en personas contemplados en la Declaración de Helsinki⁹².

Por lo anterior se les informó a los participantes los objetivos del estudio, y se les solicitó su aprobación para participar, así como su firma en el formato de consentimiento informado.

Se mantuvo la confidencialidad de las personas. Para proteger su intimidad en la base de datos se omitió información que pueda identificarlos, como nombres y apellidos, asignándoles un código que sólo conocen los investigadores.

El proyecto de investigación, así como el formato de consentimiento informado fueron evaluados por el Comité de Investigación del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, y aprobados con el número de folio CI/2016/161(anexos a y d)



V RESULTADOS

En este capítulo se exponen los resultados obtenidos del estudio de la CVRS y los DSE de las personas con ERC. Inicialmente, se presenta el resultado del análisis psicométrico del instrumento, seguido de la caracterización y descripción de la muestra, y por último se expone el análisis inferencial.

5.1 Instrumento

Es de suma importancia para cualquier estudio, que el instrumento de medición mida el fenómeno de interés y sea coherente con los objetivos de la investigación; por lo cual es determinante que cumpla con ciertos criterios de calidad: validez y confiabilidad.

Para la validez de contenido, que se refiere a que los ítems elegidos para la elaboración del instrumento son indicadores de la variable que se pretende medir, fue sometido a evaluación por parte de 4 jueces expertos (como se hizo mención en el apartado de metodología).

La confiabilidad hace referencia a la precisión con la que un instrumento mide en repetidas ocasiones un fenómeno de estudio y el error de medición es pequeño en tales mediciones.⁹³ Dicho de otra manera *es la propiedad que designa la consistencia y precisión de los resultados que obtiene un instrumento al aplicarlo en distintas ocasiones.*⁹⁴

5.1.1 Confiabilidad

La consistencia interna se estimó a través del coeficiente de alfa de Cronbach, que es el más utilizado para medir la confiabilidad en instrumentos cuya escala de



respuestas sean de tres o más opciones⁹³ y se considera es el indicador más idóneo porque da un único valor único de consistencia.⁹⁴

A nivel global se obtuvo un alfa de 0.95; en su componente físico 0.94, y en el componente socio-psico-emocional 0.93, con los 58 ítems que resultaron de la prueba final (tabla 4).

Este resultado fue similar a lo reportado para el cuestionario PECVEC, cuyo valor ha sido de 0.70 y 0.95^{33,89} y mayor que la del instrumento KDQOL-36 que ha tenido un valor de 0.67 y 0.82.⁵³

Tabla 4 Análisis psicométrico del instrumento de medida de calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedad renal crónica.

Componente o dimensión	α de Cronbach
Global	0.95
Componente físico	0.94
• Dimensión aspecto físico	0.83
• Dimensión funcionalidad	0.90
• Dimensión vitalidad	0.90
Componente sociopsicoemocional	0.93
• Dimensión Relaciones sociales	0.85
• Dimensión Estado emocional	0.87
• Dimensión Estado mental	0.84

La estabilidad se midió a través del coeficiente de correlación de Spearman-Brown, y se encontró una relación lineal estadísticamente significativa, alta y directamente proporcional, entre el puntaje global del nivel de CVRS en personas con ERC y el



apartado de componente físico que evalúa apariencia física, funcionalidad y vitalidad, ($r_s=0.890$ $p=.000$).

De igual manera se encontró una relación lineal estadísticamente significativa, media y directamente proporcional, entre el puntaje global de CVRS en personas con ERC y el apartado del Componente Socio-psico-emocional, que evalúa las relaciones sociales, el estado emocional y el estado mental, ($r_s=0.855$, $p=.000$).

Tabla 5

Como también se muestra en la tabla 5, se encontró relaciones estadísticamente significativa entre los componentes y cada una de sus dimensiones.

Tabla 5 Correlaciones entre los componentes y dimensiones del instrumento de CVRS

	Componente o dimensión	r_s	p^*
	Componente físico	.890	.000
CVRS Global	Dimensión aspecto físico	.817	.000
	Dimensión funcionalidad	.804	.000
	Dimensión vitalidad	.832	.000
	Componente socio-psico-emocional	.855	.000
	Dimensión relaciones sociales	.651	.000
CVRS Global	Dimensión estado emocional	.743	.000
	Dimensión estado mental	.852	.000

*Correlación de Spearman-Brown



(continuación) **Tabla 5 Correlaciones entre los componentes y dimensiones del instrumento de CVRS**

Componente o Dimensión		rs	p*
Componente físico	Componente socio-psico-emocional	.558	.000
	Dimensión aspecto físico	.911	.000
Componente físico	Dimensión funcionalidad	.941	.000
	Dimensión vitalidad	.889	.000
Componente socio-psico-emocional	Dimensión relaciones sociales	.704	.000
	Dimensión estado emocional	.903	.000
	Dimensión estado mental	.915	.000

*Correlación de Spearman-Brown

5.1.2 Validez de Constructo

El análisis factorial exploratorio se llevó a cabo con el software SPSS v.22, con el método de componentes principales y rotación ortogonal (Varimax), con un peso factorial mínimo de 0.3.

Primeramente se realizó el análisis de cada dimensión, dando como resultado que 10 de los 13 ítems de la dimensión aspecto físico se agruparon en un factor que explica el 32.29% de la varianza total (tabla 6).

**Tabla 6 Análisis factorial de la dimensión aspecto físico**

Reactivo	Carga Factorial
7. Durante las últimas 4 semanas qué tanto le molestaron los mareos.	.772
11. Durante las últimas 4 semanas qué tanto le molestó la falta de apetito.	.715
2. Durante las últimas 4 semanas qué tanto le molesto tener dolor en el pecho.	.709
6. Durante las últimas 4 semanas qué tanto le molestó tener o sentir falta de aire.	.697
10. Durante las últimas 4 semanas qué tanto le molestaron las molestias del estómago.	.669
9. Durante las últimas 4 semanas qué tanto le molestaron las náuseas.	.641
5. Durante las últimas 4 semanas qué tanto le molestó tener resequedad de su piel.	.641
13. Durante las últimas 4 semanas qué tanto le molestaron los cambios en su apariencia física (cómo se ve desnudo en el espejo).	.540
1. Durante las últimas 4 semanas qué tanto le molestaron los dolores musculares.	.509
8. Durante las últimas 4 semanas qué tanto le molestaron los desmayos.	.343
32.29% de varianza explicada	
10 reactivos por factor	
α 0.82	

Al realizar el análisis por dimensión y por componente estos 3 reactivos no tienen carga factorial, por lo que para futuras aplicaciones se eliminarán del instrumento (el eliminarlos no modifica la confiabilidad del instrumento):

- 3. Durante las últimas 4 semanas qué tanto le molestó tener calambres
- 4. Durante las últimas 4 semanas qué tanto le molestó tener picazón o comezón en la piel.
- 12. Durante las últimas 4 semanas qué tanto le molestó tener problemas con la fístula o el catéter de diálisis o hemodiálisis.



En cuanto a la dimensión funcionalidad (tabla 7) los 10 reactivos se agruparon en un factor que explica el 55.71% de la varianza total.

Tabla 7 Análisis factorial de la dimensión funcionalidad

Reactivo	Carga Factorial
19. Durante las últimas 4 semanas, con qué frecuencia encontró disminuida su capacidad para cumplir con sus tareas caseras.	.904
20. Durante las últimas 4 semanas, con qué frecuencia encontró disminuida su capacidad para cumplir con su trabajo.	.815
16. Durante las últimas 4 semanas, qué tan problemático le ha sido realizar trabajo físico intenso (limpiar la casa, las actividades propias de su empleo).	.808
15. Durante las últimas 4 semanas, qué tan problemático le ha sido subir varios pisos por las escaleras, caminar largas distancias.	.758
17. Durante las últimas 4 semanas, qué tan problemático le ha sido resistir el ajetreo diario (atender a la familia, transportarse de un lugar a otro, lidiar con el tránsito y la gente en la calle).	.727
18. Durante las últimas 4 semanas, qué tan problemático le ha sido realizar la misma cantidad de actividades (en el hogar y en el trabajo), que hacía antes de su enfermedad.	.712
14. Durante las últimas 4 semanas, que tan problemático le ha sido realizar actividades moderadas (hacer compras, mover una mesa, bañarse y cambiarse de ropa).	.709
23. Durante las últimas 4 semanas, con qué frecuencia su enfermedad del riñón interfiere en su vida cotidiana (como trabajar, estudiar, ayudar en el hogar, ir de un lugar a otro).	.674
21. Durante las últimas 4 semanas, con qué frecuencia ha tenido la sensación de que se cansa físicamente con facilidad al realizar sus actividades diarias.	.663
22. Durante las últimas 4 semanas, con qué frecuencia depende de otras personas para realizar sus actividades (como hacer compras, preparar su ropa y el baño).	.654
55.71% de varianza explicada	
10 reactivos por factor	
α 0.90	



Los 6 ítems de la dimensión vitalidad se agruparon en un factor que expresa el 67.79% de la varianza total. (Tabla 8).

Tabla 8 Análisis factorial de la dimensión vitalidad

Reactivo	Carga Factorial
26. Durante las últimas 4 semanas, con qué frecuencia se sintió sin ganas (ánimo) de hacer algo.	.887
29. Durante las últimas 4 semanas, con qué frecuencia se sintió débil.	.864
27. Durante las últimas 4 semanas, con qué frecuencia se sintió inactivo.	.848
25. Durante las últimas 4 semanas, con qué frecuencia le costó animarse para hacer sus actividades diarias (en el hogar, en el trabajo, y/o en la escuela).	.802
28. Durante las últimas 4 semanas, con qué frecuencia se sintió cansado.	.784
24. Durante las últimas 4 semanas, con qué frecuencia se sintió sin energía física para hacer sus actividades diarias (como bañarse, comer, salir de casa).	.746
67.79% de varianza explicada	
6 reactivos por factor	
α 0.90	

En lo que respecta a la dimensión relaciones sociales (tabla 9), los 10 ítems iniciales se agruparon en un factor que explica el 45.65% de la varianza total.

Los 13 ítems iniciales correspondientes a la dimensión estado emocional se agruparon en un factor que explica el 42.31% de la varianza (tabla 10).

De igual manera los 6 ítems de la dimensión estado mental se agruparon en un factor que como se muestra en la tabla 11, explica el 56.53% de la varianza total.

**Tabla 9 Análisis factorial de la dimensión relaciones sociales**

Reactivo	Carga Factorial
33. Durante las últimas 4 semanas, qué tanto se ha sentido solo, incluso en compañía de otros.	.805
32. Durante las últimas 4 semanas, qué tanto su vida sexual se afectó (en frecuencia, intensidad y/o deseo) por su enfermedad del riñón.	.764
34. Durante las últimas 4 semanas, qué tanto se ha sentido incomprendido por sus seres queridos.	.762
31. Durante las últimas 4 semanas, qué tanto su estado emocional ha dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.).	.676
35. Durante las últimas 4 semanas, qué tanto ha sentido que sus seres queridos no lo toman en cuenta.	.666
37. Durante las últimas 4 semanas, qué tanto no se ha sentido a gusto por pertenecer a su círculo de amigos.	.647
38. Durante las últimas 4 semanas, qué tanto se mantuvo alejado de sus amigos, familiares y/o conocidos.	.639
36. Durante las últimas 4 semanas, qué tanto no se ha sentido a gusto por pertenecer a su familia.	.624
39. Durante las últimas 4 semanas, qué tanto le costó realizar algunas de las siguientes actividades con otras personas: platicar, jugar, reír, salir de paseo.	.621
30. Durante las últimas 4 semanas, qué tanto su salud física dificultó sus actividades sociales cotidianas (como visitar amigos, parientes, etc.).	.500
45.65% de varianza explicada	
10 reactivos por factor	
α 0.85	

**Tabla 10 Análisis factorial de la dimensión estado emocional**

Reactivo	Carga Factorial
52. Durante las últimas 4 semanas, qué tanto se sintió preocupado a causa de la enfermedad.	.770
44. Durante las últimas 4 semanas, qué tanto se ha sentido frustrado al tener que ocuparse de su enfermedad del riñón .	.756
49. Durante las últimas 4 semanas, qué tanto se ha sentido enojado por su enfermedad del riñón.	.733
51. Durante las últimas 4 semanas, qué tanto se ha sentido sin esperanzas y pesimista sobre el futuro debido a la enfermedad del riñón.	.730
45. Durante las últimas 4 semanas, qué tanto se ha sentido una carga para su familia.	.717
50. Durante las últimas 4 semanas, qué tanto se ha sentido asustado por su enfermedad del riñón.	.714
46. Durante las últimas 4 semanas, qué tanto ha sentido que es feliz.	.683
47. Durante las últimas 4 semanas, qué tanto se ha sentido de buen humor.	.683
48. Durante las últimas 4 semanas, qué tanto se ha sentido deprimido a causa de la enfermedad.	.653
43. Durante las últimas 4 semanas, qué tanto ha podido hacer cosas que le hagan sentirse mejor (como platicar, darse algún gusto, acercarse a su religión).	.543
42. Durante las últimas 4 semanas, qué tanto ha podido disfrutar o alegrarse por algo o con algo que sucede en su entorno	.480
40. Durante las últimas 4 semanas, qué tanto ha podido dedicarse a lo que le gusta.	.435
41. Durante las últimas 4 semanas, qué tanto ha podido comer con apetito	.411
42.31% de varianza explicada	
13 reactivos por factor	
α 0.87	



Tabla 11 Análisis factorial de la dimensión estado mental

Reactivo	Carga Factorial
55. Durante las últimas 4 semanas, qué tanto se ha sentido distraído, inmerso en sus pensamientos.	.832
54. Durante las últimas 4 semanas, qué tanto se ha sentido tenso a causa de la enfermedad del riñón.	.805
53. Durante las últimas 4 semanas, qué tanto se ha sentido intranquilo a causa de la enfermedad del riñón.	.798
58. Durante las últimas 4 semanas, qué tanto se le ha dificultado soportar las decepciones y enfados de la vida diaria.	.773
57. Durante las últimas 4 semanas, qué tanto se le ha dificultado olvidarse por un momento de todas sus preocupaciones y relajarse.	.674
56. Durante las últimas 4 semanas, qué tanto se le ha dificultado concentrarse en los asuntos importantes para usted y su familia.	.604
56.53% de varianza explicada	
6 reactivos por factor	
α 0.84	

Seguido de esto se realizó el análisis factorial de segundo orden para los dos grandes componentes que conforman el instrumento.

Se obtuvo que 26 de los 29 ítems iniciales que constituyen el componente físico se agruparon en 3 factores que explican en 84.93% de la varianza total (tabla 12). La consistencia interna de este componente posterior a la extracción de reactivos no tuvo cambios relevantes, permaneció en 0.94.

Tabla 12 Análisis factorial del componente físico

Dimensión	Carga Factorial
Aspecto físico	.802
Funcionalidad	.877
Vitalidad	.869
84.93% de varianza explicada	
26 reactivos	
α 0.94	



En cuanto al componente socio-psico-emocional, los 29 ítems iniciales se agruparon en 3 factores que explican el 78.62% de la varianza total (tabla 13).

Tabla 13 Análisis factorial del componente socio-psico-emocional

Dimensión	Carga Factorial
Relaciones sociales	.936
Estado emocional	.862
Estado mental	.860
78.62% de varianza explicada	
29 reactivos	
α 0.93	

Finalmente, con el propósito de evaluar si los factores de primer orden (tablas 6-11) se agrupan en un solo constructo, se corrió un último factorial de segundo orden, 55 de los 58 ítems iniciales se agruparon en 6 factores que explican el 78.62 % de la varianza total (tabla 14), a su vez todos los factores se agruparon en un solo factor, el cual se llama Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Personas con Enfermedad Renal Crónica.

Tabla 14 Análisis factorial de instrumento de medida de calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedad renal crónica

Dimensión	Carga factorial
Vitalidad	.867
Estado mental	.840
Aspecto físico	.809
Funcionalidad	.801
Estado emocional	.762
Relaciones sociales	.706
78.62% de varianza explicada	
55 reactivos	
α 0.95	



5.2 Índices de Calidad de Vida Relacionada con la salud

La aplicación final del instrumento permitió estimar tres puntos de corte, que se muestran en las siguientes tablas:

Tabla 15 Puntajes de los niveles de CVRS Global y por componente

CVRS	Puntaje		
	Alta	Media	Baja
Global	233-283	181-232	129-180
Componente físico	119-142	93-118	67-92
Componente socio-psico-emocional	116-140	89-115	62-88

Tabla 16 Puntajes de los niveles de CVRS por dimensión

Componente	Dimensión	Puntajes		
		Alta	Media	Baja
Componente físico	Aspecto físico	56-65	46-55	36-45
	Funcionalidad	40-50	29-39	18-28
	Vitalidad	24-30	17-23	10-16
Componente socio-psico-emocional	Relaciones sociales	44-50	34-43	24-33
	Estado emocional	53-65	38-52	23-37
	Estado mental	24-30	17-23	10-16

Con base en los puntajes obtenidos de la aplicación final se proponen los siguientes índices de CVRS:



Tabla 17 Índice CVRS Aspecto físico-ERC

Dimensión: Aspecto físico			
Mínimo:36		Máximo:65	
Rango: 26 ponderación en 3 clases 26/3= 9			
Tipo	Rango	Interpretación	Nivel de Intervención
Nivel Alto	56-65	La sintomatología propia de la ERC no representa una molestia que impida llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana.	Mantener este nivel a través de reforzar las actividades que le permiten estar en este nivel de CVRS.
Nivel Medio	46-55	La sintomatología de la ERC es para la persona una molestia que le impide moderadamente realizar sus actividades diarias.	Identificar las conductas que representen riesgo para la calidad de vida e intervenir a través de educación para la salud.
Nivel Bajo	36-45	La sintomatología de la ERC representa una molestia para la persona, de tal suerte que impide llevar a cabo las actividades de la vida diaria.	Llevar a un mejor nivel a través de la terapia de reemplazo renal, el tratamiento farmacológico y nutricional. Proporcionar orientación acerca de conductas de riesgo.



Tabla18 Índice CVRS Funcionalidad-ERC

Dimensión: Funcionalidad			
Mínimo:18		Máximo: 50	
Rango: 32 ponderación en 3 clases 32/3= 10			
Tipo	Rango	Interpretación	Nivel de Intervención
Alta	40-50	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las laborales y en el hogar.	Mantener este nivel a través de fomentar la continuidad de las conductas que le permiten estar en este nivel, tal como alimenticias, apego al régimen terapéutico, restricción hídrica, ejercicio moderado.
Media	29-39	Se encuentra moderadamente limitado para llevar a cabo actividad física.	Llevar a un mejor nivel, a través de identificar las conductas que potencian la calidad de vida y aquellas que actúan en detrimento, fomentar hábitos y conductas saludables.
Baja	18-28	Se encuentra muy limitado para llevar a cabo todas o la mayoría de las actividades físicas laborales y en el hogar.	Llevar a un mejor nivel a través de fomentar hábitos y conductas que incluyan una alimentación balanceada, apego al tratamiento médico, restricción hídrica, ejercicio físico.



Tabla19 Índice CVRS Vitalidad-ERC

Dimensión: Vitalidad			
Mínimo:10		Máximo:30	
Rango 20 ponderación en 3 clases $20/3= 6.6$			
Tipo	Rango	Interpretación	Nivel de Intervención
Alta	24-30	Se siente muy dinámico y lleno de energía toda o la mayor parte del tiempo.	Mantener este nivel a través de fomentar la continuidad de las conductas que le permiten estar en este nivel, tal como alimenticias, apego al régimen terapéutico, ejercicio moderado.
Media	17-23	Se siente moderadamente cansado y falta de energía, sin embargo lleva a cabo sus actividades diarias con esfuerzo.	Llevar a un mejor nivel, a través de identificar las conductas que potencian la calidad de vida y aquellas que actúan en detrimento, fomentar hábitos y conductas saludables.
Baja	10-16	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo.	Llevar a un mejor nivel a través de fomentar hábitos y conductas que incluyan una alimentación balanceada, apego al tratamiento médico, ejercicio físico.



Tabla 20 Índice CVRS Relaciones sociales-ERC

Dimensión: Relaciones sociales			
Mínimo:24		Máximo:50	
Rango: 26 ponderación en 3 clases 26/3=9			
Tipo	Rango	Interpretación	Nivel de Intervención
Nivel Alto	44-50	Lleva a cabo las actividades sociales con normalidad y sin interferencia debido a problemas físicos y/o emocionales.	Mantener este nivel a través de reforzar la importancia de las relaciones sociales (familiares, amistades, grupos de apoyo y/o religiosos, deportivos, etc.)
Nivel Medio	34-43	Las actividades de socialización se ven afectadas moderadamente debido a problemas físicos y/o emocionales.	Llevar a un mejor nivel, fomentar la comunicación asertiva y solicitar apoyo o interdisciplinar.
Nivel Bajo	24-33	La enfermedad interfiere de manera considerable en las relaciones sociales, a través de problemas físicos y/o emocionales.	A través de fomentar la comunicación con sus redes de apoyo social, solicitar la intervención psicológica o tanatológica.

**Tabla 21 Índice CVRS Estado emocional-ERC**

Dimensión: Estado emocional			
Mínimo:23		Máximo:65	
Rango: 42 ponderación en 3 clases 42/3=14			
Tipo	Rango	Interpretación	Nivel de Intervención
Nivel Alto	53-65	No presenta dificultades en el trabajo, actividades cotidianas, ni sociales debido a problemas emocionales.	Mantener este nivel a través de reforzar (en la persona y la familia) la importancia de las relaciones sociales y la comunicación asertiva.
Nivel Medio	38-52	Los problemas emocionales derivados de los cambios en el estado de salud interfieren moderadamente en las actividades diarias y sus relaciones sociales.	Llevar a un mejor nivel de calidad de vida a través de fomentar la comunicación con sus redes de apoyo, solicitar la intervención interdisciplinaria.
Nivel Bajo	23-37	Los problemas emocionales repercuten en su trabajo, relaciones sociales y actividades de la vida diaria.	Llevar a un mejor nivel de calidad de vida a través de fomentar la comunicación con sus redes de apoyo, solicitar la intervención interdisciplinaria.



Tabla 22 Índice CVRS Estado Mental-ERC

Dimensión: Estado mental			
Mínimo:10		Máximo:30	
Rango: 20 ponderación en 3 clases 20/3=6.6			
Tipo	Rango	Interpretación	Nivel de Intervención
Nivel Alto	24-30	La mayor parte del tiempo se encuentra calmado, tranquilo y feliz.	Mantener este nivel a través de evaluaciones periódicas del estado mental, fomentar en la familia y pacientes la importancia de las evaluaciones periódicas y solicitar ayuda cuando se requiera.
Nivel Medio	17-23	Parte del tiempo se siente distraído, angustiado, pensativo.	Solicitar la intervención multidisciplinaria, realizar evaluaciones periódicas.
Nivel bajo	10-16	Se siente intranquilo, angustiado y distraído la mayor parte del tiempo.	Llevar a un mejor nivel de calidad de vida, solicitando con urgencia la intervención multidisciplinaria, identificar conductas de riesgo. Alertar a las redes sociales de apoyo.



5.3 Caracterización de la muestra

Como se evidencia en la tabla 23, la muestra estuvo compuesta por 40 personas, con predominio del sexo masculino (70%). La edad promedio fue de 31 ± 10 , con un mínimo de 18 y un máximo de 56 años, en rangos de edad el 56% de los sujetos se encontraba entre 18-30 años, lo que refleja una población que en su mayoría es joven. Después de realizar el análisis de estado civil, se decide agrupar a la población en dos grupos (con pareja y sin pareja), el 52% se situó en el primer grupo y el 47.5% en el segundo.

En cuanto a aspectos propios de la ERC, como se muestra en la tabla 24, el 65% de las personas tenía menos de un año de haber sido diagnosticada, la terapia de reemplazo renal que predominó fue la hemodiálisis con un 80%. El tiempo que tenían con dicha modalidad de tratamiento fue para el 75% de los individuos menos de un año.

Tabla 23 Características de la muestra de personas con ERC de etiología no específica y sus DSE (n=40)

Variable	Frecuencia	(%)
Edad		
Mínima	18 años	
Máxima	56 años	
Media	31 ± 10 años	
Rangos de edad		
Rango de 18-30 años	22	(55)
Rango de 31-43 años	12	(30)
Rango de 44-56 años	6	(15)
Sexo		
Femenino	12	(30)
Masculino	28	(70)
Estado civil		
Con pareja	21	(52.5)
Sin pareja	19	(47.5)

**(Cont...) Tabla 23 Características de la muestra de personas con ERC de etiología no específica y sus DSE (n=40)**

Variable	Frecuencia	%
Escolaridad		
Ninguna	2	(5)
Básica	25	(62.5)
Media superior o superior	13	(32.5)
Situación laboral		
No trabaja	31	(77.5)
Si trabaja	9	(22.5)
Ocupación		
Técnicos y profesionales de nivel medio o personal de apoyo administrativo	2	(5)
Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	15	(37.5)
Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y otros oficios u operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores	9	(22.5)
Ocupaciones elementales y estudiantes	14	(35)
Tipo de trabajo		
Temporal	6	(15)
Permanente	3	(7.5)
No aplica	31	(77.5)
Ingreso económico		
Desconoce o bajo	17	(42.5)
Medio	23	(57.5)
Suficiencia del ingreso económico		
Insuficiente	31	(77.5)
Moderadamente suficiente o suficiente	9	(22.5)
Beneficiario de programas de apoyo social		
Si	6	(15)
No	34	(85)
Lugar de origen (México)		
Región Centro	30	(75)
Región Sur	5	(12.5)
Región Oriente	5	(12.5)
Lugar de residencia		
Región Centro	38	(95)
Región Oriente	2	(5)

**(Cont...) Tabla 23 Características de la muestra de personas con ERC de etiología no específica y DSE (n=40)**

Variable	Frecuencia (%)	(%)
Acceso a servicios de salud en su localidad		
Si	37	(92.5)
No	3	(7.5)
Uso de los servicios de salud de su localidad		
Si	25	(62.5)
No	12	(30)
No aplica	3	(7.5)
Característica de propiedad de la vivienda		
Propia	9	(22.5)
Ajena	31	(77.5)
Material que predomina en la vivienda		
Perdurable	33	(82.5)
Mixto (perdurable y no perdurable)	7	(17.5)
Acceso a servicios básicos de urbanización		
	40	(100)
Cuenta con apoyo económico		
Si	20	(50)
No	20	(50)
Cuenta con redes sociales de apoyo		
Si	39	(97.5)
No	1	(2.5)
Acude a eventos culturales, religiosos o deportivos		
Si	12	(30)
No	28	(70)

**Tabla 24 Aspectos propios de la ERC (n=40)**

Variable	Frecuencia	(%)
Tiempo de diagnóstico		
Menos de 1 año	26	(65)
Más de 1 año	14	(35)
Tratamiento		
Hemodiálisis	32	(80)
Diálisis peritoneal	4	(10)
Farmacológico	4	(10)
Tiempo con el tratamiento actual		
Menos de 1 año	31	(77.5)
Más de 1 año	9	(22.5)

5.4 Análisis descriptivo

5.4.1 Análisis de los Determinantes Socioeconómicos

En cuanto a los DSE se encontró, como se mostró en la tabla 23, que el 52.5% tenía escolaridad básica como máximo grado de estudios, 32.5% el nivel medio superior o superior, y el 5% restante era analfabeta.

Únicamente 22.5% de los 40 sujetos se encontraba laboralmente activo al momento de la entrevista, de los cuales más de la mitad tenían un empleo temporal y el resto un empleo permanente.

De acuerdo a la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones⁹⁵, el 37.5% de la población se dedicaban al comercio o a servicios de seguridad, el 35% a ocupaciones elementales o eran estudiantes, y el 22.5% tenían algún oficio, mientras que el 5% eran profesionales de nivel medio o personal de apoyo o administrativo.



El ingreso familiar mensual se agrupó en bajo y medio, en el 57.5% de la población era medio, y bajo para el resto. 77.5% de los sujetos refirió que éste era insuficiente para cubrir los gastos generados por la enfermedad.

Únicamente el 15% recibía algún tipo de apoyo gubernamental a través de algún programa de apoyo social.

Por su lugar de origen los individuos se distribuyeron en tres grupos: Región Centro que abarca a la Ciudad de México, Estado de México, Morelos y Querétaro, con un 75%; Región Sur que incluye a Guerrero, Chiapas y Oaxaca, con un 12.5%, y Región oriente de nuestro país que abarca a Puebla, Veracruz, Tlaxcala e Hidalgo, con otro 12.5% respectivamente.

En cuanto al lugar de residencia al momento de la entrevista, la mayoría (95%) habitaba en la Región Centro y la población restante (5%) en la Región Oriente del país.

Respecto a la disponibilidad de servicios de salud en su localidad, de los 40 sujetos, 37 refirieron contar con ellos, ya fueran éstos de carácter público, privado o ambos, de esos 37 sujetos el 30% de ellos no habían hecho uso de esos servicios.

En lo que se refiere al tipo de vivienda, el 77.5% de los sujetos dijo no contar con una vivienda propia. El material predominante era perdurable en el 82.5% de los casos, mientras que en el 17.5% el material era mixto (perdurable y no perdurable). La totalidad de la muestra contaban en su vivienda con todos o casi todos los servicios básicos de urbanización (agua potable, luz, drenaje, y recolección de basura).

Como se observó en la misma tabla, la población se agrupó en dos categorías según contaran o no con apoyo económico de alguien, distribuyéndose 50% en cada grupo.



En el ámbito de las relaciones sociales, la mayoría de los sujetos (97.5%) contaba con redes de apoyo (familia nuclear, familia extensa, amigos o conocidos) y el resto no. El 70% de la población refirió no acudir a eventos socioculturales.

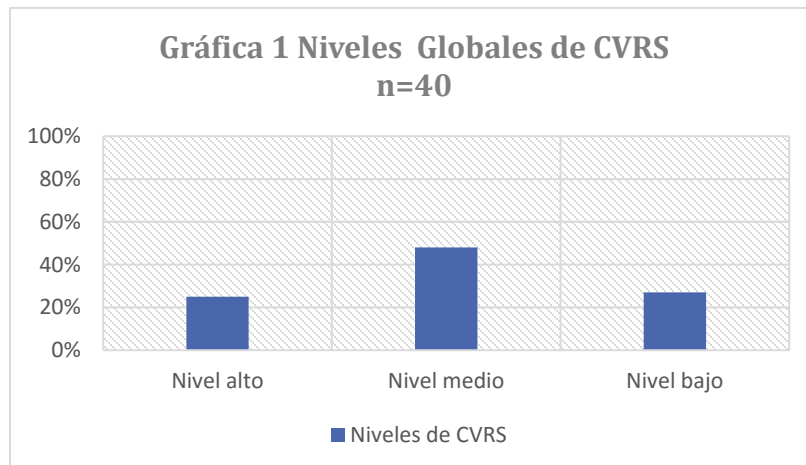
5.4.2 Análisis de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud

En cuanto a la CVRS, de acuerdo a los puntajes mínimos y máximos del resultado global alcanzados por la población, como anteriormente se mencionó, se crearon tres puntos de corte.

El puntaje global (gráfica 1) dio como resultado para el 25% de la población un nivel alto, medio para el 48%, y bajo para el 27% restante.

El nivel de CVRS de la muestra, por componente (tabla 25), fue medio en el componente físico para el 40% de la población, con un promedio de 103.4 ± 21.9 , una calificación máxima de 142 y mínima de 67. De igual manera, en el componente socio-psico-emocional el nivel medio fue el que predominó con un 45%, una media de 107.9 ± 20.3 , el nivel máximo alcanzado fue de 140 y el mínimo de 62 puntos.

Los niveles más altos de CVRS se obtuvieron en las dimensiones aspecto físico (42.5%), relaciones sociales (55%) y estado mental (47.5%), los niveles medios predominaron en las dimensiones vitalidad (45%) y estado emocional (47.5%), mientras que el nivel más bajo se encontró en la dimensión funcionalidad (42.5%).



**Tabla 25 Niveles de CVRS global, por componente y dimensiones del total de la muestra**

Variable CVRS	Alto f _o %	Medio f _o %	Bajo f _o %
NIVEL GLOBAL	10(25)	19(48)	11(27)
COMPONENTE FÍSICO	11(27.5)	16(40)	13(32.5)
Dimensión aspecto físico	17(42.5)	9(22.5)	14(35)
Dimensión funcionalidad	10(25)	13(32.5)	17(42.5)
Dimensión vitalidad	9(22.5)	18(45)	13(32.5)
COMPONENTE SOCIO-PSICO-EMOCIONAL	16(40)	18(45)	6(15)
Dimensión relaciones sociales	22(55)	12(30)	6(15)
Dimensión estado emocional	9(22.5)	19(47.5)	12(30)
Dimensión estado mental	19(47.5)	15(37.5)	6(15)

Haciendo el análisis de los niveles de CVRS global y los determinantes sociales se encontró, como se muestra en la tabla 26, que porcentualmente las personas más jóvenes obtuvieron mejores niveles de CVRS que las personas que se encontraban entre los 44 y 56 años de edad, en el análisis inferencial se explicará si esas diferencias fueron estadísticamente significativas.

En la misma tabla puede observarse que un mayor porcentaje de hombres y mujeres obtuvieron un nivel medio de CVRS global. En cuanto al estado civil, los mayores porcentajes tanto de las personas que no tenían pareja como de las que sí, se encontraron en el nivel medio de CVRS. Según el grado de estudios el 52%



de los sujetos que no tenía ninguna o básica escolaridad presentaron un nivel medio de CVRS, mientras que el 46% de los que tenían como máximo grado de estudios la educación media superior o superior tuvieron niveles altos.

En cuanto a la ocupación, los técnicos y profesionales de nivel medio o personal de apoyo administrativo mostraron por centualmente niveles más altos de CVRS, a diferencia de los que tenían ocupaciones que requieren menos preparación profesional.

El mayor porcentaje de personas que contaban con un empleo como las que no se situó en el nivel medio de calidad de vida; de igual manera con las que contaban con un empleo temporal y con las que tenían un trabajo permanente. En cuanto al ingreso económico y la suficiencia de éste, por centualmente no se encontraron grandes diferencias.

El 50% de las personas que no contaba con el beneficio de algún programa de apoyo social se situó en un nivel medio de CVRS mientras que el 50% de las que sí contaba con ese beneficio tuvo un nivel alto de calidad de vida.

Según el lugar de origen, el 60% de las personas oriundas de la región oriente del país (Puebla, Veracruz, Tlaxcala e Hidalgo) se situaron en un nivel bajo de CVRS, a diferencia de las que eran originarias del centro (Ciudad de México, Morelos y Querétaro) y sur (Guerrero, Chiapas y Oaxaca) del país.

Tanto las personas que contaban con servicios de salud en su localidad como las que no, obtuvieron niveles medios de calidad de vida. De igual manera las que hacían uso o no de estos servicios.

Porcentualmente no hubo diferencias en los niveles de CVRS global de las personas que contaban con una vivienda propia y de las que habitaban una vivienda alquilada o prestada. Ninguna de las personas que habitaba una vivienda



construida con materiales mixtos (perdurables y no perdurables) obtuvo un nivel alto de CVRS, mientras que el 30% de las que vivía en una casa construida con materiales perdurables sí.

El 50% de las personas que habitaba en un ambiente rural obtuvo un nivel bajo de CVRS, mientras que el 53% de las que habitaba en un ambiente urbano tuvo un nivel medio.

Los niveles medios predominaron tanto en las personas que recibían apoyo económico de alguien (45%) como en las que no (50%). Lo mismo ocurrió en las personas que si acudían a eventos sociales (50%) como en las que no (47%).

Tabla 26 Niveles de CVRS global según los DSE

Determinantes Socioeconómicos	CVRS			
	Alto f (%)	Medio f (%)	Bajo f (%)	
Edad	18 a 30 años n= 22	7 (32)	9 (41)	6 (27)
	31 a 43 años n=12	1 (8)	9 (75)	2 (17)
	44 a 56 años n=6	2 (33)	1 (17)	3 (50)
Sexo	Femenino n=12	0	8 (67)	4 (33)
	Masculino n=28	10 (36)	11 (39)	7 (25)
Estado civil	Sin pareja n=19	6 (32)	8 (42)	5 (26)
	Con pareja n=21	4 (19)	11 (52)	6 (29)
Escolaridad	Ninguna o básica n=27	4 (15)	14 (52)	9 (33)
	Media superior o superior n=13	6 (46)	5 (39)	2 (15)



(Cont...) Tabla 26 Niveles de CVRS global según los DSE

Determinantes Socioeconómicos	CVRS			
	Alto f (%)	Medio f (%)	Bajo f (%)	
Ocupación	Técnicos y profesionales de nivel medio o personal de apoyo administrativo n=2	0	2 (100)	0
	Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados n=15	3 (20)	9 (60)	3 (20)
	Oficiales operarios y artesanos, oficios u ensambladores y operadores de instalaciones y máquinas n=9	1 (11)	3 (33)	5 (56)
	Ocupaciones elementales y estudiantes n=14	6 (43)	5 (36)	3 (21)
Situación laboral	No trabaja n=31	7 (23)	14 (45)	10 (32)
	Si trabaja n=9	3 (33)	5 (56)	1 (11)
Tipo de trabajo	Temporal n=6	1(17)	4 (66)	1 (17)
	Permanente n=3	1 (33)	2 (67)	0
Ingreso económico	Bajo n=17	5 (32)	8 (42)	4 (26)
	Medio n=23	4 (19)	12 (52)	7 (29)
Beneficiarios de programas sociales	No n=34	7 (21)	17 (50)	10 (29)
	Si n=6	3 (30)	2 (33)	1 (17)
Lugar de origen	Centro n=30	6 (20)	16 (53)	8 (27)
	Sur n=5	2 (40)	3 (60)	0
	Oriente n=5	0	2 (40)	3 (60)

**(Cont...) Tabla 26 Niveles de CVRS global según los DSE**

Determinantes Socioeconómicos		CVRS		
		Alto	Medio	Bajo
		f (%)	f (%)	f (%)
Lugar de residencia	Centro n=38	9 (24)	19 (50)	10 (26)
	Oriente n=2	1 (50)	0	1 (50)
Acceso a servicios de salud	Si n=37	9 (24)	17 (46)	11 (30)
	No n=3	1 (33)	2 (67)	0

Como se muestra en la tabla 27 el 38% de las personas que tenían más de un año de haber sido diagnosticadas con enfermedad renal crónica de etiología no específica tuvieron un nivel alto de calidad de vida, el 43% un nivel medio y el 21% restante un nivel bajo. Mientras que el 31% de las que menos de un año obtuvieron niveles bajos, 50% niveles medios y 19% niveles altos.

Tabla 27 Niveles de CVRS según aspectos propios de la ERC

ERC		CVRS		
		Alto	Medio	Bajo
		f (%)	f (%)	f (%)
Tiempo de diagnóstico	Menos de 1 año n= 26	5 (19)	13 (50)	8 (31)
	Más de 1 año n=14	5 (38)	6 (43)	3 (21)
Tiempo con el tratamiento	Menos de 1 año n=31	7 (22)	16 (52)	8 (26)
	Más de 1 año n=9	3 (33.3)	3 (33.3)	3 (33.3)
Tipo de tratamiento	Hemodiálisis n=32	6 (18)	16 (50)	10 (31)
	Diálisis peritoneal n=4	1 (25)	2 (50)	1 (25)
	Farmacológico n=4	4(100)	0	0



5.4 Análisis Inferencial

Se presentan únicamente los resultados de las comparaciones en las que hubo diferencias estadísticamente significativas.

Al comparar los niveles de CVRS entre los dos grandes componentes y sus dimensiones para el total de la población, se observaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de CVRS global, componente físico, componente socio-psico-emocional y en cada una de sus dimensiones (tablas 28 a 30).

Tabla 28 Comparación de las medianas de los puntajes de CVRS Global y por componentes

Variable	Total	Alto	Medio	Bajo	X ² (gl)	p*
CVRS Global n=58	211±37	258±14	216±13	169±12	29 (2)	(.000)
Componente físico n=29	102±22	129±8	104±8	76±8	34 (2)	(.000)
Componente socio- psico-emocional n=29	107±20	127±7	104±6	72±6	32 (2)	(.000)

*Prueba de Kruskal-Wallis



Tabla 29 Comparación de las medianas de los puntajes de CVRS por componente y sus dimensiones

Variable	Alto	Medio	Bajo	X ² (gl)	p*
Componente físico n=29	129±8	104±8	76±8	34 (2)	(.000)
Dimensión aspecto físico n=13	60±3	52±3	43±3	34 (2)	(.000)
Dimensión funcionalidad n=10	45±3	36±3	23±3	34 (2)	(.000)
Dimensión Vitalidad n=6	27±2	19±2	13±2	33 (2)	(.000)

*Prueba de Kruskal-Wallis

Tabla 30 Comparación de las medianas de los puntajes de CVRS por componente y sus dimensiones

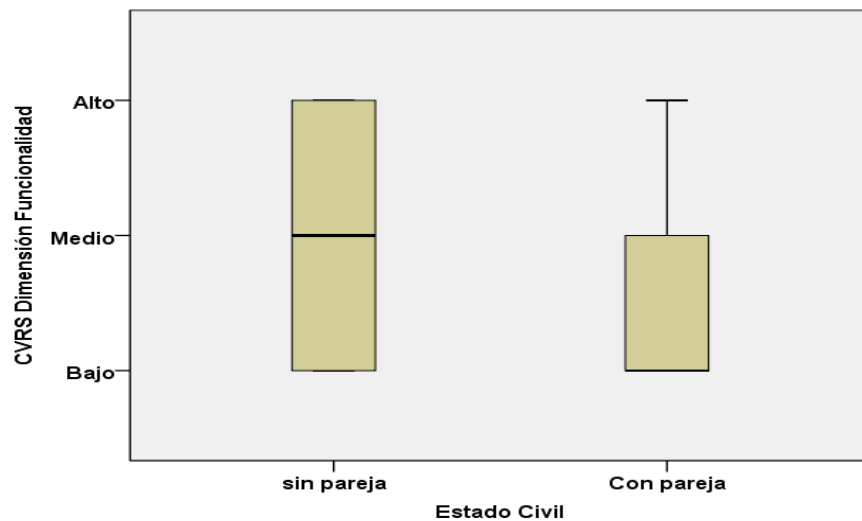
Variable	Alto	Medio	Bajo	X ² (gl)	p*
Componente socio-psico-emocional n=29	127±7	104±6	72±6	32 (2)	(.000)
Dimensión Relaciones Sociales n=10	47±2	41±3	26±3	31 (2)	(.000)
Dimensión Estado Emocional n=13	57±3	45±4	31±5	33 (2)	(.000)
Dimensión Estado Mental n=6	28±2	21±1	14±2	32 (2)	(.000)

*Prueba de Kruskal-Wallis



En cuanto a si había diferencias en los niveles de calidad de vida según el estado civil, las personas sin pareja presentaron mejores niveles de CVRS, sin embargo, como se muestra en la gráfica 2, únicamente en la dimensión funcionalidad éstas fueron significativas ($U=127$, $p<0.05$), esta dimensión hace mención al grado de limitación física, percibida por el individuo, para llevar a cabo sus actividades cotidianas.

Gráfica 2 Comparación de los niveles de CVRS en la dimensión funcionalidad según el estado civil.

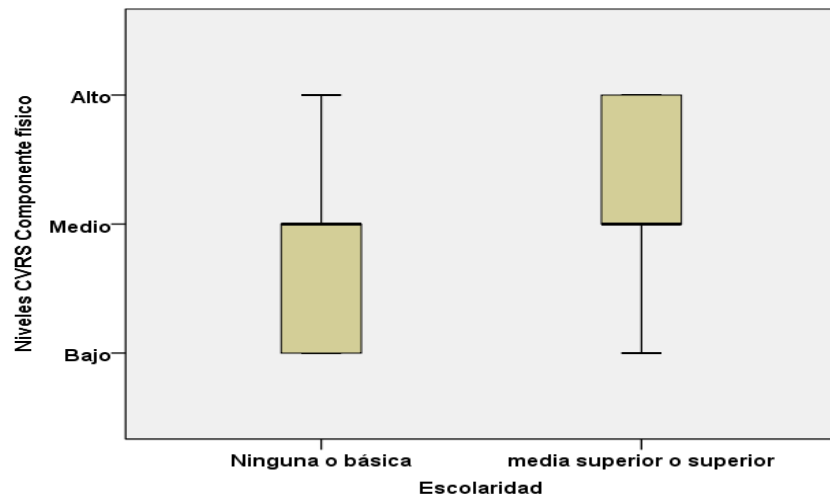


U de Mann-Whitney=127 $p=0.04$ $n=40$

En lo que se refiere a la escolaridad las personas con estudios de nivel medio superior o superior presentaron niveles más altos de CVRS en el componente físico ($U=95$, $p<0.05$), y en sus dimensiones funcionalidad ($U=81$, $p<0.05$) y vitalidad ($U=105$, $p<0.05$), diferencias que fueron estadísticamente significativas como se muestra en las gráficas 3,4 y 5.

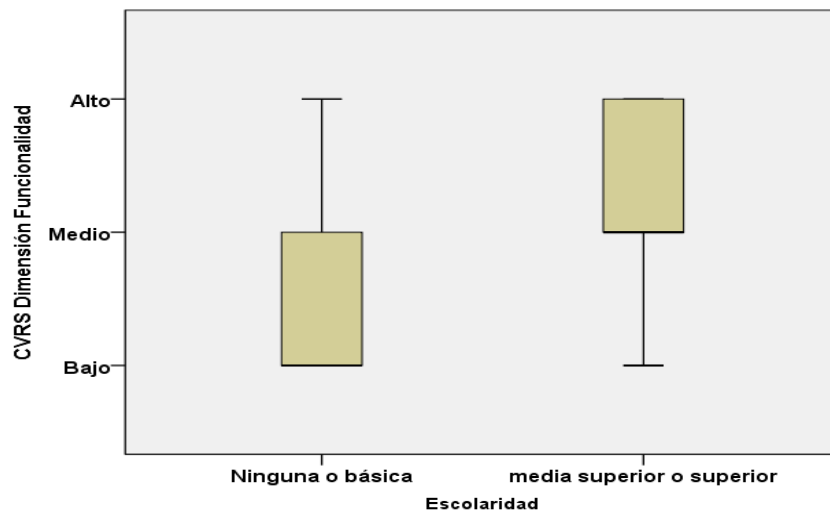


Gráfica 3 Comparación de las medianas de los puntajes de CVRS en el componente físico según la escolaridad.



U de Mann-Whitney=95 p=0.02 n=40

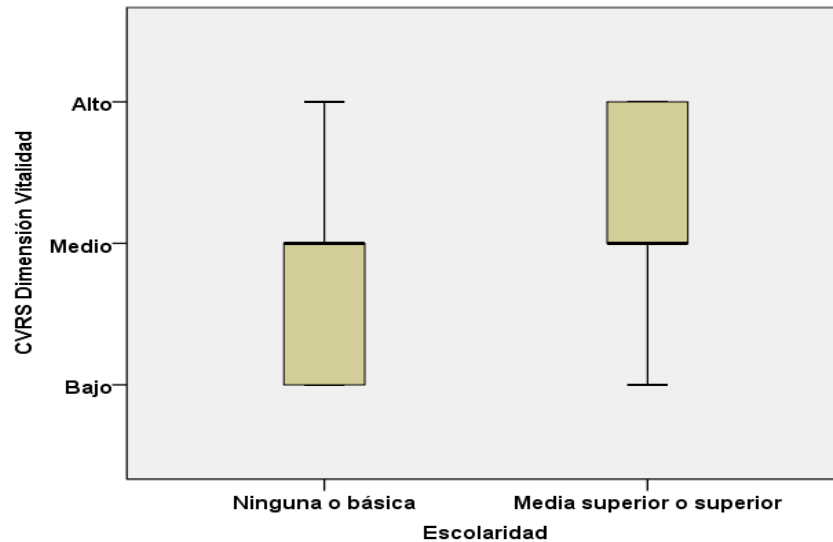
Gráfica 4 Comparación de las medianas de los puntajes de CVRS en la dimensión funcionalidad según la escolaridad.



U de Mann-Whitney =81 p=0.00 n=40



Gráfica 5 Comparación de las medianas de los puntajes de CVRS en la dimensión vitalidad según la escolaridad.



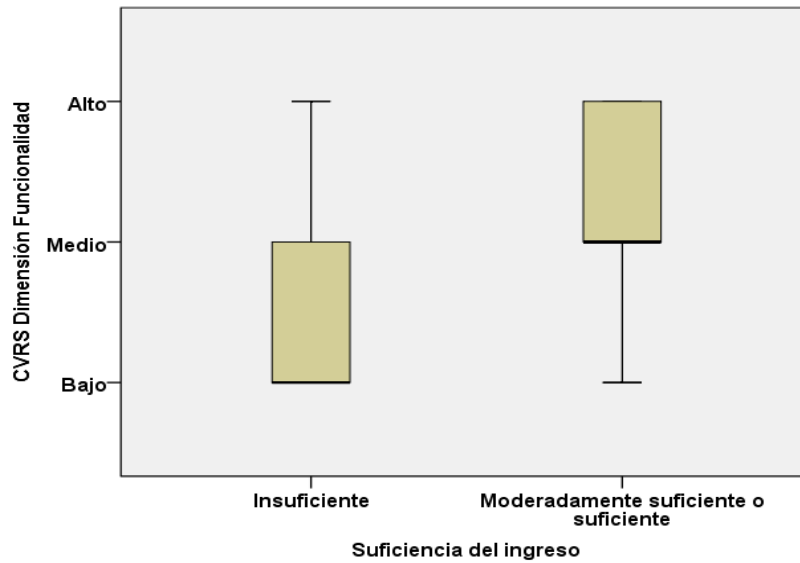
U de Mann-Whitney= 105 p=0.04 n=40

Comparando las medianas de los puntajes de CVRS en cuanto la suficiencia ingreso económico para cubrir los gastos de la enfermedad renal, las personas que consideraron el ingreso económico suficiente para solventar los costos de la enfermedad presentaron mejores niveles de calidad de vida, estas diferencias resultaron estadísticamente significativas en la dimensión funcionalidad (U=67, p<0.05). Gráfica 6.

También se realizó la comparación entre los niveles y medianas de los puntajes de CVRS entre las personas que eran o no beneficiarias de algún programa de apoyo social. Las que si lo eran tuvieron niveles más altos de calidad de vida tanto a nivel global como por componente y dimensiones, sólo en la dimensión vitalidad que se refiere a si la persona se siente dinámica y llena de energía o exhausta y cansada la mayor parte del tiempo, esas diferencias fueron estadísticamente significativas (U=50 p<0.05). Gráfica 7.

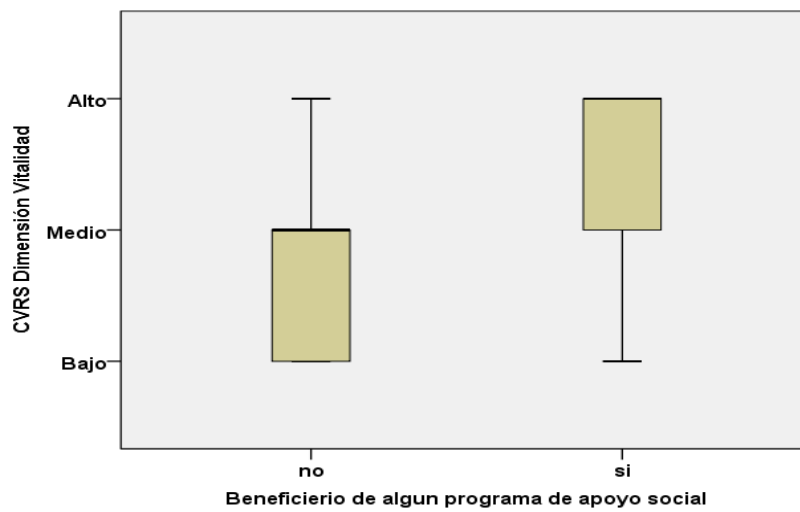


Gráfica 6 Comparación de las medianas de los puntajes de CVRS en la dimensión funcionalidad según la suficiencia del ingreso económico



U de Mann-Whitney=67 p=0.01 n=40

Gráfica 7 Comparación de las medianas de los puntajes de CVRS en la dimensión vitalidad según los programas de apoyo social.

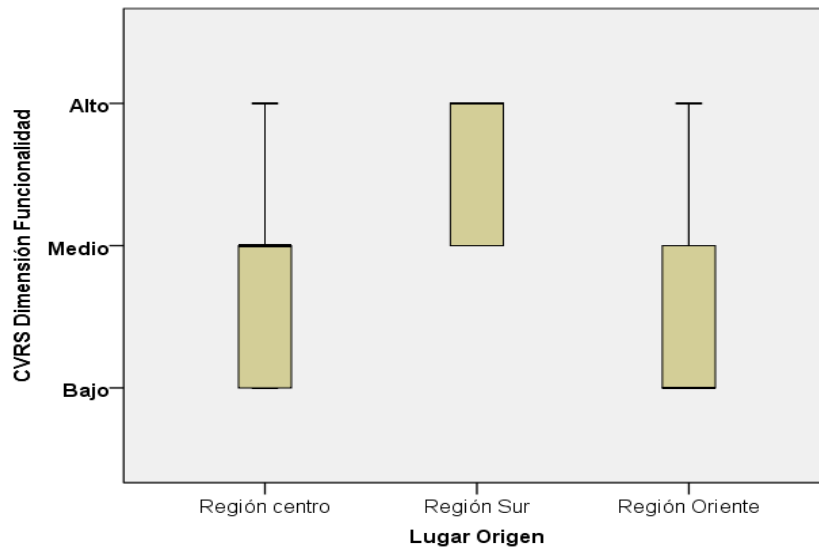


U de Mann-Whitney= 50 p=0.04 n=40



También se deseaba saber si había diferencias estadísticamente significativas entre los niveles y medianas de los puntajes de CVRS según el lugar de origen de los sujetos y se encontró, como se muestra en la gráfica 8, que en la dimensión funcionalidad esas diferencias fueron significativas, ya que las personas originarias de la región oriente del país tuvieron niveles más bajos de CVRS.

Gráfica 8 Comparación de las medianas de los puntajes de CVRS en la dimensión funcionalidad según el lugar de origen.



Kruskall Wallis=5.6 gl=2 p=0.05

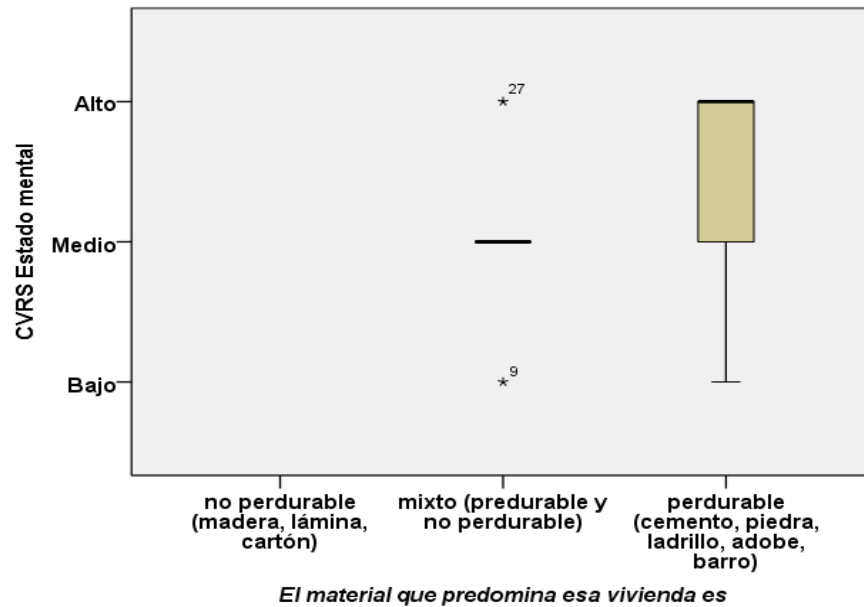
Con relación a si había diferencias en los niveles de calidad de vida de las personas que habitaban una vivienda construida de materiales perdurables y de las que habitaban en una vivienda de materiales mixtos, se encontró que en la dimensión estado mental las personas que habitaban una vivienda construida de materiales perdurables tuvieron mejores niveles de CVRS, diferencias, que como muestra la gráfica 9, resultaron estadísticamente significativas ($U=62$ $p=0.05$).

De igual manera, se realizó una comparación de los niveles y medianas de los puntajes de CVRS entre las personas que acudían a eventos culturales, religiosos o deportivos y las que no lo hacían. Las segundas tuvieron niveles más bajos,



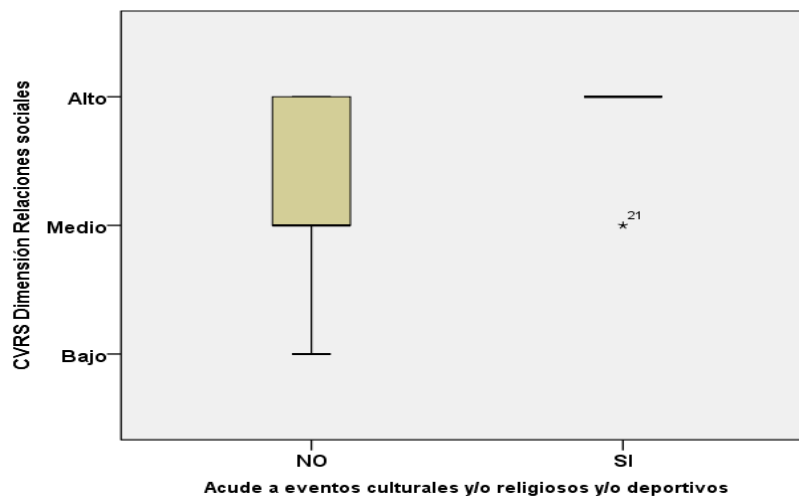
estadísticamente sólo en la dimensión relaciones sociales es a diferencia fue significativa, como lo muestra la gráfica 10.

Gráfica 9 Comparación de los niveles de CVRS en la dimensión estado mental según el material de la vivienda.



U de Mann-Whitney= 62 p=0.05 n=40

Gráfica 10 Comparación de los niveles de CVRS en la dimensión relaciones sociales según la asistencia a eventos sociales.



U de Mann-Whitney=72 p=0.00 n=40



Haciendo un análisis de correlación entre los determinantes socioeconómicos de los sujetos de estudio y sus niveles de CVRS global, por componente y dimensiones, se encontró que existe correlación estadísticamente significativa entre algunas de ellos y la calidad de vida.

Como se muestra en las tablas 17 y 18, se encontró que aunque es baja, sí existe asociación directamente proporcional (es decir que a medida que el DSE sea mayor en nivel de CVRS también lo será) entre la escolaridad, el tipo de trabajo que desempeñen los sujetos, la suficiencia del ingreso económico, el recibir apoyo a través de los programas sociales y el acudir a eventos religiosos, culturales o deportivos y los niveles de CVRS tanto a nivel global como en el componente físico y sus dimensiones funcionalidad y vitalidad, así como la dimensión relaciones sociales.

Tabla 17 Asociación entre los DSE y la CVRS

Determinante socioeconómico	CVRS	rs	p*
	CVRS Global	.31	.04
	Componente Físico	.32	.04
Escolaridad	Dimensión Funcionalidad	.36	.02
	Dimensión Vitalidad	.38	.01

*Coeficiente de correlación de Spearman



Tabla 18 Asociación entre los DSE y la CVRS

DSE	CVRS	rbp	p*
Suficiencia del ingreso económico	Dimensión Funcionalidad	.34	.03
	Dimensión Vitalidad	.31	.04
Programas de apoyo social	Dimensión Funcionalidad	.34	.03
	Dimensión Vitalidad	.31	.04
Temporalidad del empleo	Componente Físico	.30	.05
	Dimensión Funcionalidad	.31	.04
Asistencia a eventos sociales	Dimensión Relaciones Sociales	.46	.00

*Correlación biserial puntual

Se realizó la estimación indirecta del riesgo de presentar niveles bajos de CVRS según los determinantes socioeconómicos (tabla 18) y los aspectos propios de la ERC (tabla 19).

Se obtuvo como resultado que las mujeres tienen más riesgo de obtener un nivel bajo de CVRS que los hombres, ya que el valor de la razón de momios (RM) de CVRS baja en las mujeres es igual a 1.55 y se mueve entre 1.18 y 2.05 con una confianza de 95%, como el intervalo no incluye al 1, entonces el riesgo es clínicamente significativo⁹⁶ y porque el valor de RM es >1 la prueba se considera estadísticamente significativa y la característica como un factor de riesgo.⁹⁷

En cuanto a la escolaridad se obtuvo que las personas con nulo o básico nivel de estudios tuvieron 3.92 veces más riesgo de presentar un nivel bajo de CVRS que los que tenían escolaridad de nivel medio superior o superior; el valor de RM de



CVRS baja en las personas con escolaridad mínima o nula se mueve entre 1.07 y 22.5 con un intervalo de confianza de 95% por lo tanto el riesgo es clínicamente y estadísticamente significativo.

El riesgo de presentar niveles bajos de CVRS entre las personas desempleadas es 1.7 veces mayor que entre las que se encuentran laboralmente activas.

Los individuos que no cuentan con un trabajo estable o permanente tienen 10 veces más riesgo de obtener niveles bajos de CVRS en comparación con los que cuentan con un empleo permanente.

En cuanto al ingreso económico, se obtuvo que las personas con ingresos bajos tuvieron 1.14 veces más riesgo de presentar un nivel bajo de CVRS que las que percibían un ingreso medio o alto. De igual manera la insuficiencia del ingreso económico resultó ser un factor de riesgo para presentar niveles bajos de calidad de vida (RM=1.71). En ese mismo orden las personas que no recibían apoyo económico tuvieron 3 veces más riesgo de baja CVRS.

Los sujetos que no eran beneficiarios de programas de apoyo social obtuvieron 3.85 veces más riesgo de obtener un nivel bajo de calidad de vida que los que sí recibían apoyo gubernamental a través de estos programas.

El ser originarios (RM=2.66) y el residir (RM=3.22) en la región centro del país fueron factores de riesgo para presentar baja CVRS.

En cuanto a aspectos de socialización, las personas que no acudían a eventos religiosos, culturales o deportivos tuvieron 1.8 veces más riesgo de baja calidad de vida en comparación con las que sí acudían a este tipo de eventos.

**Tabla 18 Riesgos sociales para obtener CVRS baja**

DSE	RM	IC _{95%}	p
Sexo (femenino)	1.556	1.180-2.050	<0.5
Escolaridad (básica o ninguna)	4.92	1.076-22.579	<0.5
Situación laboral (desempleado)	1.714	.339-8.676	<0.5
Tipo de trabajo (temporal)	10.00	.399-250.419	<0.5
Suficiencia del ingreso económico (insuficiente)	1.71	.339-8.676	<0.5
Ingreso económico (bajo)	1.147	.267-4.923	<0.5
Beneficio de programas apoyo social (No)	3.857	.635-23.412	<0.5
Lugar de origen (región centro)	2.667	.566-12.557	<0.5
Lugar de residencia (región centro)	3.222	.183-56.883	<0.5
Recibe apoyo económico (No)	3.051	.659-14.137	<0.5
Acude a eventos sociales (No)	1.833	.408-8.231	<0.5
<hr/> Razón de Momios			

En cuanto a los aspectos de la ERC (tabla 19) no se obtuvo significancia clínica pero sí estadística que indica que el tiempo de diagnóstico y el tratamiento de menos de un año son factores de riesgo para tener niveles bajos de CVRS.

**Tabla 19 Riesgos de la ERC para obtener CVRS baja**

DSE	RM	IC 95%	p
Tiempo de diagnóstico (menos de un año)	2.333	.539-10.098	<0.5
Tiempo de tratamiento (menos de un año)	1.714	.339-8.867	<0.5

Razón de Momios

Como factor protector (tabla 20) se encontró que el riesgo de tener niveles bajos de CVRS en los adultos jóvenes es 3 veces menor que entre los adultos maduros.

Las personas que no cuentan con una pareja tienen 2 veces menos riesgo de presentar niveles bajos de CVRS en comparación con las personas casadas o en unión libre.

En cuanto a la ocupación se tiene que las personas que se dedican a ocupaciones elementales o al algún oficio tenían 2 veces menos riesgo que las personas con ocupaciones que requieren mayor preparación de obtener niveles bajos de CVRS.

Los sujetos que no contaban con servicios de salud en su localidad presentaron 1.5 veces menos riesgo de niveles bajos de CVRS que las personas que si contaban con ellos.

El riesgo de tener baja CVRS entre las personas que no hacían uso de los servicios de salud de su localidad era de 2 veces menor que entre las personas que si hacían uso de ellos.

Paradójicamente el riesgo de tener niveles bajos de CVRS entre los sujetos que habitaban una vivienda prestada o alquilada fue 1 vez menor que entre los que habitaban una vivienda propia.

**Tabla 20 Riesgos sociales para obtener CVRS baja**

DSE	RM	IC 95%	p
Edad (adulto joven)	.429	.093-1.980	<0.5
Estado civil (sin pareja)	.510	.119-2.188	<0.5
Ocupación (oficio u ocupación elemental)	.490	.106-2.264	<0.5
Acceso a servicios de salud en su localidad (no)	.643	.052-7.952	<0.5
Uso de servicios de salud en su localidad (no)	.500	.106-2.355	<0.5
Propiedad de la vivienda (ajena)	.821	.141-4.800	<0.5
<hr/>			
Razón de Momios			



VI DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La enfermedad renal crónica se ha convertido en un grave problema de salud pública a nivel mundial. Su etiología se está relacionando además de las causas tradicionales con situaciones de pobreza, sobre todo en los países en desarrollo.^{6,46-49} aunque en nuestro país no es diferente, no se encontraron cifras oficiales sobre la patología renal de causas no específicas.

Un hallazgo durante la realización del estudio, y que de alguna manera lo limitó, fue que en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga no siempre se registra la enfermedad renal crónica de etiología no específica como diagnóstico de ingreso o diagnóstico principal, sino conforme al estadio de la enfermedad en la que se encuentran la persona o los problemas inmediatos que la llevó a la hospitalización, lo que dificulta tener una cifra específica del número de pacientes con este diagnóstico.

Estudios como el de Barragán y colaboradores⁹⁸ coinciden en que no existen cifras oficiales sobre la enfermedad renal crónica de causas tradicionales y de causas no específicas.

En otro orden de ideas, posterior a la validación por expertos y como resultado de la prueba piloto, el instrumento de recolección de datos sufrió modificaciones. El apartado de CVRS obtuvo un alfa de Cronbach de 0.95 a nivel global. Resultó mayor al de otros instrumentos utilizados para el mismo fin. Lo anterior muestra que el instrumento elaborado tiene suficiente consistencia interna y sugiere que los ítems de cada dimensión están midiendo un constructo unitario.



6.1 Determinantes socioeconómicos

Respecto a los determinantes sociales de la población estudiada, se obtuvo que la mayoría (70%) de los participantes fueron del sexo masculino, lo que concuerda con Tuesca y colaboradores⁹⁹, Mendes y coautores¹⁰⁰, Zúñiga y sus colaboradores¹⁰¹, así como con Medellín y Carrillo¹⁰², quienes en sus estudios reportaron que de la población estudiada más del 50% eran varones. A diferencia de Barragán y colaboradores⁹⁸, y de Guzmán y coautores¹⁰³, en cuyas investigaciones la población femenina fue la que prevaleció.

Respecto al sexo, Treviño⁸ sostiene que la enfermedad renal es más común en hombres, en ellos se presentan mayor número de factores de riesgo y la progresión de la enfermedad es más rápida.

Por lo general la incidencia de la enfermedad renal crónica de causas tradicionales aumenta con la edad, no así en la enfermedad renal de etiología no específica, que prevalece en personas jóvenes, tal es el caso de la población de este estudio en la que el rango de edad predominante fue de 18 a 30 años, lo que concuerda con Chandrajith¹⁰⁴, con Remuzzi y Perico⁵⁰, estos últimos exponen que en Centroamérica se ha identificado una epidemia de enfermedad renal crónica de etiología desconocida en hombres jóvenes trabajadores agrícolas.

Por lo anterior podría decirse que la edad joven es un factor de riesgo para presentar ERC de etiología no específica, paradójicamente, como se observó en los análisis, en ese grupo de edad ésta es a su vez un factor protector para el nivel de CVRS.

Otro de los determinantes socioeconómicos a considerar fue el grado de escolaridad, y se obtuvo que poco más de la mitad de la población (52.5%) tenía escolaridad básica como máximo grado de estudios. Resultados similares se obtuvieron en el trabajo realizado por Mendes y colaboradores¹⁰⁰, Zúñiga y



coautores¹¹⁰, en los que más de la mitad de la población tenía un nivel de enseñanza básico.

Luego entonces la escolaridad baja además de ser un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad, como veremos más adelante, interfiere en los niveles de CVRS. En este sentido, De Vicenzi y Tudesco¹⁰⁶ afirman que *la educación es una condición necesaria para promover la salud de los individuos y las comunidades y que la educación debe favorecer el acceso a la información, el desarrollo de las habilidades para la vida, la identificación de posibilidades de elección saludable y el empoderamiento de los individuos y la comunidad para actuar en defensa de la salud*, así como fortalecer los valores sociales, la participación de los individuos en tareas comunitarias como el saneamiento ambiental, y su integración en actividades grupales positivas como el deporte, la lectura, el arte, etc.¹⁰⁶

En lo que se refiere a la situación laboral únicamente el 25% de los participantes del estudio se encontraba laboralmente activo, dicho resultado concuerda con el de otras investigaciones^{53,100}, esto podría deberse a que los múltiples cambios físicos y psicológicos asociados a la enfermedad generan un menor rendimiento en el desempeño de las labores.

Ledón Llanes afirma que *muchas personas con enfermedades crónicas se ven expuestas a interrumpir sus ocupaciones laborales durante períodos más o menos prolongados, incluso permanentes, y que en el caso específico de las personas con enfermedad renal crónica se ha observado que la gravedad de la enfermedad, el carácter invasivo y el tiempo de los tratamientos, impiden al paciente en muchas ocasiones conseguir o mantener un empleo, y esto conduce a un mayor deterioro de su calidad de vida.*¹⁰⁵

De manera general, los DSE de los participantes del estudio, nos hablan de una población de nivel socioeconómico bajo, característica que los sitúa en un estado de mayor vulnerabilidad para el daño a la salud, acorde con la perspectiva de los



determinantes sociales de la salud.²¹ En la revisión sistemática realizada por Nicholas y sus colaboradores⁷⁰ encontraron que varios estudios ponen de manifiesto una fuerte asociación entre el nivel socioeconómico y la incidencia, prevalencia y complicaciones de la ERC.

De acuerdo a los resultados en salud y su relación con los determinantes sociales, reportados en diversas investigaciones, Wilkinson y Marmot¹⁰ afirman que *las condiciones pobres dan lugar a una salud más pobre*, es así que las condiciones sociales y económicas determinan en cierto grado que las personas enfermen o no.

6.2 Calidad de vida relacionada con la salud

El nivel de calidad de vida relacionada con la salud, está determinado por lo que la persona identifica como importante, vital o trascendente. Parte de la propia percepción que el individuo tiene del impacto generado por la enfermedad renal crónica en la vida diaria; es decir que los cambios generados por la patología, tanto en la salud física como en la emocional y social, serán tan graves o trascendentes como la persona lo determine.

Se ha documentado en páginas anteriores que las personas con ERC sufren una serie de cambios tanto a nivel físico como a nivel emocional, familiar y social los cuales se asocian a diversos factores socioeconómicos como sexo, escolaridad, estado civil, ingresos económicos, etc.

Porcentualmente las personas más jóvenes obtuvieron mejores niveles de CVRS que las personas que se encontraban entre los 44 y 56 años de edad, y al estimar el riesgo de presentar niveles bajos de CVRS se obtuvo que el riesgo en los adultos jóvenes era tres veces menor en comparación con los adultos maduros.

Lo anterior coincide con Álvarez U. quien afirma que *numerosos estudios demuestran que la CVRS (sobre todo en las dimensiones físicas y de función y*



*bastante menos las psicosociales) empeoran con la edad*¹⁰⁶ lo que podría deberse a que físicamente el organismo de las personas jóvenes puede lidiar mejor con la enfermedad, además de que no existen comorbilidades agregadas, ni el desgaste físico propio de la edad adulta.

El profesional de enfermería debe orientar sus esfuerzos a mantener en los jóvenes los niveles altos de CVRS y en los adultos maduros a llevarlos a un nivel mayor, a través del acompañamiento emocional, identificar conductas de riesgo, orientar y fomentar estrategias para el apego al tratamiento, así como la evaluación periódica de la CVRS.

En lo que se refiere al sexo, el nivel global de CVRS de las mujeres se mantuvo entre medio y bajo, ninguna tuvo un nivel alto, el 80% (10) de ellas tenían escolaridad básica, ninguna se encontraba laboralmente activa, el 47% (5) de ellas no contaba con apoyo económico y el 67% (8) no tenían una pareja.

A la estimación indirecta del riesgo de presentar niveles bajos de CVRS se obtuvo que en las mujeres es mayor el riesgo en comparación con los hombres, lo anterior concuerda con lo que expone Álvarez U. *son numerosos los estudios que demuestran peor CVRS en las mujeres, tanto en población general como en los enfermos en diálisis..., no existe una explicación clara de las diferencias entre sexos.*¹⁰⁶ Sin embargo podría deberse en algunos casos a que las mujeres no sólo se dedican a labores fuera del hogar, también realizan tareas domésticas que implican igual o mayor desgaste físico, por lo tanto hay una doble pérdida, de la función laboral y la doméstica; y tradicionalmente se espera que sea la mujer la que además de trabajar y/o estudiar, cuide y realice las labores del hogar.

Contrario a lo que se esperaba, el no contar con una pareja influyó positivamente sobre la CVRS, comportándose como un factor protector, es así que las personas sin pareja tuvieron dos veces menos riesgo de presentar niveles bajos de CVRS en comparación con las personas casadas o en unión libre. una posible explicación es



que en la dimensión funcionalidad la diferencia de los niveles fue significativa, es decir que las personas sin pareja tuvieron mejores niveles de calidad de vida, se sentían menos limitados para llevar a cabo sus funciones, por lo cual no dependían de alguien.

En su estudio de calidad de vida (CV) en personas en hemodiálisis crónica Guerra y Sanhueza no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre personas casadas, solteras, separadas o en otra condición marital. Sus resultados revelan que la condición de estar acompañado por alguien determina mayormente la percepción de CV que el estado marital en el que se encuentren las personas.⁵³

Lo mismo podría suceder con la población de este estudio puesto que más de la mitad (74%) contaba con alguien a quien amar y hacer sentir querido, 63% afirmó que vive con su familia nuclear y son éstos quienes se preocupan por ellos, es decir que contaban el apoyo necesario de sus padres y hermanos.

En este estudio se encontró que las personas con escolaridad media superior o superior presentaron mejores niveles de calidad de vida, lo anterior se puede relacionar con que tener un mayor nivel de estudios incluye un mejor nivel socioeconómico, mayores oportunidades de empleo y con ello la posibilidad de contar con una vivienda digna, mejor alimentación y el poder solventar los gastos de la enfermedad. Es así que los sujetos con un nivel más alto de escolaridad, tenían mejores empleos y consideraron su ingreso económico en un nivel medio.

Esas diferencias en los niveles de CVRS fueron significativas en el componente físico, la dimensión funcionalidad y la dimensión vitalidad, lo que implica según los índices de CVRS establecidos y expuestos en el apartado de resultados (tablas 17-19), que la intervención de la enfermera en estas personas debe estar encaminada a mantener los niveles altos y llevar a un nivel mayor a los que se situaron en un nivel medio, a través de fomentar las conductas saludables como la alimentación



balanceada, el apego al régimen terapéutico, la restricción hídrica (dependiendo del estado hidroelectrolítico) y el ejercicio moderado.

También se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la educación y el nivel de CVRS global y en el componente físico, es decir que entre mayor sea la educación de los individuos, mayor será su nivel de calidad de vida, esto se debe a que entre mayor sea la educación, los sujetos tienen mayores capacidades para adoptar conductas y hábitos saludables, no así los que tienen un nivel menor de escolaridad o que no tienen ninguno.

Tal es la importancia de la educación en la salud de las personas que la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Tecnología (UNESCO) *rescata la educación como instrumento que derriba los obstáculos sociales y económicos que existen en la sociedad y su importancia para alcanzar las libertades humanas.*¹⁰⁷

A pesar de que en la actualidad en nuestro país la educación básica llega a más lugares y el índice de analfabetismo ha disminuido considerablemente al largo de los años, por diversas razones, como afirma el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), muchos jóvenes no asisten a la escuela. Tan sólo en el año 2010 existían 5,646,480 personas de 15 años y más en analfabetismo.¹⁰⁷ Se considera que, por ende, ese número de personas estará predispuesta a obtener empleos menos remunerados, no así los que tienen mayor preparación académica, quienes podrán tener más opciones y oportunidades de empleos con mejores sueldos y en donde el desgaste físico sea probablemente menor.

Lo anterior fundamenta el que la escolaridad básica se haya comportado en este estudio como un factor de riesgo (RM=4.92) para obtener baja CVRS.

También se evidenció que la situación laboral de desempleo y/o el no contar con un trabajo permanente influyeron de manera negativa en la calidad de vida y eran un



factor de riesgo para obtener un nivel bajo de CVRS. El riesgo de presentar niveles bajos de CVRS entre las personas desempleadas era de 1.7 veces mayor que entre las que se encontraban laboralmente activas, y los individuos que no contaban con un trabajo tenían diez veces más riesgo estable en comparación con los que contaban con un empleo permanente.

Porcentualmente las personas con un empleo permanente tuvieron mejores niveles de CVRS en el componente físico y en el componente sociopsicoemocional, diferencias que fueron significativas en la dimensión funcionalidad. También se encontró que había asociación significativa entre la temporalidad del trabajo y la CVRS en el componente físico y en su dimensión funcionalidad, es decir que a medida que la persona cuente con un empleo permanente tendrá mejor nivel de calidad de vida, de igual manera tener un empleo que de manera sostenida provee al individuo de los recursos económicos para solventar los gastos de la enfermedad y tener una alimentación y estilos de vida más saludables, le permitirá mantener o escalar en niveles altos de CVRS.

Álvarez afirma que el trabajo activo predice mejores niveles de CVRS en otras dimensiones, sin embargo, el porcentaje de pacientes con ERC que sigue trabajando es escaso.¹⁰⁶ Holley citado por Álvarez¹⁰⁶ describe que algunos de los factores que influyen en la situación laboral de los pacientes en diálisis se clasifican en:

- Propios del paciente (edad, sexo, escolaridad, personalidad, motivación, etc.).
- Relacionados con la enfermedad renal (tipo de diálisis, adecuación a la diálisis, situación funcional física, etc.).
- Relacionados con la diálisis (actitud positiva del personal, disponibilidad de asesoramiento laboral, flexibilidad de horario).
- Relacionados con el empleo (tipo de trabajo, flexibilidad de horario, discriminación de empleadores, etc.).



Este aspecto no sólo influye en la percepción económica del paciente y su familia, Ledón Llanes menciona que la situación de desempleo afecta también el estado emocional y mental de las personas, ya que *la limitación ocupacional puede vivirse como una pérdida* y que, en el caso de los varones como abandono obligatorio y reclusión doméstica, *lo cual desde sus representaciones de masculinidad puede tener un significado también estigmatizante*.¹⁰⁵

Por lo anterior es de suma importancia mantener a los pacientes en la mejor condición física posible, fomentar la actividad física, y de acuerdo con Álvarez *ayudarles a elegir la modalidad de diálisis que menos interfiera con sus actividades, prepararles para ella, dializarles en horarios compatibles con su trabajo y, en la medida de lo posible entrenarles en las modalidades domiciliarias durante sus vacaciones y/o en horarios flexibles* lo cual permitirá que puedan mantener su trabajo.¹⁰⁶

También se evidenció que las personas que consideraron el ingreso económico mensual familiar como suficiente, tuvieron niveles más altos de CVRS que las que lo consideraron insuficiente, García⁴⁹, Remuzzi y Perico⁵⁰, así como Johnson⁵¹ relacionan la ERC con la pobreza y la desigualdad social. Esto podría deberse a que las personas desfavorecidas tienden a presentar conductas de riesgo para la salud (como fumar, ingerir sustancias alcohólicas, el limitado consumo de líquidos claros tan importantes para la salud renal) y también presentan mayores barreras económicas para tener un modo de vida más sano, lo que repercute de manera general en su calidad de vida.

Wilkinson y Marmot argumentan que mientras más tiempo viva una persona en circunstancias económicas y sociales desfavorables y estresantes, mayor será su desgaste fisiológico y menor la posibilidad de que disfrute una vejez sana.¹⁰ Como profesionales de enfermería no podemos influir en la situación económica de las personas, sin embargo se ha visto que la implementación de huertos caseros, el reciclaje de ciertos productos, y la organización de los grupos vulnerables para la



implementación de cooperativas, puede de alguna manera favorecer la economía de las familias, y representa un área de oportunidad para las y los enfermeros de unir esfuerzos con otras disciplinas y estar en contacto directo con las comunidades proporcionando educación para la salud y brindando herramientas a la población que le permita adoptar conductas de vida saludables.

Por otra parte también hubo relación estadísticamente significativa entre el ser beneficiarios de programas de apoyo social y los niveles de CVRS en las dimensiones funcionalidad y vitalidad. Además de que las personas que no eran beneficiarias de estos programas tuvieron 3.8 veces más riesgo de obtener un nivel bajo de CVRS que las que sí recibían el apoyo.

Lo anterior puede estar asociado a que recibir apoyo económico o en especie (fármacos, sesiones de hemodiálisis o insumos para diálisis peritoneal) permite cumplir con el objetivo del tratamiento de la ERC que es disminuir o aminorar los signos y síntomas de la enfermedad, lo que implica que las personas se encuentren con energía y fuerzas para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria.

Por lo cual es recomendable seguir creando programas sociales gubernamentales y no gubernamentales, de vivienda, alimentación y educación, dirigidos a los grupos vulnerables de la sociedad.

Otra factor que influyó en la calidad de vida fue el material de la vivienda, las personas que habitaban una vivienda construida de materiales perdurables tuvieron mejores niveles de CVRS, lo anterior puede deberse a que esto les permite un mejor descanso, y vivir en cierto grado con mejores condiciones de higiene, ventilación, iluminación, etc. Este punto va de la mano con el ingreso económico, debido a que cuando este último es alto o medio permite a los individuos la posibilidad de contar con una vivienda de mejores y más perdurables materiales.



De acuerdo al lugar de origen las personas originarias de la región oriente del país que incluye a Veracruz, Tlaxcala e Hidalgo tuvieron niveles más bajos de CVRS a nivel global. La principal actividad económica en Veracruz es entre otras la ganadería y la agricultura, mientras que en Tlaxcala es la actividad industrial, existen 11 parques industriales en esta entidad, por su parte Hidalgo ha debido su crecimiento económico a la industria minera, eléctrica y de gas. Es la calidad del ambiente y sus contaminantes pieza clave en la salud de las personas.

Acorde con lo anterior Romero, Álvarez y Álvarez¹⁰⁹ afirman que *factores ambientales antropogénicos como la nebulización descontrolada de plaguicidas en la agricultura, un accidente industrial en una comunidad o la generación de desechos industriales sin el debido manejo, pueden provocar enfermedades de origen ambiental que a menudo resultan muy sutiles, pero que en muchos casos tienden a surgir asociadas a estos eventos específicos.* Esta también puede ser una explicación de la enfermedad renal de etiología no específica en la población de estudio pues todo lo que ellos afirman que *el mercurio que se encuentra en el ambiente por erosión de los depósitos naturales, efluentes de refinerías y fábricas, lixiviados de vertederos y de suelos cultivados, así como el cadmio originado por la corrosión de tubos galvanizados, erosión de depósitos naturales, efluentes de refinerías de metales, líquidos de baterías usadas y de pinturas, están relacionados con la presencia de lesiones renales.*¹⁰⁹

Por otra parte, el ser originario y/o habitar en la región centro del país se comportó como un factor de riesgo para presentar niveles bajos de CVRS, probablemente esto se relacione con el estrés que conlleva habitar en áreas altamente urbanizadas lo que genera estrés en las personas que ahí habitan. Respecto a esto Wilkinson y Marmot señalan que los estados continuos de ansiedad, inseguridad, falta de control en el trabajo y en la vida tienen efectos poderosos en la salud, y que tales riesgos se acumulan en la vida y aumentan la probabilidad de salud mental deficiente y muerte prematura.¹⁰



Ellos mismos continúan diciendo que en países industrializados en este caso en los estados industrializados como el Estado de México, Tlaxcala, e Hidalgo, cuando más bajo se encuentre una persona en la jerarquía social, con más frecuencia presentará problemas relacionados con el estrés.¹⁰

Continuando con el análisis de los DSE y su influencia en los niveles de CVRS se obtuvo que el acceso a los servicios de salud en esta población de estudio no mostró asociación ni diferenciación estadísticamente significativa en los niveles de CVRS de las personas. Y el no contar con acceso a los servicios de salud en su localidad y en caso de tenerlos no hacer uso de ellos son factores protectores, lo anterior se podría explicarse en que las personas antes de ser diagnosticadas con una enfermedad cuya etiología se desconoce, no presentaban enfermedades que los condicionaran a buscar los servicios médicos, es decir que hacían menos uso de los servicios preventivos de su localidad y es hasta que se desarrolla el cuadro clínico de la enfermedad que buscan los servicios médicos especializados.

Lo anterior concuerda con Carmona y Padilla¹¹ quienes argumentan que *la atención médica no es el principal condicionante de la salud de las personas, sino que está determinada en gran parte por los factores sociales en los cuales se vive y trabaja.*

El análisis estadístico de correlación entre los DSE y el nivel de CVRS de los sujetos arrojó que a medida que el DSE sea mayor o positivo en nivel de CVRS también lo será, eso para la escolaridad, el tipo de trabajo que desempeñen los sujetos, la suficiencia del ingreso económico, el ser beneficiarios de programas de apoyo social y el acudir a eventos religiosos, culturales o deportivos.

Nicholas y sus colaboradores⁷⁰ resumen de su revisión sistemática que el nivel socioeconómico bajo se asoció fuertemente con el riesgo de progresión, complicaciones y muerte por enfermedad renal terminal, lo que sugiere un fuerte vínculo entre la privación social y económica con la enfermedad renal y como resultado de nuestra investigación podemos agregar que el la asociación también



es fuerte entre el nivel socioeconómico y la CVRS de las personas con enfermedad renal crónica de etiología no específica.

Según el tiempo de diagnóstico las personas con menos de un año de haber sido diagnosticadas tuvieron niveles más bajos de calidad de vida, lo cual puede estar relacionado con que en algunos casos aún no contaban con un tratamiento que aminorara los signos y síntomas de la enfermedad, a diferencia de los que tenían más de un año bajo tratamiento médico.

En la dimensión relaciones sociales ocurrió lo contrario, las personas con menos tiempo de diagnóstico obtuvieron niveles más altos de CVRS, Rodríguez y Rodríguez⁴⁷ señalan que la familia es pieza fundamental en la asistencia al enfermo, durante los primeros meses de la enfermedad puede ser que la familia y el círculo social se solidarice con el enfermo, y al paso del tiempo debido a los múltiples cambios a los que se ve forzado a realizar el paciente, den como resultado conflictos familiares y con su círculo social, manifestándose en un nivel de CVRS menor.

Por lo tanto, considerando los índices de CVRS expuestos con anterioridad los profesionales de la salud tendrían por objetivo mantener los niveles altos de CVRS a través de reforzar la importancia de las relaciones familiares, de amistad, grupos de apoyo y/o religiosos, deportivos, etc. Y en los sujetos con niveles bajos fomentar la comunicación con sus redes sociales de apoyo, y solicitar la intervención psicológica o tanatológica para el enfermo y su familia. Esta última actividad debe ser básica en las personas con reciente diagnóstico, además de la orientación nutricional y farmacológica.



VII CONCLUSIONES

Después del análisis de los niveles de CVRS e identificar los determinantes socioeconómicos que prevalecieron en las personas con enfermedad renal crónica de etiología no específica que acudieron a un hospital público de tercer nivel de atención se puede concluir que existe un vínculo muy estrecho entre las condiciones económicas y sociales en que las personas viven, la incidencia de la enfermedad renal y los niveles de CVRS.

Por ello los grupos más desfavorecidos y con mayor riesgo de daño a la salud y por ende a su calidad de vida son aquellos con menor nivel académico lo que condiciona menores oportunidades de trabajos bien remunerados, menores ingresos económicos, sin seguridad social, sin el beneficio de programas de apoyo social gubernamental y los que residen en lugares industrializados y en las grandes urbes. Lo anterior genera que adopten estilos de vida perjudiciales para su salud, que no puedan identificar los factores de riesgo y las medidas preventivas de la enfermedad.

Comprender como los DSE influyen en la salud y en la calidad de vida de las personas es fundamental para los profesionales de la salud ya que como exponen Nicholas y sus colaboradores⁷⁰ esto les permitirá comprender verdaderamente a los pacientes que cuidan y conectarse mejor con ellos para optimizar la eficacia de las estrategias y recomendaciones para el bien de la salud.

Incorporar criterios subjetivos en la evaluación de los distintos procesos de salud, ayudará acercarse más a un modelo holístico de atención a la salud. La medida de la CVRS también puede ser un indicador de calidad de la atención en el paciente consecutivo puesto que reflejará las intervenciones de educación en la alimentación e hidratación, en el tratamiento farmacológico, en el cuidado del acceso vascular o peritoneal, es decir que las funciones de la enfermera para con el paciente renal no son únicamente asistenciales, sino también educativas, y de acompañamiento.



El estudio de la CVRS en personas con ERC de etiología no específica y su relación con los DSE de la salud, representa un área de oportunidad para las y los enfermeros, con el fin de intervenir desde los diferentes niveles de atención.

En el primer nivel por ejemplo es de vital importancia la detección oportuna de la enfermedad, que permita en la medida de lo posible frenar la progresión de la misma y con ello mantener y/o mejorar el nivel de CVRS de las personas. En el segundo y tercer nivel es importante la evaluación periódica de la calidad de vida, para poder incidir de manera oportuna no sólo en el individuo, sino también en la familia, a través de identificar las dimensiones de CVRS en las que se presentan los cambios desfavorables y de acuerdo a los índices de calidad de vida propuestos o establecidos tomar las medidas para modificar las conductas de riesgo.

Aún falta por seguir analizando los resultados de esta investigación, y correlacionar los DSE con los niveles de CVRS, así como con la teoría, puesto que no existen estudios en poblaciones similares, pues la ERC de etiología no específica no ha sido del todo estudiada.

Es importante se ponga la mira en los determinantes sociales de la salud e incidamos en ellos para mejorar la calidad de vida y la salud de las personas, la familia y la sociedad en su conjunto y continuar investigando y generando conocimientos que ayuden a resolver problemas de salud, desde una perspectiva social.

Por otra parte, los resultados de las investigaciones sobre los DSS deben servir al personal de enfermería en las tres esferas de la administración; para quien se desempeña en la macro gestión tiene la oportunidad de crear y apoyar las políticas públicas encaminadas a resolver las inequidades en salud, a la prevención, la detección oportuna y el tratamiento efectivo de las enfermedades que como la ERC de etiología no específica se están convirtiendo en graves problemas de salud pública a nivel mundial. En la meso gestión existe la posibilidad de crear programas



de prevención y detección oportuna, mientras que en la micro gestión la educación para la salud juega un papel clave para la mejora de la calidad de vida de las personas.



VIII IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

- Generar investigación sobre los determinantes sociales de la salud, ya que el mayor conocimiento de los factores sociales, ambientales y económicos que influyen en la salud permitirán proponer políticas para mejorar la prevención y atención oportuna.
- Medir la magnitud del problema, es decir identificar y llevar un registro de los nuevos casos de la enfermedad renal crónica de etiología no específica, y al ingreso de la hospitalización identificar el diagnóstico principal de las personas, seguido de las comorbilidades y complicaciones de la misma.
- Generar iniciativas basadas en la evidencia y apostar por la atención primaria, la prevención y educación para la salud puesto que, *a pesar de los adelantos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, son las acciones de prevención las más activas para conseguir una vida sana y digna.*⁵
- Crear estrategias multidisciplinarias y establecer programas de evaluación inicial en poblaciones vulnerables.
- Expandir la conciencia de la ERC en poblaciones de alto riesgo, e implementar el uso de los medios de comunicación y redes sociales en la prevención de la enfermedad.
- Medir la CVRS como herramienta para evaluar el impacto de la enfermedad, la efectividad y eficiencia de los tratamientos sanitarios, no sólo en las personas con patología renal, sino en las que tienen mayor incidencia y prevalencia en las poblaciones.



- Continuar en la profundización del conocimiento que dé al profesional de enfermería las herramientas para que a través de las clínicas de diálisis peritoneal en los centros hospitalarios y la consulta de enfermería nefrológica se acompañe al individuo y a la familia durante el proceso de la enfermedad y fomentar estilos de vida saludable y apego al tratamiento.
- Proponer políticas públicas basadas en la evidencia que favorezcan a los grupos vulnerables en material de prevención y promoción a la salud.



IX LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una de las limitaciones de este trabajo radica en las condiciones y requisitos para participar en el estudio, como el rango de edad, lo cual deja fuera un importante número de pacientes.

El estudio se limitó a una muestra muy pequeña de pacientes con enfermedad renal crónica de etiología no específica debido al tiempo establecido para la recolección de datos, lo cual puede generar que en el contraste de la hipótesis se cometa un error de tipo dos debido al número insuficiente de sujetos.

La aplicación de los instrumentos de recolección de datos se realizó en la sala de espera de las unidades de hemodiálisis y consulta externa, así como en la unidad de hospitalización de los pacientes, por lo que se carecía de privacidad para que los sujetos contestaran libremente cuando el instrumento era aplicado en forma de entrevista, lo cual puede generar un sesgo en los resultados al no sentirse la persona con libertad de contestar según su verdadero sentir, pues muchos de ellos iban acompañados por algún familiar o se sentían observados por los demás pacientes. Por lo anterior para futuras aplicaciones se recomienda contar con un área privada en el que los participantes se sientan cómodos y en confianza.



REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos. 45ª ed. Suiza. Organización Mundial de la Salud. 2006.
2. Pardo A. ¿Qué es la salud? Revista de Medicina de la Universidad de Navarra. 1997; 41(2): 4-9.
3. Vílchez B V, Paravick K T, Salazar M A. La escuela del pensamiento Humanbecoming: Una alternativa para la práctica de enfermería. Ciencia y Enfermería. 2013; XIX (2): 23-34.
4. Flores GL, La noción de la salud desde una perspectiva filosófica. Algunas consideraciones éticas. Ars Médica. 2016; 30 (2): 5-14.
5. Villa AM. Factores determinantes de la salud: importancia de la prevención. Acta Médica Peruana. 2011; 28(4): 237-241.
6. VanDervort D, López LD, Oantes MC, et al. Distribución espacial de la enfermedad renal crónica no especificada según el área cultivada y la temperatura del ambiente en El Salvador. MEDDIC Review [Internet] 2014 [acceso noviembre de 2015]; 16(2). Disponible en: <http://bit.ly/1FMz64n>
7. Rodríguez MI. La enfermedad renal crónica en nuestras comunidades: implicaciones de una epidemia. MEDDIC Review [Internet] 2014 [acceso noviembre de 2015]; 16(2). Disponible en: http://www.medicc.org/mediccreview/articles/mr_360_es.pdf
8. Treviño BA, González CZ, Marques LI, et al. Nutrición clínica en insuficiencia renal crónica y trasplante renal. México: Editorial Prado; 2006.
9. Narva A. Epidemiología de la enfermedad renal crónica en Estados Unidos. En: Daugirdas TJ. (editor). Manual de Tratamiento de la enfermedad renal crónica. España: Lippincott Williams & Wilkins; 2012. P. 27-31.
10. Wilkinson R, Marmot M, editors. Social Determinants of Health. The Solid Facts. Suiza. Organización Mundial de la Salud; 2003.
11. Organización Mundial de la Salud. Subsanciar las desigualdades de una generación Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la salud. Ginebra: OMS; 2009.



12. Álvarez CL. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev. Gerenc. Polít. Salud. Bogotá (Colombia)*. 2009; 8(17): 69-79.
13. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*. 2003; IX (2):9-21.
14. Carmona MZ, Parra PD. Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. *Salud Uninorte. Barranquilla*. 2015; 31 (3): 608-620.
15. Puyol A. Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. *Gac. Sanit.* 2012; 26(2):178-181.
16. Mújica OJ. Cuatro cuestiones axiológicas de la epidemiología social para el monitoreo de la desigualdad en salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 38 (6): 433-441.
17. García RA, Vélez AC. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas. *Rev. Salud Pública*. 2013 ; 15(5):731-742.
18. Palomino MP, Grande GM, Linares AM. La salud y sus determinantes sociales, desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *RIS*. 2014; 72 Supl 1:71-91.
19. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling un part 1. Copenhagen: OMS; 2006.
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Observatorio para la Medición de Desigualdades y Análisis de Equidad en Salud. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015.
21. Organización Mundial de la Salud (Sede Web). Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2015 [actualizada 22 mayo 2015; consultado 22 mayo 2015]. Programas y proyectos. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/
22. De la Torre-Ugarte GM, Oyola GA. Los determinantes sociales de la salud: una propuesta de variables y marcadores/indicadores para su medición. *Revista peruana de epidemiología*. 2014; 18(1): 1-6.



23. Rosas T. Aumenta número de pobres en México: Coneval. *El Economista*. 29 de Julio de 2013; sociedad.
24. García VJ. Hacia un nuevo sistema de indicadores de bienestar. *Realidad, datos y espacio Revista internacional de estadística descriptiva y geografía*. 2011; 2(1): 78-95.
25. Ochoa LS. Apuntes para la conceptualización y la medición de la calidad de vida en México. En: García VJ, Sales HF, editores. *Bienestar y calidad de vida en México*. México: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, Universidad de Monterrey; 2011. p.15-68.
26. Whitehead M, Dahlgren G. *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. Dinamarca: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2006.
27. Ochoa LH, Sánchez PH, Martínez GL. Uso de un índice de bienestar social para la planificación de la salud a nivel municipal. *Salud Pública Méx*. 1996; 38(4): 257-267.
28. Pereira EF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev. bras. Educ. fís. Esporte [internet]*. 2012; 26(2): 241-250.
29. Vinaccia AS, Quinceno J. Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad renal crónica: estudios colombianos. *Psychol.Av.Discip*. 2012; 6(1):123-136.
30. Urzúa MA. Health related quality of life: Conceptual elements. *Rev Med Chile*. 2010; 138: 358-365.
31. Genovés EA. Estudio poblacional de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con dislipidemia, Tesis doctoral. Alicante. Facultad de Medicina Universidad Miguel Hernández: 2010.
32. Velarde JE, Ávila FC. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud pública de México*. 2002; 44(5): 448-463.
33. Fernández LJ, Rancho GI, Hernández MR. Propiedades psicométricas de la versión española del cuestionario PECVEC de perfil de calidad de vida en enfermos crónicos. *Psicothema*. 1999; 11(2): 293-303.



34. Soriano C. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. NEFROLOGÍA [Internet] 2004 [acceso diciembre 2015]; 24(supl 6). Disponible en: <http://bit.ly/1Aq8R3H>
35. Terán B M. Enfermedad Renal Crónica. Revista de Actualización Clínica. 2011; 11: 557-564.
36. Media EM, et al. Función renal en población marginada. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014; 52(2): 156-161.
37. Dehesa LE. Enfermedad renal crónica; definición y clasificación. Revista el residente. Órgano oficial del Instituto Pfizer. Medigraphic Artemisa [Internet] 2008 [acceso enero 2016] ; 3(3):73-78. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2008/rr083b.pdf>
38. National Kidney Foundation K DOQUI. Clinical Practice Guidelines For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. Am J Kidney Dis. 2002; 34 supl 5: S1-S266.
39. Flores HJ. Enfermedad Renal Crónica: epidemiología y factores de riesgo. Rev Med Clinic Condes. 2010; 21(4): 502-507.
40. Treviño BA, González CZ, Márquez LI, et al. Nutrición Clínica en Insuficiencia Renal Crónica y Trasplante Renal. México: Editorial Prado; 2006.
41. Narva A. Epidemiología de la Enfermedad Renal Crónica en Estados Unidos. En: Daugirdas TJ. (editor). Manual de Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica. España: Lippincot William & Wilkins; 2012.
42. Ávila SM. Enfermedad renal crónica: prevención y detección temprana en el primer nivel de atención. Medicina Interna de México. 2013; 29(2): 148-153.
43. Franco MF, Tirado GL, Venado EA, et al. Una estimación indirecta de las desigualdades actuales y futuras en la frecuencia de la enfermedad renal crónica terminal en México. Salud pública de México. 2011; 33 Supl 4:S506-S515
44. Rebollo RA, Morales AJ, Pons RM, Mansilla FJ. Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. Nefrología. 2015; 35 (1): 92-109.



45. National Kidney Foundation. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney International Supplements [Internet] 2013 [acceso enero 2017]; 3(1): 136-150. Disponible en: http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf
46. Vela FX, Henríquez OD, Zelaya MS, et al. Enfermedad renal crónica y factores de riesgo asociados en dos comunidades agrícolas salvadoreñas, 2012. MEDICC Review [Internet] 2014 [acceso octubre 2015]; 2(16). Disponible en: <http://bit.ly/1GkuUX0>
47. Brooks D. Informe final de estudio de alcance: Epidemiología de enfermedad renal crónica en Nicaragua. Boston. Universidad de Boston; 2009.
48. Alonzo GF, Santis BM, López VC. Caracterización epidemiológica, clínica y terapéutica de pacientes con insuficiencia renal crónica. Tesis que para obtener el grado de Médico y Cirujano. Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala; 2011.
49. García GG. Pobreza: el denominador común de la amenaza global de ERC. MEDICC Review [Internet] 2014 [acceso febrero 2016]; 16(2). Disponible en: <http://bit.ly/1GkuUX0>
50. Remuzzi G, Perico N. Perspectiva de la sociedad internacional de nefrología con respecto al surgimiento de enfermedades renales crónicas de etiología desconocida o indeterminada. MEDICC Review [Internet] 2014 [acceso febrero 2016]; 16(2). Disponible en: www.medicc.org/mediccreview/pdf.php?lang=es&id=359
51. Johnson R, Glaser J, Sánchez LL. Enfermedad renal crónica de etiología desconocida; ¿una enfermedad relacionada con el calentamiento global? MEDICC Review [Internet] 2014 [acceso febrero 2016]; 16(2). Disponible en: <http://bit.ly/1BmiNG5>
52. Rivera LA, Montero LL, Sandoval AR. Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en



- diálisis peritoneal. *Salud Mental* [Internet] 2012 [acceso septiembre 2015]; 35(4): 329-337. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58224380008>
53. Guerra GV, Sanhueza AO, Cáceres EM. Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio. *Rev. Latino-Am-Enfermagem* [Internet] 2012 [acceso noviembre 2015]; 20(5). Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
54. Morales JR, Salazar ME, Flores VF, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con tratamiento sustitutivo renal: el papel de la depresión. *Gac Méd Méx.* 2008; 144(2): 91-98.
55. Varela L, Vázquez MI, Bolaños L, Alonso R. Predictores psicológicos de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal. *Nefrología.* 2011; 31(1):97-106.
56. Schroeder AI, Santos C. Qualidade de vida relacionada á saúde de pacientes em hemodiálise. *Rev. Enferm UERJ.* 2013; 21(1): 95-100.
57. Rodríguez AG, Rodríguez AI. Disfunción familiar en pacientes con enfermedad renal crónica. *Rev. Méd IMSS.* 2004; 42(2):97-102.
58. Arredondo A. Cost of intervention for patients with chronic renal disease. *Rev. Saúde Pública.* 1998; 32 (3):255-561.
59. López CM, Rojas RM, Tirado GL, Durán AL, Pacheco DR, Venado EA, et al. *Enfermedad Renal Crónica y su Tratamiento en México.* México: UNAM; 2010.
60. Robinson RF. Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. *Revista Colombiana de Cardiología.* 2007; 14(4): 207-222.
61. Muntaner C, Rocha K, Borell C, et al. Clase social y salud en América Latina. *Rev Panam Salud Pública* (Internet). 2012; 32(2):166-175.
62. Borrell C, Malmusi D. Una investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencia para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. *Gac. Sanit.* 2010; 24(supl 1):101-106.



63. Rodríguez RP, Scherlowski LH. De termination or det erminants? A debate based on the Theory on the Social Production of Health. Rev. esc. Enferm. USP [Internet] 2015 [acceso m arzo 2016] ;49(1). D isponible en : <http://bit.ly/1Aq4RQy>
64. Fernández SA, Ojeda VG, Pérez AL, et al. Determinantes sociales en salud colectiva en mujeres con síndrome metabólico en el medio rural. Enf Neurol (Mex). 2014; 13(3): 112-117.
65. Fontella SC, Cesar VM, Silveira CL, et al. Determinantes Sociales de la Salud: características de la comunidad y el trabajo de las enfermeras en salud familiar. Rev. Gaucha Enferm [Internet] 2010 [acceso agosto 2015]; 31(1). Disponible en: <http://bit.ly/1Aq8tCn>
66. Acuña C, Marín N, Mendoza A, et al. Determinantes sociales de la exclusión a los servicios de salud y a medicamentos en tres países de América Central. Rev Panam Salud Pública. 2014; 35(2): 128-135.
67. Sillberman M, Moreno AL, Kawas BV, et al. Determinantes sociales de la salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2013; 56(4): 24-34.
68. Tovar CL, Arteaga SF. Determinantes estructurales y enfermedades catastróficas en los municipios del departamento colombiano del Valle de Cauca. Rev Panam Salud Pública [Internet] 2014 [acceso octubre 2015]; 35(1): 60-6. Disponible en: <http://bit.ly/1dYBEC4>
69. Cruz PG, Sánchez NR, Quiróga GA, et al. Caries dental y los determinantes sociales de la salud en México. Revista Cubana de Estomatología. 2014; 51(1): 55-70.
70. Nicholas BS, Kalankar ZK, Norris CK. Socioeconomic Disparities in Chronic Disease. Adv Chronic Kidney Dis. 2015; 22(1): 6-15.
71. Monton R, Schlackow I, Mihaylova B, Dawn N, Gray A, Cass A. The impact of social disadvantage in moderate-to-severe chronic kidney disease: an equity-focused systematic review. Nephrol Dial Transplant. 2016; 31: 46-56.



72. Santos PH. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como tema de investigación. Rev. Cub. Salud pública [Internet] 2011 [acceso agosto 2015]; 37(2). Disponible en: <http://bit.ly/1zBTRbG>
73. Salgado SV, et al. Un primer análisis de la investigación en México sobre los determinantes sociales de la salud: 2005-2012. Salud pública de México. 2014; 56(4):393-401.
74. Ortiz HL, Pérez SD. Estratificación socioeconómica y daño a la salud en México. Medicina Social. 2011; 6(1): 52-6.
75. Juárez RC, Márquez SM, Salgado SN, et al. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. Rev Panam Salud Pública. 2004; 35(4): 284 -290.
76. Organización Mundial de la Salud [Sede Web]. Suiza: OMS; 2013 [acceso octubre 2015]. Centro de prensa. Nota descriptiva No. 323. Disponible en: <http://bit.ly/ORrbvM>
77. Otero L. Enfermedad renal crónica. Colomb Med. 2002; 33(1): 38-40.
78. Organización Panamericana de la Salud. La enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica 6^a Sesión del Comité Regional 52 Consejo Directivo. Washington: OMS-OPS; 2013
79. Glaser J, Weiss I. ERCcnt: estrategias para salvar vidas ahora. MEDDICC Review [Internet] 2014 [acceso noviembre 2016]; 16(2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicreview/mrw-2014/mrw142p.pdf>
80. Méndez DA, Méndez BF, Tapia YT, Muñoz MA, Aguilar SL. Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en México. Diálisis y Transplante. 2010; 31(1): 7-11.
81. Boletín Estadístico de Morbilidad 2014. Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.
82. Anuario Estadístico. Enero-Diciembre 2014. Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.
83. Anuario Estadístico. Enero-Diciembre 2015. Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.



84. Aguilar BS. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de la salud. *Salud en Tabasco*. 2005; 11(1-2): 333-338.
85. Patrick DE. *Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York: Oxford University Press. 1993.
86. Minayo MC, Hartz ZM, Buss P. Quality of life and Health: a necessary debate. *Ciencia & Saúde Colectiva*. ABRASCO. 2002; 5(1): 7-18.
87. Acero AM, Caro RI, Henao KL, Ruiz EL, Sánchez G. Determinantes sociales de la salud: Postura oficial y perspectiva crítica. *Rev. Fac. Nac. Salud pública*. 2013; 31 (supl 1): 103-110.
88. Ministerio de Salud Gobierno de Chile [Sede Web] 2015 [actualizada 2015; consultado septiembre de 2015]. Disponible en: http://web.minsal.cl/determinantes_sociales
89. Mateos R, Maestro A, Rodríguez LL, Valle SM. Quality of life measurement in arthritic knee. *Patologías del aparato locomotor*. 2005;3(2):111-119.
90. NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3—2012. Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. *Diario Oficial de la Federación*: 04/01/2013.
91. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. *Diario Oficial de la Federación*: 02/04/2014.
92. CONAMED: Comisión Nacional de Arbitraje Médico [Sede Web]. México: CONAMED; 2017. [actualizado 2015; acceso abril de 2017]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/Helsinki.pdf
93. Soler CF. Coeficiente de confiabilidad de instrumentos escritos en el marco de la teoría clásica de los test. *Revista Médica Electrónica [Internet]* 2012 [2016]; 34(1). Disponible en: http://bus.sld.cu/revistas/ems/vol22_2_08/ems06208.htm
94. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz RA. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An Sist Sanit Navar*. 2011; 34(1): 63-67.
95. Organización Internacional del Trabajo [Sede Web]; 2016 [actualizada 2005; acceso junio 2016]. Disponible en: <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/lang--es/index.htm>



96. Mendoza NV, Sánchez RM. Análisis y difusión de los resultados científicos. México: UNAM; 2001.
97. Moreno AA, López MS, Corcho BA. Principales medidas en epidemiología. Salud Pública de México. 2000; 42(4): 337-348.
98. Barragán FA, Laguna H, Gómez R L. Perfil sociodemográfico de los usuarios del Servicio de Hemodiálisis del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán. Evid Med Invest Salud. 2014; 7 (1): 4-9.
99. Tuesca MR, Centeno RH, Salgado M, García DN, Lobo LJ. Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de Barranquilla (Colombia). Salud Uninorte. 2008; 24 (1): 53-63.
100. Mendes BS, Viana PS, Gomes I, Acúrcio F, Gurdel AE, Leal ChM. Factores asociados con la calidad de vida relacionada a saúde de idosos em hemodíalise. Rev Saúde Pública. 2011; 45 (6): 1127-1136.
101. Zúñiga C, Dupueto J, Müller H, Kirsten LL, Alid AR, Ortiz ML. Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario "Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36)". Rev Med Chile. 2009; 137: 200-207.
102. Medellín OJ, Carrillo GG. Soporte social percibido y calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica sometida a trasplante renal. av.enferm. 2014; XXXII (2): 206-216.
103. Guzmán GK, Fernández de Córdova AJ, Mora BF, Vintimilla MJ. Prevalencia y factores asociados a enfermedad renal crónica. Rev Med Hosp Gen Méx. 2014; 77 (3): 80-85.
104. Chandrajith R, Nanayakkara T, et al. Chronic kidney disease of uncertain etiology (ckDue) in Sri Lanka: geographic distribution and environmental implications. Environ Geochem Health [Internet] 2011 [acceso abril 2017]; 33 (3): 267-278.
105. Ledón Llanes L. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. Revista Cubanade Salud Pública. 2011; 37(4): 488-499.



106. Álvarez VF. Factores asociados al estado de salud percibidos (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodíalisis crónica. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología*. 2001; 14: 64-60.
107. De Vincenzi A, Tudec eo F. La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y la comunidad. *Revista Iberoamericana de Educación*. 2009; 49(7): 2-12.
108. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.
109. Romero PM, Álvarez TM, Álvarez PA. Los factores ambientales como determinantes de la salud de la población. *Rev Cunaba Hig Epidemiol*. 2007; 45 (2).



ANEXOS

Anexo a
Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Determinantes Socioeconómicos
en Personas con Enfermedad Renal Crónica
Hoja 1 de 2

Carta de consentimiento informado

Estimado (a) paciente:

Objetivo:

Se está realizando un proyecto de investigación (sin riesgo) como parte del Programa de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México. El objetivo de este estudio es conocer las condiciones sociales y económicas en las que las personas con enfermedad renal viven y la percepción que tienen acerca del impacto generado por la enfermedad en su vida. Y determinar si existe relación entre dichas condiciones y su calidad de vida.

Procedimientos: Si Usted acepta participar en el estudio, tendrá que contestar un cuestionario sobre su salud. El cuestionario tiene una duración aproximada de 25 minutos, que usted responderá en este lugar de manera individual o si lo prefiere el investigador le puede hacer las preguntas verbalmente.

Si tiene duda sobre las preguntas o el estudio en general, el entrevistador resolverá todas sus dudas.

Beneficios: Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo si Usted acepta participar, estará colaborando la enfermería y la ciencia en general.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).



NEFROLOGÍA
www.hgm.salud.gob.mx

Dr. Balmis 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, DF 06726

Con +52 (55) 2789 2000
Ext 1032

Investigador Principal: Sara Reyes Bautista Teléfono 0445510456459 (disponible las 24 hrs.), Presidente del Comité de Bioética: Dra. Estela García Elvira Teléfono: 2789200 ext. 1330. (lunes a viernes de 8:00 a 15:00 hrs.).

Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Determinantes Socioeconómicos en Personas con Enfermedad Renal Crónica Hoja 2 de 2

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incómodo(a), tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no influye en la atención médica que recibe, así como en la manera en cómo se le atiende.

Consentimiento para su participación en el estudio

Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

Nombre y firma del participante o representante legal

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del testigo

Números a contactar: Si usted tiene alguna duda o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con el investigador (Sara Reyes Bautista) al teléfono que aparece al final del documento, las 24 horas del día.

Si usted tiene preguntas relacionadas con sus derechos como participante de l estudio, puede comunicarse con la Presidente del Comité de Ética del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Dra. Estela García Elvira, al teléfono que aparece en la parte de abajo.

Investigador Principal: Sara Reyes Bautista Teléfono 0445510456459 (disponible las 24 hrs.), Presidente del Comité de Bioética: Dra. Estela García Elvira Teléfono: 2789200 ext. 1330. (lunes a viernes de 8:00 a 15:00 hrs.).





Anexo b

Test Mental de Pfeiffer

Antes de comenzar a llenar el cuestionario podría decirme por favor:

- (+) (-)
1. ¿Qué día es hoy? (día, mes, año)
 2. ¿Qué día de la semana es hoy?
 3. ¿Dónde estamos ahora?
 4. ¿Cuál es su número de teléfono? O ¿cuál es su dirección? (si no tiene teléfono)
 5. ¿Cuántos años tiene?
 6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes, año)
 7. ¿Quién es ahora el presidente de Gobierno?
 8. ¿Quién fue el anterior presidente de Gobierno?
 9. ¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?
 10. Reste de 3 en 3 al número 20 hasta llegar a 0

Puntuación:

0-4 Normal
5-7 Déficit cognitivo moderado
8-10 Déficit cognitivo severo

Tomado de Internet, disponible en: <https://binged.it/2mZuYJb>

Anexo C



Calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedad renal crónica



CUESTIONARIO DE DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Las siguientes preguntas se refieren a las condiciones sociales y económicas en las que usted vive y, a lo que usted piensa sobre su salud general y cómo ha influido la enfermedad renal crónica en ella.

Por favor conteste las preguntas del modo que mejor describan su situación actual. En este cuestionario no hay respuestas correctas e incorrectas, por lo cual le pedimos conteste lo más honestamente posible.

Asegúrese de contestar todas las preguntas y de generar sólo una respuesta para cada una de ellas, marcándola con una X.

Si duda entre dos respuestas, marque aquella que según su criterio es la más adecuada.

Si tiene alguna duda sobre el cuestionario, por favor coméntela al encuestador.

Gracias por su colaboración



NEFROLOGÍA
www.hgm.salud.gob.mx

Dr. Balmis 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, DF 06726

Con +52 (55) 2789 2000
Ext 1032

CUESTIONARIO SOBRE DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS

No. Folio: _____

Fecha: _____

Test Pfeiffer: _____

Lea con atención las siguientes preguntas y marque con una "X" la respuesta que describa su situación, sólo marque una respuesta por pregunta.

1. Tiempo de diagnóstico de la ERC: _____	2. Tipo de tratamiento actual: <input type="checkbox"/> Hemodiálisis <input type="checkbox"/> Diálisis peritoneal	3. Tiempo que tiene con el tratamiento actual: _____
---------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------

4. Edad: _____ años	5. Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	6. Estado civil: <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> viudo <input type="checkbox"/> unión libre	7. Lee y escribe: <input type="checkbox"/> sí, lee y escribe <input type="checkbox"/> no, sólo lee <input type="checkbox"/> no, sólo escribe <input type="checkbox"/> no, ninguno
-----------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8. Último grado de estudios: <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> preescolar <input type="checkbox"/> primaria <input type="checkbox"/> secundaria <input type="checkbox"/> preparatoria o bachillerato <input type="checkbox"/> carrera técnica <input type="checkbox"/> profesional <input type="checkbox"/> profesional con posgrado	9. Situación laboral actual: <input type="checkbox"/> si trabaja <input type="checkbox"/> no trabaja	10. Ocupación: Indique cuál es su ocupación (por ejemplo: carpintero, herrero, panadero, trabajador doméstico, maestro, etc.) _____
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	11. En caso de que sí trabaje, ese trabajo es: <input type="checkbox"/> temporal (por cierto tiempo, ocasional) <input type="checkbox"/> permanente	
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

12. Pertenece a algún grupo indígena: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	13. Es beneficiario de algún programa de apoyo social (comedores comunitarios, apoyo a mujeres, abasto rural, etc.) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cuál? _____	14. Lugar de origen: _____ _____
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

<p>15. Lugar de residencia actual</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>16. En su localidad hay servicios profesionales de salud (consultorio, hospital, clínica)</p> <p>() SI</p> <p>() NO</p>	<p>17. Esos servicios de salud son:</p> <p>() públicos</p> <p>() privados</p> <p>() ambos</p> <p>() no lo sé</p> <p>() no aplica</p>	
<p>18. Ha hecho uso de esos servicios de salud:</p> <p>() SI</p> <p>() NO</p> <p>() no aplica</p>	<p>19. La vivienda en la que originalmente habita es:</p> <p>() propia</p> <p>() prestada</p> <p>() alquilada</p>	<p>20. El material que predomina en esa vivienda es:</p> <p>() perdurable (cemento, piedra, ladrillo, adobe, barro)</p> <p>() mixto (perdurable y no perdurable)</p> <p>() no perdurable (madera, lámina, cartón)</p>	
<p>21. La vivienda que originalmente habita, cuenta con servicios básicos agua potable, luz eléctrica, drenaje, recolección de basura</p> <p>() todos</p> <p>() algunos</p> <p>() casi ninguno</p> <p>() ninguno</p>		<p>22. El lugar en el que habita es de tipo:</p> <p>() urbano (ciudad)</p> <p>() rural (campo)</p>	<p>23. Usted cuenta con el apoyo económico de alguien:</p> <p>() SI</p> <p>() NO</p> <p>¿Quién?</p> <p>_____</p>
<p>24. Vive o se reúne frecuentemente con su familia y/o amigos:</p> <p>() SI</p> <p>() NO</p>	<p>25. Cuenta con personas que se preocupen por lo que le sucede:</p> <p>() SI</p> <p>() NO</p> <p>¿Quién? _____</p>	<p>26. Acude a eventos culturales y/o religiosos y/o deportivos:</p> <p>() SI</p> <p>() NO</p>	<p>27. Cuenta con alguien a quien amar y hacer sentir querido:</p> <p>() SI</p> <p>() NO</p>
<p>28. El ingreso económico mensual con el que cuenta va de:</p> <p>() \$0-2,699</p> <p>() \$2,700-6,799</p> <p>() \$7,800-11,599</p> <p>() \$11,600-34,99</p>			
<p>29. Respecto al gasto de su enfermedad, considera que el ingreso económico mensual que percibe es:</p> <p>() Insuficiente</p> <p>() Moderadamente suficiente</p> <p>() Insuficiente</p>			

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Por favor lea cada una de las siguientes preguntas y marque la respuesta que mejor describa sus sentimientos. No olvide contestar todas las preguntas.

Aspecto físico						
Durante las últimas 4 semanas qué tanto le molestaron...						
	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo	No aplica
1. Los dolores musculares						
2. Tener dolor en el pecho						
3. Tener calambres						
4. Tener picazón o comezón en la piel						
5. La resequedad de su piel						
6. Tener (o sentir) falta de aire						
7. Los mareos						
8. Los desmayos						
9. Las náuseas						
10. Las molestias del estómago						
11. La falta de apetito						
12. Tener problemas con la fístula o el catéter						
13. Los cambios en su apariencia física (como se ve desnudo en el espejo)						



Funcionalidad

Durante las últimas 4 semanas, que tan *problemático* le ha sido, a usted, realizar las siguientes actividades, relacionadas con su trabajo u otras actividades cotidianas diarias, debido a su salud física actual

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
14. Actividades moderadas (como hacer las compras, mover una mesa, bañarse y cambiarse de ropa)					
15. Subir varios pisos por las escaleras, caminar largas distancias					
16. Realizar trabajo físico intenso (como limpiar la casa, las actividades en su empleo)					
17. Resistir al ajetreo diario (atender a la familia, transportarse de un lugar a otro, lidiar con el tránsito y la gente en la calle)					
18. Realizar la misma cantidad de actividades (en el hogar y en el trabajo), que hacía antes de su enfermedad					

Durante las últimas 4 semanas, con qué frecuencia...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
19. Encontró disminuida su capacidad para cumplir con sus tareas caseras					
20. Encontró disminuida su capacidad para cumplir con su trabajo					
21. Ha tenido la sensación de que se cansa físicamente con facilidad, al realizar sus actividades diarias.					



Funcionalidad

Durante las últimas 4 semanas, con qué frecuencia...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
22. Depende de otras personas para realizar sus actividades (como hacer compras, preparar su ropa de baño y el aseo)					
23. Su enfermedad del riñón interfiere en su vida cotidiana (como trabajar, estudiar, ayudar en el hogar, ir de un lugar a otro=)					

Vitalidad

Durante las últimas 4 semanas con qué frecuencia...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	siempre
24. Se sintió sin energía física para hacer sus actividades diarias (como bañarse, comer, salir de casa)					
25. Le costó animarse para hacer sus actividades diarias (en el hogar, el trabajo, y/o la escuela)					
26. Se sintió sin ganas (ánimo) de hacer nada					
27. Se sintió inactivo					
28. Se sintió cansado					
29. Se sintió débil					

Relaciones sociales

Durante las últimas 4 semanas qué tanto...

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
30. Su salud física actual dificultó sus actividades sociales cotidianas (como visitar amigos, parientes, etc.)					
31. Su estado emocional actual ha dificultado sus actividades sociales cotidianas (como visitar amigos, parientes, etc.)					
32. Su vida sexual se afectó (en frecuencia, intensidad y/o deseo) por su enfermedad del riñón					
33. Se ha sentido solo, incluso en compañía de otros					
34. Se ha sentido incomprendido por sus seres queridos					
35. Ha sentido que sus seres queridos NO lo toman en cuenta					
36. NO se ha sentido a gusto por pertenecer a su familia					
37. NO se ha sentido a gusto por pertenecer a su círculo de amigos					
38. Se mantuvo alejado de sus amigos, familiares y/o conocidos					
39. Le costó realizar algunas de las siguientes actividades con otras personas: platicar, jugar, salir de paseo, reír.					



Estado emocional

Durante las últimas 4 semanas, qué tanto ha podido...

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
40. Dedicarse a lo que le gusta					
41. Comer con apetito					
42. Disfrutar o alegrarse por algo o con algo que sucede en su entorno					
43. Hacer cosas que le hagan sentirse mejor (como platicar, darse algún gusto, acercarse a su religión)					

Durante las últimas 4 semanas qué tanto se ha sentido...

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
44. Frustrado al tener que ocuparse de su enfermedad del riñón					
45. Una carga para su familia					
46. Que es feliz					
47. De buen humor					
48. Deprimido a causa de la enfermedad					
49. Enojado por su enfermedad del riñón					
50. Asustado por su enfermedad					
51. Sin esperanzas y pesimista sobre el futuro debido a la enfermedad del riñón					
52. Preocupado a causa de la enfermedad					



Estado mental					
Durante las últimas 4 semanas qué tanto se ha sentido...					
	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
53. Intranquilo a causa de la enfermedad del riñón					
54. Tenso a causa de la enfermedad del riñón					
55. Distraído, inmerso en sus pensamientos					
Durante las últimas 4 semanas qué tanto se le ha dificultado...					
	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
56. Concentrarse en los asuntos importantes para usted y su familia					
57. Olvidarse por un momento de todas sus preocupaciones y relajarse					
58. Soportar las decepciones y enfados de la vida diaria					

Gracias por participar, su colaboración es muy importante





2016, Año del Nuevo Sistema de Justicia Penal

No. de Of. CE/2016/265

Ciudad de México a 18 de mayo de 2016

E.E.A.E.C. SARA REYES BAUTISTA

Servicio de Urología

Presente

Estimada E.E.A.E.C. Reyes:

Hacemos de su conocimiento que el Comité de Ética en Investigación aprobó su Protocolo titulado: **"CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS EN PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA"**.

La última versión ha sido aprobada por el Comité de Ética en Investigación de este Hospital el día 17 de mayo del presente, para su realización a cargo de usted en el Servicio Urología.

Así mismo, el Consentimiento Informado ha sido revisado y aprobado por ser empleado en este ensayo.

Toda vez que el Protocolo original, sufra modificaciones, éstas deberán someterse a este Comité para su re-aprobación.

Agradeciendo a usted renovar la autorización de su ensayo al año de emitido este oficio, debiendo presentar anexo a su solicitud, un resumen del desarrollo de la investigación a su cargo.

Una vez que concluya el estudio le solicitamos amablemente nos envíe un informe de los resultados obtenidos.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente
"A la Vanguardia en el Cuidado de la Vida"


DRA. ESTELA GARCÍA ELVIRA
Presidente del Comité de Ética en Investigación

EGE/LSF/adg*



DIRECCIÓN DE
INVESTIGACIÓN
www.hgm.salud.gob.mx

Dr. Balaris 145
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, DF 06726

T +52 (55) 5004 3842
Cen +52 (55) 2789 2000
Ext 1164