



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
División de Estudios de Posgrado

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DELEGACION 2 NORTE D. F.  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
No.94**

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EN DIALISIS PERITONEAL CONTINUA  
AMBULATORIA DE LA UMF No 94**

PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICO ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

**Presenta:**

**Dr. Rafael Alvarez Noriega**

Médico residente del tercer año del curso de especialización en medicina familiar

Matricula: 98368573

Correo electrónico: rafleess21@gmail.com

Cel. 5515926962

Teléfono 55179651

Calle. camino San Juan de Aragón 235. Casas Alemán GAM

**Investigador responsable**

**Dra. Esther Azcárate García**

Matrícula: 99362280

Médico cirujano especialista en medicina familiar.

Profesora titular de la especialidad de medicina familiar UMF no. 94 "ARAGON"

Camino antiguo San Juan de Aragón 235

Colonia Casas Alemán GAM

Teléfono: 57573289

Correo electrónico: esther.azcarateg@imss.gob.mx



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.

## AUTORIZACIONES

---

Dr. Alfredo Cabrera Rayo  
Coordinación Auxiliar Médica de Investigación en Salud

---

Dr. Humberto Pedraza Méndez  
Coordinación Atención Médica de Educación en Salud

---

Dr. Ángel Carvajal Suárez del Real  
Director de la UMF No. 94

---

Dr. Luis Álvaro Nogales Oseguera  
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF No.94 IMSS

---

Dra. Esther Azcárate García  
Profesor Titular del Curso de

---

Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo  
Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF  
No.94 IMSS

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias Dios, por darme todo lo que tengo.

Al gran amor de mi vida. María Elena por creer siempre en mí, ver más de lo que yo mismo podía ver, impulsarme en esta vida, y darme lo más hermoso que siempre tienes.

A Daniel y Luis los dos grandes motores que han impulsado mi día a día. Son lo más hermoso que ha pasado en mí.

A La señora Paulina. Donde quiera que esté. Sabrá que cumplimos.

A mi Madre, autora de mis días, mi ayuda en tiempos difíciles. mi incondicional.

A Jessy, mi alma gemela. Mi hermoso amor.

A mis hermanos que son un oasis en el desierto de la incertidumbre.

A mis amigos. Hermanos que la vida me dio. Sonia; Alma; Jesús. Gracias por enseñarme a ser mejor persona, con su gran ejemplo de trabajo y dedicación.

## ÍNDICE.

RESUMEN INTEGRADO.....	5
MARCO TEORICO.....	7
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	9
CALIDAD DE VIDA.....	10
ENFERMEDAD RENAL CRONICA. ....	12
ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y CALIDAD DE VIDA .....	14
MEDICION DE LA CALIDAD DE VIDA.....	15
JUSTIFICACION.....	21
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
PREGUNTA DE INVESTIGACION .....	23
OBJETIVOS.....	23
EXPECTATIVA EMPIRICA.....	23
VARIABLES.....	24
MATERIALES Y METODOS.....	25
UNIVERSO DE ESTUDIO.....	26
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	26
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	30
RESULTADOS.....	32
ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	40
CONCLUSIONES.....	40
SUGERENCIAS.....	41
BIBLIOGRAFIA.....	43.
ANEXOS.....	46

## RESUMEN INTEGRADO

### CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EN DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA DE LA UMF No 94

**Antecedentes:** La enfermedad renal crónica contribuye con 85,000 muertes al año según la OMS, la diabetes y la hipertensión así como el envejecimiento de la población son los principales factores de riesgo para desarrollarla.

Mejorar la prevención, el pronóstico, el tratamiento, así como la calidad de Vida de los individuos que la padecen, se ha convertido en un reto para la comunidad científica nacional e internacional.

**Objetivo:** conocer la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria en la unidad de medicina familiar 94 del IMSS.

**Material y métodos:** Es un estudio observacional, descriptivo prospectivo de corte transversal. En adultos de la unidad de medicina familiar número 94 que se encuentren en tratamiento en diálisis peritoneal continua ambulatoria. Se midió la calidad de vida mediante el cuestionario SMF36, con los datos obtenidos se realizó un análisis estadístico descriptivo y se presentaron resultados por medio de gráficos y tablas.

**Recursos e infraestructura:** Pacientes derechohabientes del IMSS, áreas físicas de la unidad, computadora personal y con finanzas a cargo del investigador.

#### Resultados

Total de pacientes 111. 60 masculinos (54.1%) y 51 femeninos (45.9%), tiempo de tratamiento en diálisis menos de un año 23 (20.72%), 1-2 años: 35 (31.53%), 2-4 años 32 (28.83%), 4-5 años:8 (7.21%), más de 5 años:13 (11.71%) calidad de vida mala 32 (28.8%), regular 66(59.5), buena 13(11.7%). Del género masculino 58.3% indicaron tener una regular calidad de vida. mala calidad de vida el 5.0% y buena calidad de vida 36.7%. De las mujeres 60.8% con regular calidad de vida, 19.6% con buena calidad de vida y con mala calidad de vida 19.6%

en relación al tiempo de diálisis y la calidad de vida los participantes de 2 a 4 años de diálisis reportaron una mejor calidad de vida respecto a los demás grupos con un promedio de 18.8% (6). De 1 a 2 años de diálisis es el grupo que más reporto

regular calidad de vida con 18.9% (21) y de 1 a 2 años de diálisis es el grupo que reportaron una mala calidad de vida 31.4% (11).

### **Conclusiones**

La calidad de vida de los pacientes fue regular. 79 participantes que corresponde al 71.2% de la muestra indico tener una regular a buena calidad de vida. y solo 32 participantes 28.8% indicaron tener mala calidad de vida.

El género que reporta una mejor calidad de vida es el femenino con 41 pacientes indicando una regular a buena calidad de vida representando el 80.4% de las mujeres, el género masculino reporta un total de 28 pacientes con regular a buena calidad de vida siendo el 58.8% del total de los hombres.

Los hombres reportan una mala calidad de vida en un 36.7% con 22 pacientes mientras que las mujeres solo el 19.6%, con 10 participantes.

La calidad de vida de los pacientes en relación al tiempo de diálisis fue inversamente proporcional, lo que representa que a mayor tiempo de tratamiento la percepción de los pacientes en cuanto a su calidad de vida se ve disminuida.

**Tiempo de desarrollo:** 1 año.

**Palabras clave:** Diálisis peritoneal. Calidad de vida. Enfermedad renal crónica.

- 1- Médico familiar profesor titular de la residencia UMF 94 IMSS
- 2- Médico residente de tercer año de Medicina Familiar

## **MARCO TEORICO**

### **Introducción**

La práctica de la Salud Pública tiene entre sus metas preservar la calidad de vida a través de la promoción de la salud, la prevención y la recuperación psicológica, física, y social de las enfermedades.<sup>1</sup>

En este sentido, los pacientes con enfermedad renal crónica requieren de evaluaciones relacionadas con la mejoría o el deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida, dado que la enfermedad renal es una de las condiciones que más afectan la salud de los individuos y las poblaciones como resultado de varias enfermedades. Que tienen en común el deterioro progresivo e irreversible de la función renal.

El envejecimiento de la población tiene como consecuencia un incremento en la incidencia de enfermedades crónico degenerativas, lo cual presenta una serie de nuevos retos tales como una demanda creciente en los servicios médicos y un impacto económico significativo en los sistemas de salud. La enfermedad renal crónica está relacionada directamente con la hipertensión, la diabetes y las dislipidemias, enfermedades que han alcanzado proporciones epidémicas en nuestro país. El avance científico y tecnológico ha tratado de responder a estas necesidades cambiantes de salud, mientras que los sistemas de salud enfrentan el desafío de desarrollar programas de detección oportuna para la enfermedad renal crónica (ERC).<sup>2</sup>

La Sociedad Internacional de Nefrología y la organización mundial de la salud (OMS) consideran que la enfermedad renal crónica es la clave de los resultados deficientes en el tratamiento de la diabetes y de algunas enfermedades cardiovasculares, como la hipertensión arterial. Se propone incorporar la prevención de la enfermedad renal crónica a los programas de prevención del primer nivel de atención.

En México, como en la mayor parte del mundo, se ha observado un incremento importante en la prevalencia e incidencia de la enfermedad renal crónica. En la actualidad se considera una pandemia que afecta, aproximadamente, al 10% de la



población adulta en diferentes partes del mundo. De acuerdo con las últimas estadísticas establecidas por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la incidencia de pacientes con enfermedad renal crónica es de 377 casos por millón de habitantes y la prevalencia de 1,142. En la actualidad existen alrededor de 52,000 pacientes en terapias sustitutivas, de los que 80% se atienden en esta institución .<sup>3</sup>

La enfermedad renal crónica se define como la disminución de la función renal, expresada por una tasa de filtración glomerular (TFG)  $<60$  ml/min/1.73m<sup>2</sup> o como la presencia de daño renal (alteraciones histológicas, albuminuria-proteinuria, alteraciones del sedimento urinario o alteraciones en pruebas de imagen) de forma persistente durante al menos tres meses.<sup>4</sup>

La población con enfermedad renal crónica se incrementa progresivamente, mejorar la prevención, el pronóstico, el tratamiento, así como la calidad de vida de los individuos que la padecen, se ha convertido en un reto para la comunidad científica nacional e internacional.

Para la OMS, la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de 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 amplio que está influido de un 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.

Las personas con enfermedad crónica requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida. Las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la calidad de vida, dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de su salud. El presente estudio se realizara para conocer la calidad de vida en los pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal de la unidad de medicina familiar 94.<sup>6</sup>

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La calidad de vida relacionada con la salud se puede afectar en personas con enfermedad renal crónica, varios estudios han tratado de determinar la relación con las variables y los datos sociodemográficos. Barros-Higgins L, Heraz Beltran <sup>7</sup> en un estudio analítico de corte transversal realizado en 80 pacientes con enfermedad renal crónica. Mediante la aplicación de un cuestionario Kidney Disease Quality of Life. Determinaron que la enfermedad renal crónica tiene una carga sobre la calidad de vida de los pacientes en términos de salud física, salud mental, y carga en la enfermedad que se relaciona negativamente con el tiempo de diagnóstico de la enfermedad renal.

Por su parte D. Sanz Guajardo, L. Orte y cols.<sup>8</sup> estudiaron la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica. La Influencia de la intervención precoz del nefrólogo y de la consulta de predialisis, mediante un estudio prospectivo, predictivo y transversal a 171 pacientes con enfermedad renal crónica de cualquier etiología antes de la intervención con diálisis mediante el cuestionario de salud SF-36, concluyendo que la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica en la fase previa al comienzo del tratamiento con diálisis, es muy inferior a la de la población de referencia, incluso después de ajustar por edad y sexo. En función del mayor o menor tiempo que fueron controlados por un nefrólogo. Lo que pone de manifiesto la necesidad de intervenir oportunamente en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad.

Rebollo Rubio, Morales Ascencio y cols.<sup>9</sup> en una revisión de estudios sobre la calidad de vida, relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. Encontraron que la calidad de vida se ve afectada de forma importante en pacientes que reciben tratamiento sustitutivo de la función renal. Estos resultados se muestran independientes del instrumento usado para medir la calidad de vida y de otras variables a lo largo de los distintos estudios, siendo el instrumento más utilizado por sus características el cuestionario SF-36 siendo de tipo observacional transversal en un 84.9% de los estudios.

Pabón Varela, Kimberly Saray et al.<sup>10</sup> Mediante una revisión bibliográfica, y la selección de artículos de las diversas bases de datos, concluyeron que el instrumento más apto para la medición de la calidad de vida implementado y validado es el SF-36 y se considera que dentro de la terapia renal sustitutiva, la diálisis peritoneal es aquella que afecta en menor magnitud la calidad de vida del individuo, porque permite un mejor desarrollo de su cotidianidad desde la perspectiva de la bioética en comparación con la hemodiálisis.

Se puede concluir que la calidad de vida está directamente relacionada con la salud en general, la interacción social, familiar y por último de la percepción propia respecto a la vida.

## **CALIDAD DE VIDA**

Es la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la calidad de vida como la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones.<sup>11</sup>

El término calidad de vida se remonta al siglo pasado, cuando la idea del Estado de bienestar, que deriva de los desajustes socioeconómicos procedentes de la Gran Depresión de los años 30, evoluciona y se difunde sólidamente en la posguerra (1945- 1960), en parte, como producto de las teorías del desarrollismo económico y social (keynesianas), que reclamaban el reordenamiento geopolítico y la reinstauración del orden internacional, una vez consumada la segunda guerra mundial.<sup>12</sup>

Algunos autores han tratado de definir el término de calidad de vida, Ferrans (1990) Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.

Hornquist (1982) Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.

Shaw (1977) Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual:  $QL = NE \times (H + S)$ , en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. Críticas: la persona no evalúa por sí misma, y no puede haber cero calidad de vida.

Lawton (2001) Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.

Haas (1999) Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.

Bigelow et al., (1991) Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.

Calman (1987) Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.

Martin & Stockler (1998) Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.

Opong et al., (1987) Condiciones de vida o experiencia de vida. Expresión de un modelo conceptual que intenta representar la perspectiva del paciente en términos cuantificables, la cual depende de su experiencia pasada, su estilo de vida presente, sus esperanzas y ambiciones para el futuro <sup>13</sup>

Vosvick et al; definen calidad de vida funcional en términos de cinco dominios: funcionamiento físico, energía/fatiga, funcionamiento social, funcionamiento del rol y salud general y dolor. Plantean que la habilidad de mantener un nivel de bienestar en estos dominios es esencial para una alta calidad de vida en personas viviendo con enfermedades crónicas, tales como cáncer o síndrome de inmunodeficiencia adquirida. <sup>14</sup>

Las personas con enfermedad crónica requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida. Las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la calidad de vida, dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de su salud.

## **ENFERMEDAD RENAL CRONICA.**

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública. La manifestación más grave de la ERC, la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) subsidiaria de tratamiento sustitutivo mediante diálisis o trasplante renal, presenta una incidencia y una prevalencia crecientes desde hace dos décadas. Se estima que por cada paciente en un programa de diálisis o trasplante puede haber 100 casos de ERC menos grave en la población general. <sup>15</sup>

Se define como la disminución de la función renal, expresada por una tasa de filtración glomerular (TFG)  $<60 \text{ ml/min/1.73m}^2$  o como la presencia de daño renal (alteraciones histológicas, albuminuria-proteinuria, Alteraciones del sedimento urinario o alteraciones en pruebas de imagen) de forma persistente durante al menos tres meses <sup>16</sup>

El termino de enfermedad fue utilizado para cambiar la visión que se tenía de la enfermedad renal crónica sólo como una condición de riesgo, por un modelo conceptual de enfermedad, así como para enfatizar la necesidad de acciones que mejoren los resultados en relación a la prevención, detección, evaluación y tratamiento de esta enfermedad.

Por otro lado, un periodo de tiempo mayor de 3 meses con una TFG disminuida o con marcadores de daño renal presentes, sugiere, en base a un juicio clínico prudente, la cronicidad de la enfermedad en ausencia de niveles de TFG o marcadores de daño renal previos.

Se estima que en el mundo la incidencia y prevalencia de la insuficiencia renal crónica han aumentado en las últimas 3 décadas, así como los costos derivados de su tratamiento.

De acuerdo al reporte de salud mundial de la organización mundial de la salud y al proyecto de carga global de la enfermedad, las enfermedades renales y del tracto urinario contribuyen con aproximadamente 850,000 muertes cada año.

Estas enfermedades son la décima causa de muerte en nuestro país contribuyendo con el 28% de todas las muertes. La diabetes, la hipertensión arterial sistémica y la enfermedad renal crónica contribuyen con el 60% de la mortalidad y aproximadamente con el 47% de los gastos de salud a nivel mundial. Se estima que para el 2020 estas tres entidades serán las principales causas de muerte y discapacidad, sobre todo en países en desarrollo.

El costo del tratamiento de la enfermedad renal crónica es extremadamente caro. En países como Estados Unidos, el tratamiento de esta entidad en el año 2007 fue de 24 mil millones de dólares en el sistema medicare. En México en el 2005, en el instituto mexicano del seguro social (IMSS) el 21% del gasto total del programa seguro de enfermedades y maternidad se invirtió en tan solo 0.7% de los derechohabientes, cifra que correspondió a la población con insuficiencia renal crónica terminal de esta institución <sup>17</sup>

De acuerdo con un estudio realizado por la universidad nacional autónoma de México (UNAM), en la actualidad 9.5 millones de personas padecen enfermedad renal, de los cuales 129 mil presentan un estado crónico <sup>18</sup>

Estadísticas nacionales revelan que la incidencia anual de la enfermedad en el país es de 40 mil personas; y se estima que para el 2025 el número de nuevos casos en su etapa terminal se incrementará en un 65.9 por ciento.

Se calcula que la enfermedad alcanzará su número máximo de casos para el año 2043 y representará una inversión de 20 mil millones de pesos.<sup>19</sup>

La historia natural de la diabetes mellitus incluye situaciones que comprometen el control en los pacientes y condicionan la presentación de complicaciones agudas y crónicas. La diabetes se asocia con el desarrollo de lesiones microvasculares (nefropatía, retinopatía y neuropatía) y macrovasculares (cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral y enfermedad vascular periférica). Es la primera causa de ceguera, de insuficiencia renal crónica y de amputación no traumática de miembros inferiores. Condiciona muertes prematuras e implica costos elevados de atención y hospitalización.<sup>20</sup>

Factores de riesgo como: la hipertensión arterial, la diabetes, la enfermedad vascular y la dislipidemia, unidos al propio envejecimiento, han conseguido cambiar la visión epidemiológica de la enfermedad renal crónica. Son elementos altamente prevalentes, íntimamente ligados a la etiología de la enfermedad, siendo por ello responsables de un incremento de la morbimortalidad cardiovascular por dicha causa, en relación a la población general.

## **ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y CALIDAD DE VIDA**

El paciente con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento con diálisis, suele sufrir cambios psicológicos, sociales, en su estilo de vida y también en su vida espiritual, que no sólo le afectan a él, sino a toda su familia. Es por este motivo, que es trascendental estudiar la calidad de vida de este tipo de pacientes, ya que nos permite analizar en qué medida la vida de un paciente es afectada por las diferentes intervenciones que requieren y por los daños que les provoca la enfermedad y/o tratamiento.

Con esto se genera información para contribuir de la mejor forma posible a la satisfacción de las necesidades de los pacientes y por otra, permitir que los profesionales de la salud consideren cómo afecta la enfermedad a las personas integralmente, para poder realizar intervenciones más adecuadas.

La insuficiencia renal crónica terminal somete al paciente a múltiples limitaciones, sin lugar a dudas la capacidad de trabajar es una de éstas, a lo que se agrega en nuestro país la realidad socioeconómica, que combina ausencia de soporte social, altos niveles de desocupación y disminución o carencia de ingresos familiares.

Por todo esto se produce una grave afectación en la calidad de vida de los pacientes a través de aspectos tales como estado nutricional, fallas en la autoestima, depresión, imposibilidad de adquirir medicamentos, acceder a estudios complementarios, sostener a sus familias y otras.

El desarrollo de las técnicas dialíticas ha producido un efecto mayor sobre la duración de la sobrevida de estos pacientes. Sin embargo, en sistemas cada vez más influenciados por el aspecto económico y el alto costo de los tratamientos, en algunas oportunidades se pone en duda la justificación de los mismos y queda aún pendiente dilucidar su verdadero impacto sobre otro aspecto fundamental como es la calidad de vida del paciente con insuficiencia renal crónica terminal.

### **Medición de calidad de vida**

La calidad de vida es un concepto, polivalente y multidisciplinario, cuyas acepciones principales se han efectuado desde diferentes disciplinas y saberes: médicas, filosóficas, económicas, éticas, sociológicas, políticas y ambientales.

La medicina la asocia con la salud psicosomática del organismo, la funcionalidad, la sintomatología o la ausencia de enfermedad.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), más utilizada en ciencias de la salud, evalúa la repercusión de la enfermedad o estado de salud, su tratamiento y otros cuidados sanitarios en la dimensión social y personal del paciente.

La calidad de vida recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación



del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad. Incluye la evaluación de elementos subjetivos, se requiere de un método consistente para recabar información del individuo.

El objetivo primordial de la utilización y medición de la calidad de vida consiste en proporcionar una valoración más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo, y un conocimiento más preciso de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la asistencia sanitaria. Las mediciones de calidad de vida pueden usarse para planear programas de tratamiento a corto plazo y para evaluar a grupos con diagnósticos específicos.

Estas evaluaciones pueden estar basadas en encuestas directas con referencia al inicio de la enfermedad, al diagnóstico y a los cambios de síntomas en los últimos meses, principalmente en aquellos pacientes con enfermedades crónicas con tratamientos paliativos, y que confieran beneficios en la calidad de vida.

Existen maneras de cuantificar la calidad de vida. Las medidas de desenlace varían desde aquellas que son objetivas y fáciles de medir, como la muerte; otras que se basan en parámetros clínicos o de laboratorio (insuficiencia de un órgano), hasta aquellas que se basan en juicios subjetivos.

Debido a que algunos de los componentes de la calidad de vida no pueden ser observados directamente, éstos se evalúan a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas.

Cada pregunta representa una variable que aporta un peso específico a una calificación global, para un factor o dominio. En teoría, se asume que hay un valor verdadero de la calidad de vida y que puede medirse indirectamente por medio de escalas.

Cada uno de los dominios (físico, mental o social) que conforman el término calidad de vida puede ser medido en dos dimensiones; la primera, compuesta por una evaluación objetiva de la salud funcional, y la segunda, por una percepción subjetiva de la salud.

Hornsquist<sup>21</sup> define las áreas que engloban el concepto de calidad de vida e indica los siguientes aspectos o dimensiones que conforman la estructura de la calidad de vida:

- Físico
- Psicológico
- Social
- Actividades
- Material
- Estructural

Para medir la CV se utilizan cuestionarios que previamente han demostrado su capacidad para medirla. Estos cuestionarios suelen combinar indicadores subjetivos y objetivos de calidad de vida

Ejemplos de indicadores subjetivos de calidad de vida:

- Sentido de bienestar
- Satisfacción global con la vida
- Afectos
- Vida sexual
- Papel - participación social (matrimonio, amigos, hijos, religión)
- Apetito
- Participación en actividades diarias
- Cumplimiento en el trabajo

Indicadores objetivos:

- Desempleo
- Tipo de ocupación: tiempo completo o parcial
- Días de hospitalización

- Horas de sueño nocturno
- Número de actividades realizadas en el día
- Nivel de dolor
- Frecuencia de relaciones sexuales

El estado funcional y la calidad de vida del paciente crónico, van a ser el resultado de la integración de factores de la propia personalidad y motivación del paciente, los síntomas motivados por la enfermedad crónica, los efectos secundarios de la medicación recibida, las condiciones medioambientales, el apoyo social y el nivel económico en que el paciente se desenvuelve.

## **Instrumento de medición**

### **Cuestionario SF 36**

El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el estudio de los resultados médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general.

Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales. Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental <sup>22</sup>

Consta de 36 temas, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; limitaciones del rol: de problemas físicos; limitaciones del rol: problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud

general. Existe un elemento no incluido en estas ocho categorías, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año:

Para su evaluación se han propuesto dos formas diferentes de puntuación:

El Rand Group estableció una graduación de las respuestas para cada tema desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, ya que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta.

El Health Institute otorga diferentes pesos específicos a cada respuesta, según unos coeficientes que no siguen una distribución lineal.

Las características de las puntuaciones son como siguen:

Los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayor sea, mejor estado de salud.

El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100.<sup>23</sup>

#### Propiedades psicométricas

Las características básicas que definen a un buen instrumento de medida de la CVRS según Donovan et al. (1989) son: a) válido, en el sentido de ser capaz de medir aquellas características que se pretende medir y no otras; b) preciso o fiable, es decir con un mínimo error de medida; y c) sensible, que sea capaz de detectar cambios tanto entre diferentes individuos como en la respuesta de un mismo individuo a lo largo del tiempo (sensibilidad al cambio.).<sup>24</sup>

De las características de un instrumento de CVRS anteriormente mencionadas, probablemente la validez es la característica más importante que debe exigirse a un buen cuestionario. El concepto de validez se puede desglosar en tres aspectos diferentes: validez de criterio, validez de contenido y validez de constructo. La validez de criterio, significa que el cuestionario es adecuado al problema que se quiere medir. Esto se comprueba comparando el instrumento con un patrón de referencia o Gold standard<sup>25</sup>

La segunda de las características de un instrumento es la fiabilidad o capacidad para medir lo mismo en repetidas ocasiones bajo las mismas condiciones. La opción básica para medir la fiabilidad interna de un instrumento es el coeficiente alfa de Cronbach <sup>26</sup>

La tercera característica de un instrumento de CVRS es la sensibilidad al cambio. Un instrumento de CVRS debe ser capaz de detectar cambios en la CV, cuando los haya, especialmente cuando se utiliza para medir la efectividad de un tratamiento.

Es necesario señalar que el SF-36 no incluye algunos conceptos importantes, como trastornos del sueño, la función cognitiva, la función familiar o la función sexual.

¿Cómo se elabora?

1. Se trata de un cuestionario auto administrado, aunque también se ha utilizado mediante un entrevistador, a través del teléfono o mediante soporte informático.
2. Si es auto administrado se debe contestar como se indica en el formato. En el caso de ser administrado por otra persona, se deben realizar las preguntas y leer las respuestas como están anotadas, para evitar sesgos del entrevistador, por interpretación de las mismas.<sup>27</sup>
3. Formato: (anexo 1)

Este instrumento contiene 36 ítems que cubren principalmente dos áreas:

El Estado Funcional, representado por las dimensiones: Función Física (10 ítems), Función Social (2 ítems), Rol Físico (4 ítems) y Rol Emocional (3 ítems). El Estado Bienestar, incluye las dimensiones de Salud Mental (5 ítems), Vitalidad (4 ítems) y Dolor (2 ítems).

Finalmente, un área que no se incluye para determinar la percepción de la Calidad de Vida, pero es igualmente importante en la determinación del estado de salud de la persona, es la Evaluación General de la Salud, que incluye la dimensión de la Percepción de la Salud General (5 ítems) y el Cambio de la Salud en el Tiempo (1) ítem, que no forma parte de la puntuación final de esta área.<sup>28</sup>

## JUSTIFICACION

El instituto Mexicano del seguro social IMSS a través de 212 hospitales generales y regionales así como 13 unidades médicas de alta especialidad distribuidos en territorio nacional brinda una cobertura de atención medica mediante terapia sustitutiva de la función renal (TSFR) al 73% de los pacientes bajo tratamiento dialítico en México.

Estudios realizados en el IMSS reportan que en el 2014 se encontraban en tratamiento sustitutivo de la función renal en el IMSS Un total de 55 101 pacientes de los cuales 17 404 se encontraban en (diálisis peritoneal continua ambulatoria) DPCA el resto correspondían a las categorías de hemodiálisis y diálisis peritoneal automatizada.<sup>29</sup>

El costo anual por paciente calculado en otro estudio indica que el costo por persona en DPCA fue de 48 672 pesos anuales, un total de 861 896 088 de pesos. En la población de DPCA en total a los pacientes con TSFR se realizó un gasto total de 5 608 290 622.00 pesos en 2014,<sup>30</sup> costo elevadísimo para tratar a una población que se encuentra en constante crecimiento. Aunado a esto las complicaciones propias del padecimiento entre las que se encuentran la peritonitis, sobrecarga hídrica, complicaciones mecánicas del catéter, infección del túnel del catéter, infecciones respiratorias, desequilibrio hidroelectrolítico y afecciones cardiacas entre otras.

La situación actual representa un verdadero reto al instituto y al sistema nacional de salud mexicano. Conocer la calidad de vida de estos pacientes y ayudarlos a mejorar el manejo integral del paciente desde el primer nivel de atención, mejorara aspectos de la calidad de vida de estos pacientes, siendo reflejado en un ahorro importante para el instituto debido al alto costo de las complicaciones.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El incremento en la esperanza de vida han propiciado la aparición de padecimientos crónicos degenerativos altamente demandantes de servicios de salud. De ellos destacan los cardiovasculares al ocupar los primeros lugares de atención, en particular, las enfermedades renales y del tracto urinario contribuyen con aproximadamente 850,000 muertes cada año.

El costo del tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) es extremadamente caro. En países como estados unidos, el tratamiento de esta entidad en el año 2007 fue de 24 mil millones de dólares en el sistema medicare. En México en el 2005, en el instituto mexicano del seguro social (IMSS) el 21% del gasto total del programa seguro de enfermedades y maternidad se invirtió en tan solo 0.7% de los derechohabientes, cifra que correspondió a la población con IRCT de esta institución

La insuficiencia renal crónica terminal somete al paciente a múltiples limitaciones, sin lugar a dudas la capacidad de trabajar es una de éstas, a lo que se agrega en nuestro país la realidad socioeconómica, que combina ausencia de soporte social, altos niveles de desocupación y disminución o carencia de ingresos familiares. Por todo esto es que se ve a diario, una grave afectación en la calidad de vida de los pacientes a través de aspectos tales como estado nutricional, fallas en la autoestima, depresión, imposibilidad de adquirir medicamentos, acceder a estudios complementarios, sostener a sus familias y otras.

Lo anterior señala la magnitud del padecimiento y su impacto no solo en el área de la epidemiología y la salud pública sino en el aspecto económico y específicamente en el relacionado con los recursos disponibles en el sector salud.

El conocer la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica, en diálisis peritoneal de esta unidad sería importante, ya que ayudaría al mejoramiento de su salud, disminución de complicaciones, secuelas, costo de la atención del paciente ambulatorio y hospitalizado

## **PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿Cuál es la calidad de vida en pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria de la UMF No 94?

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar la calidad de vida en pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria de la UMF No 94

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Reconocer el género con mayor afección de calidad de vida, en pacientes de la unidad de medicina familiar número 94 en diálisis peritoneal continua ambulatoria.
- Conocer la relación entre el tiempo de evolución y la calidad de vida en pacientes de la unidad de medicina familiar número 94 en diálisis peritoneal continua ambulatoria.

### **EXPECTATIVA EMPIRICA**

Existe una mala calidad de vida en la mayoría de los pacientes de la unidad de medicina familiar número 94 del IMSS en diálisis peritoneal continua ambulatoria



## **VARIABLES**

### **Variables de estudio**

Calidad de vida: Se define como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia en el contexto cultural del sistema de valores en los que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes, para fines del estudio es el resultado de efectos funcionales de una enfermedad y su terapia sobre un paciente, percibido por el mismo

Sus indicadores son 8 dimensiones del estado de salud: función física, función social, limitaciones del rol por problemas físicos, limitaciones del rol por problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general.<sup>31</sup>

### **Definición operacional de la variable**

Es una variable de tipo cualitativo, en escala de medición ordinal, y dicotómica con las categorías de buena, regular y mala calidad de vida.

### **Variables descriptoras.**

**Edad:** se define como Tiempo de vida transcurrido de un individuo desde su nacimiento a la fecha actual<sup>32</sup>, para fines del estudio son los años cumplidos desde su nacimiento hasta el momento del estudio. Sus indicadores son años cumplidos, es una variable de tipo cuantitativa, en escala de medición en años cumplidos, el estudio analiza pacientes mayores de 18 años.

**Género:** se define como las diferencias físicas y constitutivas observadas en el hombre y la mujer<sup>33</sup>, para fines del estudio son las Características fenotípicas de cada participante, es una variable de tipo cualitativa, dicotómica, y con las categorías de masculino y femenino.

**Años de diálisis:** se define como el tiempo transcurrido desde la colocación de catéter de diálisis e inicio de la misma, hasta el momento actual.<sup>34</sup> Para fines del estudio es el Tiempo que lleva el paciente en diálisis, sus indicadores son años de dializarse, es una variable de tipo cuantitativa en escala de medición en años, y con las categorías de 1 mes a 1 año, de 2 a 3 años, de 3 a 4 años, de 4 a 5 años y más de 5 años.

## **MATERIALES Y METODOS**

El estudio se realizó en el servicio de consulta externa de la unidad de medicina familiar No 94 del instituto mexicano del seguro social, de la delegación 2 norte.

### **UNIVERSO DE ESTUDIO**

Pacientes con enfermedad renal crónica de la unidad de medicina familiar numero 94

### **POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Pacientes con enfermedad renal, en tratamiento con diálisis peritoneal, mayores de edad, ambos sexos, derechohabientes de la unidad de medicina familiar número 94 del IMSS que se encuentren inscritos en el programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria.

### **DISEÑO DE ESTUDIO**

- a). Observacional.
- b). Descriptivo.
- c). Prospectivo.
- d). Transversal.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **Criterios de inclusión**

- Pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con diálisis peritoneal, mayores de edad adscritos a la unidad de medicina familiar 94
- Pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con diálisis peritoneal, mayores de edad, de ambos géneros.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal menores de edad.
- Los pacientes que no aceptaron participar en el estudio.
- Pacientes que no pudieron ser localizados para la elaboración del cuestionario

### **Criterios de eliminación**

- Pacientes que desistieron de seguir participando en el estudio.
- Pacientes que se encontraron hospitalizados al momento del cuestionario.

## **MUESTRA DE ESTUDIO**

El procedimiento para obtener la muestra de este estudio es por censo: se consultó la base de datos de la unidad de medicina familiar número 94, para identificar los pacientes con el diagnóstico de enfermedad renal crónica, inscritos en el programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria. Mediante el servicio trabajo social de la unidad, se localizó vía telefónica a los pacientes para solicitarles previa información y presentación de consentimiento informado su participación en el estudio.

El muestreo fue realizado con el total de pacientes que se encuentran inscritos en el programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria derechohabientes de la unidad de medicina familiar número 94 del instituto mexicano del seguro social.

La muestra cuenta con 114 pacientes, todos derechohabientes de la unidad de medicina familiar 94.

De los cuales 3 se excluyeron por ser menores de edad, que se encuentran en protocolo de trasplante.

### **PROGRAMA DE TRABAJO**

Se elaboró el protocolo en los meses de marzo a octubre del 2016 iniciando en marzo y abril, con la preparación del protocolo de investigación, mayo a julio se realizó la selección del instrumento de medición y prueba piloto. La recolección y captura de la información se ejecutó acorde al cronograma de actividades. (Anexo 1)

### **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO**

El estudio investigo la medición de calidad de vida en los pacientes que cursen con enfermedad renal crónica y que se encuentren en tratamiento con diálisis peritoneal, ambulatoria, en los pacientes adscritos en la consulta externa de la unidad medicina familiar No. 94 del IMSS.

Se realizó la búsqueda de expedientes por medio del sistema ARIMAC identificando todos los pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica, que hayan sido reportados en el censo del servicio de diálisis, para posteriormente seleccionar los casos a estudiar.

Con el apoyo de las asistentes médicas se localizaron los expedientes, se citó por medio del servicio de trabajo social a los pacientes un día y hora específico en el aula 1 para entrevista y aplicación de hoja de recolección de datos y cuestionario SF-36. La aplicación de los instrumentos fue por medio de cuestionario y entrevista clínica para corroborar la disposición del paciente y previo llenado del consentimiento informado.

Los datos obtenidos se captaron en una base de datos computacional en programa SPSS versión 20.

Se utilizó estadística descriptiva para el análisis y se presentaron las variables de estudio por medio de tablas y gráficas, y para las variables cuantitativas se realizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda).

Con los resultados obtenidos se realizó la discusión correspondiente y se redactó el escrito para su posible publicación.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

### **Riesgo de la investigación**

El estudio se encuentra regido por los lineamientos internacionales de buenas prácticas clínicas, lineamientos nacionales bajo la supervisión de la comisión federal para la protección contra riesgos sanitarios (COFEPRIS), así como las reglas internas institucionales. Se contempla con un riesgo mínimo, debido a que es un estudio observacional, ya que se basa en la aplicación de cuestionarios.

### **Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto**

El beneficio de dicho estudio es evaluar la calidad de vida en los pacientes que se encuentren en tratamiento de diálisis peritoneal continua, para poder orientar al paciente en los aspectos que pueden mejorar su calidad de vida. e incidir en la prevención de complicaciones propias del padecimiento.

## **Confidencialidad**

De acuerdo a las normas nacionales e internacionales, los registros deberán ser anónimos, es decir se establecerá un código para identificar a los pacientes.

## **Condiciones para el consentimiento informado**

Los términos para la participación se explicarán en el lenguaje coloquial en el consentimiento informado (anexo2), lo cual realizo el investigador, quien explico este documento hasta cerciorarse que el paciente y los testigos han entendido cabalmente lo que se les ha explicado. El paciente se invita a participar en el estudio y deberá de entender que puede acceder o no, asimismo que puede seguir o salir del estudio en el momento que él lo desee con la seguridad de que no tendrá represión alguna, además de que se les explicará que los investigadores no forman parte de la atención médica que recibe en el instituto.

## **Balance riesgo beneficio**

El estudio no representa ningún riesgo para el participante, por otra parte, pueden tener el beneficio de conocer la calidad de vida, lo cual puede permitir implementar actividades preventivas para mejorar la calidad de vida y prevenir complicaciones.

## **RECURSOS**

- Humanos: investigadores involucrados.
- Físicos: instalaciones de la UMF No. 94.
- Materiales: artículos de papelería.
- Tecnológico: equipo de cómputo.
- Financieros: aportados por el investigador.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se utilizó estadística descriptiva para el análisis y se presentaron las variables de estudio por medio de tablas y gráficas, y para las variables cuantitativas se realizó medidas de tendencia central (media, mediana, moda) a través del programa SPSS versión 20.

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**  
**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EN DIALISIS PERITONEAL CONTINUA**  
**AMBULATORIA DE LA UMF No 94**

Actividades	Año	2016								
	Mes	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept	oct	nov
Elaboración del protocolo	P	P	P							
	R	R	R							
Selección del instrumento	P			P						
	R			R						
Prueba piloto	P				P					
	R				R					
Presentación al CLIEIS para registro de protocolo	P									P
	R									R
Recolección de la información	P					P				
	R					R				
Elaboración de la base de datos	P						P			
	R									
Captura de los información	P						p			
	R						R			
Procesamiento de los datos	P							P		
	R							R		
Análisis de los resultados	P								P	
	R								R	
Elaboración del escrito médico	P									P
	R									R

P = Programado

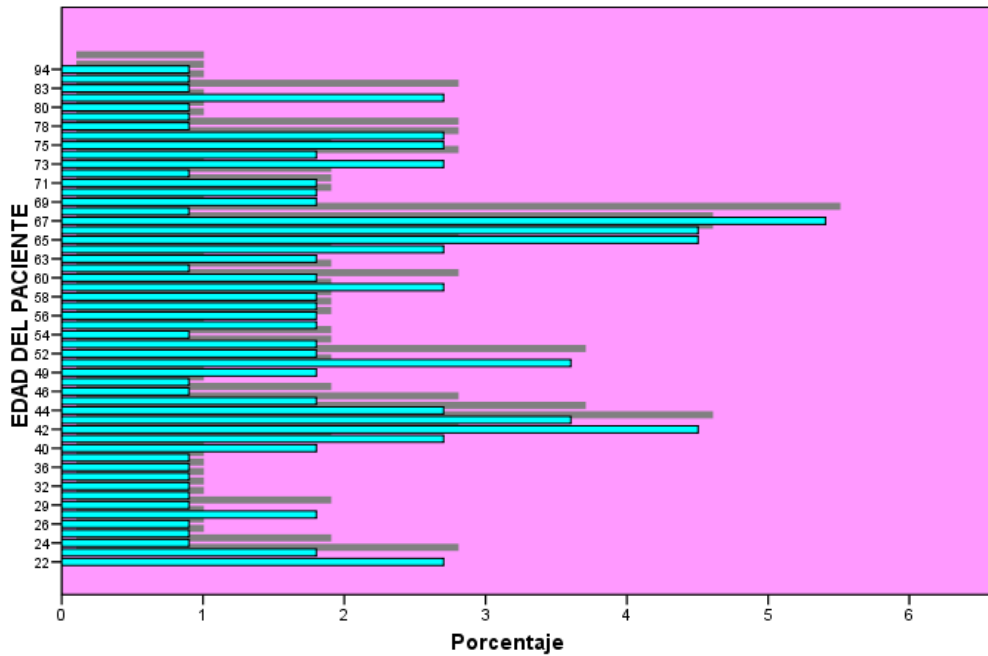
R = Realizado

## RESULTADOS

EDAD DE LOS PACIENTES.

N	Válidos	111
	Perdidos	0
Media		55,99
Mediana		58,00
Moda		67
Mínimo		22
Máximo		94

EDAD DEL PACIENTE



Descripción: la edad mínima de los pacientes es de 22 años, mientras que la máxima es de 94 años, teniendo como moda 67 años. Una mediana de 58 y una media de 55.9 años siendo un total de 111 pacientes.



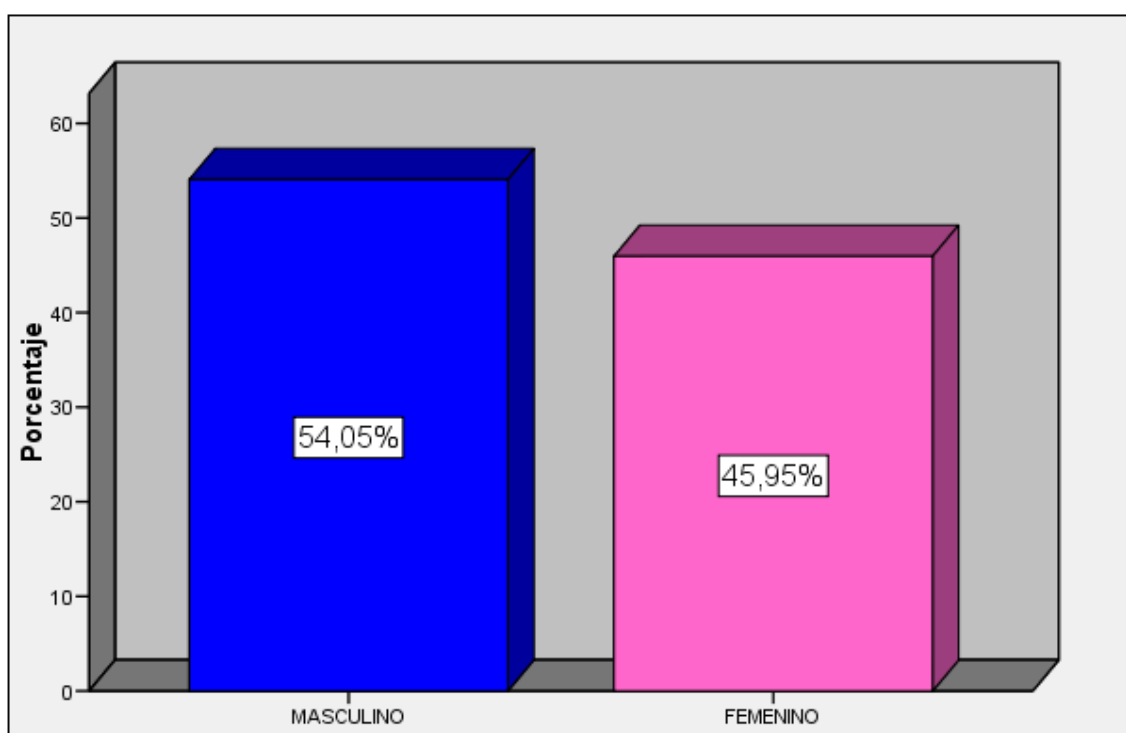
**EDAD DEL PACIENTE**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	22	3	2,7	2,7	2,7
	23	2	1,8	1,8	4,5
	24	1	,9	,9	5,4
	25	1	,9	,9	6,3
	26	1	,9	,9	7,2
	28	2	1,8	1,8	9,0
	29	1	,9	,9	9,9
	30	1	,9	,9	10,8
	32	1	,9	,9	11,7
	33	1	,9	,9	12,6
	36	1	,9	,9	13,5
	38	1	,9	,9	14,4
	40	2	1,8	1,8	16,2
	41	3	2,7	2,7	18,9
	42	5	4,5	4,5	23,4
	43	4	3,6	3,6	27,0
	44	3	2,7	2,7	29,7
	45	2	1,8	1,8	31,5
	46	1	,9	,9	32,4
	48	1	,9	,9	33,3
	49	2	1,8	1,8	35,1
	51	4	3,6	3,6	38,7
	52	2	1,8	1,8	40,5
	53	2	1,8	1,8	42,3
	54	1	,9	,9	43,2
	55	2	1,8	1,8	45,0
	56	2	1,8	1,8	46,8
	57	2	1,8	1,8	48,6
	58	2	1,8	1,8	50,5
	59	3	2,7	2,7	53,2
	60	2	1,8	1,8	55,0
	61	1	,9	,9	55,9
	63	2	1,8	1,8	57,7
	64	3	2,7	2,7	60,4
	65	5	4,5	4,5	64,9
	66	5	4,5	4,5	69,4
	67	6	5,4	5,4	74,8
	68	1	,9	,9	75,7
	69	2	1,8	1,8	77,5
	70	2	1,8	1,8	79,3
	71	2	1,8	1,8	81,1
	72	1	,9	,9	82,0
	73	3	2,7	2,7	84,7
	74	2	1,8	1,8	86,5
	75	3	2,7	2,7	89,2
	76	3	2,7	2,7	91,9
	78	1	,9	,9	92,8
	79	1	,9	,9	93,7
	80	1	,9	,9	94,6
	81	3	2,7	2,7	97,3
	83	1	,9	,9	98,2
	85	1	,9	,9	99,1
	94	1	,9	,9	100,0
Total		111	100,0	100,0	

## FRECUENCIA POR SEXO DE LOS PACIENTES.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MASCULINO	60	54,1	54,1	54,1
	FEMENINO	51	45,9	45,9	100,0
	Total	111	100,0	100,0	

## SEXO DEL PACIENTE

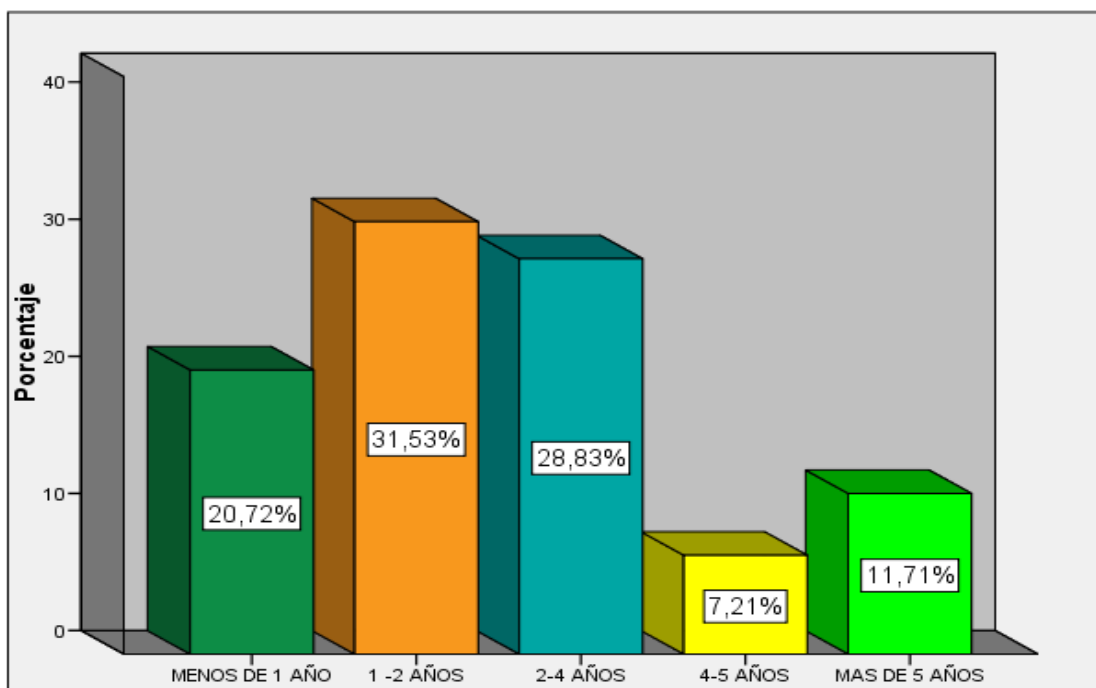


Descripción: se entrevistaron 111 pacientes, 60 del género masculino que representan el 54.05% y 51 personas del género femenino que representan el 49.1% del total de la muestra.

## TIEMPO DE TRATAMIENTO A BASE DE DIALISIS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MENOS DE 1 AÑO	23	20,7	20,7	20,7
	1 -2 AÑOS	35	31,5	31,5	52,3
	2-4 AÑOS	32	28,8	28,8	81,1
	4-5 AÑOS	8	7,2	7,2	88,3
	MAS DE 5 AÑOS	13	11,7	11,7	100,0
	Total	111	100,0	100,0	

## TIEMPO DE TRATAMIENTO EN DIALISIS

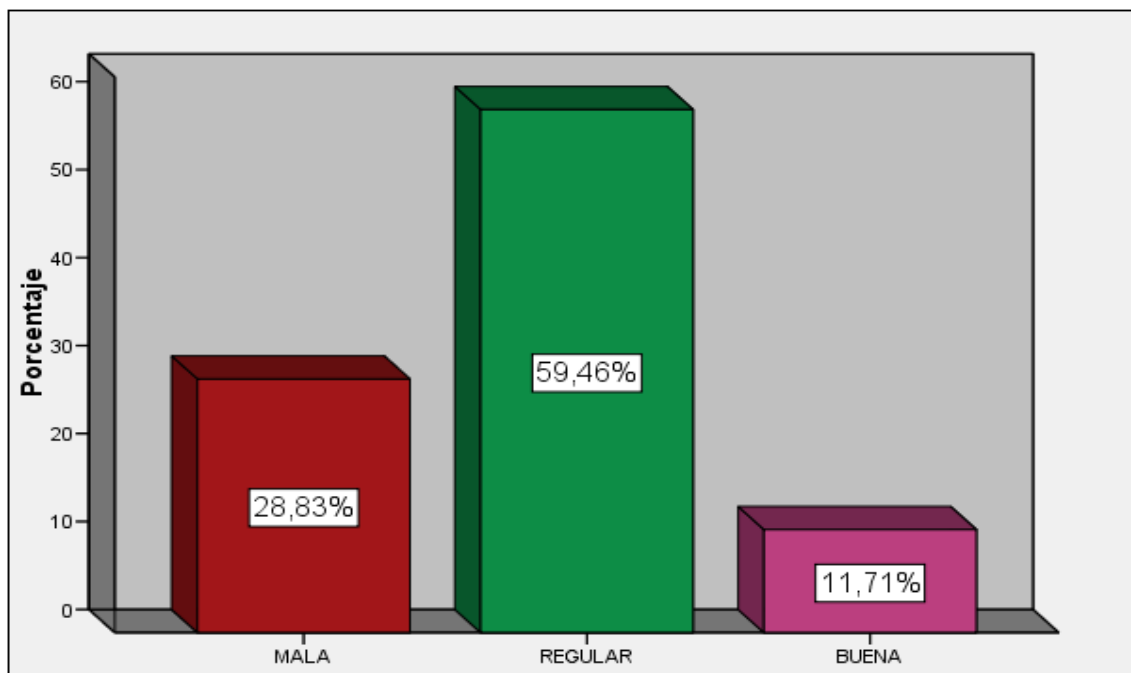


Descripción: El tiempo que tienen los pacientes con el tratamiento de diálisis menos de 1 año es de 20.72% y una frecuencia de 23, de 1 a 2 años el 31.53% y una frecuencia de 35, de 2 a 4 años el 28.83% y con una frecuencia de 32, de 4 a 5 años el 7.21% con una frecuencia de 8 y de más de 5 años 11.71% con una frecuencia de 13 en el total de 111 pacientes.

### CALIDAD DE VIDA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MALA	32	28,8	28,8	28,8
	REGULAR	66	59,5	59,5	88,3
	BUENA	13	11,7	11,7	100,0
	TOTAL	111	100,0	100,0	

### CALIDAD DE VIDA

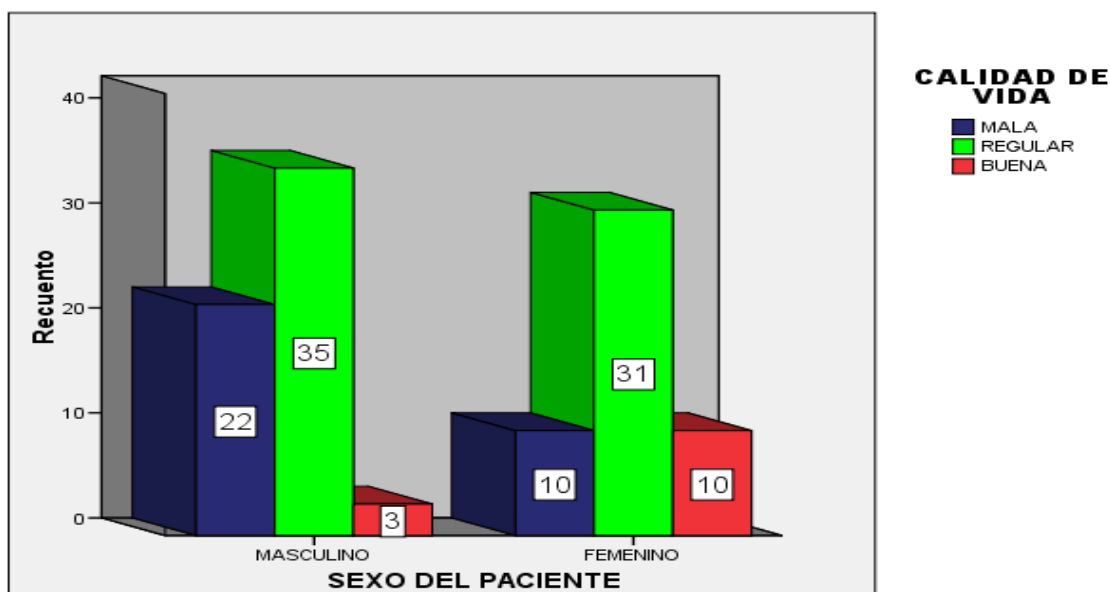


Descripción: De los participantes el 28.8% de ellos indicaron tener mala calidad de vida con una frecuencia de 32, el 59.5% tienen una regular calidad de vida el 59.5% con una frecuencia de 66, y buena calidad de vida el 11.7% con una frecuencia de 13.

### TABLA DE CONTINGENCIA: SEXO DEL PACIENTE \* CALIDAD DE VIDA

			CALIDAD DE VIDA			Total
			MALA	REGULAR	BUENA	
SEXO DEL PACIENTE	MASCULINO	Recuento	22	35	3	60
		% de SEXO DEL PACIENTE	36,7%	58,3%	5,0%	100,0%
		% de CALIDAD DE VIDA	68,8%	53,0%	23,1%	54,1%
	FEMENINO	% del total	19,8%	31,5%	2,7%	54,1%
		Recuento	10	31	10	51
		% de SEXO DEL PACIENTE	19,6%	60,8%	19,6%	100,0%
TOTAL	TOTAL	% de CALIDAD DE VIDA	31,3%	47,0%	76,9%	45,9%
		% del total	9,0%	27,9%	9,0%	45,9%
		Recuento	32	66	13	111
	TOTAL	% de SEXO DEL PACIENTE	28,8%	59,5%	11,7%	100,0%
		% de CALIDAD DE VIDA	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	28,8%	59,5%	11,7%	100,0%

### CALIDAD DE VIDA EN BASE AL GENERO DEL PACIENTE

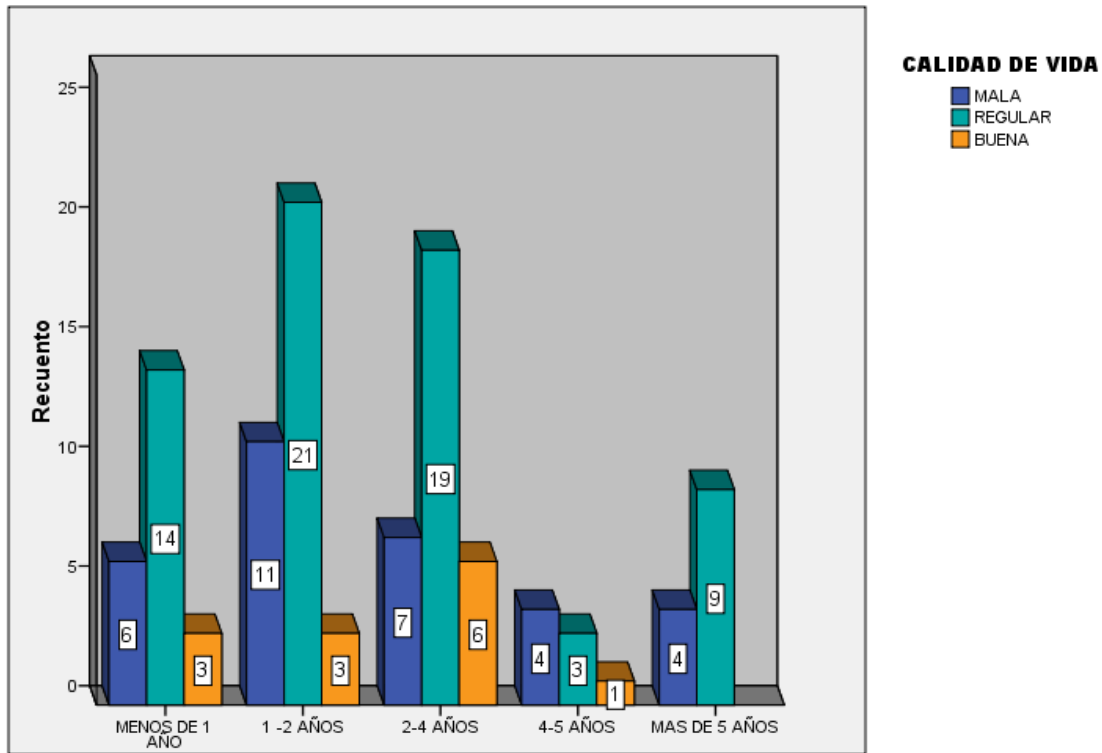


Descripción calidad de vida, el 19.6% (10) con buena calidad de vida. Y 19.6% (10) con mala calidad de vida.

Tabla de contingencia TIEMPO DE TRATAMIENTO A BASE DE DIALISIS \* CALIDAD DE VIDA

			CALIDAD DE VIDA			Total
			MALA	REGULAR	BUENA	
TIEMPO DE TRATAMIENTO A BASE DE DIALISIS	MENOS DE 1 AÑO	Recuento	6	14	3	23
		% de TIEMPO DE TRATAMIENTO A BASE DE DIALISIS	26,1%	60,9%	13,0%	100,0%
		% de CALIDAD DE VIDA	18,8%	21,2%	23,1%	20,7%
		% del total	5,4%	12,6%	2,7%	20,7%
	1 -2 AÑOS	Recuento	11	21	3	35
		% de TIEMPO DE TRATAMIENTO A BASE DE DIALISIS	31,4%	60,0%	8,6%	100,0%
		% de CALIDAD DE VIDA	34,4%	31,8%	23,1%	31,5%
		% del total	9,9%	18,9%	2,7%	31,5%
	2-4 AÑOS	Recuento	7	19	6	32
		% de TIEMPO DE TRATAMIENTO A BASE DE DIALISIS	21,9%	59,4%	18,8%	100,0%
		% de CALIDAD DE VIDA	21,9%	28,8%	46,2%	28,8%
		% del total	6,3%	17,1%	5,4%	28,8%
	4-5 AÑOS	Recuento	4	3	1	8
		% de TIEMPO DE TRATAMIENTO A BASE DE DIALISIS	50,0%	37,5%	12,5%	100,0%
		% de CALIDAD DE VIDA	12,5%	4,5%	7,7%	7,2%
		% del total	3,6%	2,7%	,9%	7,2%
MAS DE 5 AÑOS	Recuento	4	9	0	13	
	% de TIEMPO DE TRATAMIENTO A BASE DE DIALISIS	30,8%	69,2%	,0%	100,0%	
	% de CALIDAD DE VIDA	12,5%	13,6%	,0%	11,7%	
	% del total	3,6%	8,1%	,0%	11,7%	
TOTAL	Recuento	32	66	13	111	
	% de TIEMPO DE TRATAMIENTO A BASE DE DIALISIS	28,8%	59,5%	11,7%	100,0%	
	% de CALIDAD DE VIDA	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	28,8%	59,5%	11,7%	100,0%	

### CALIDAD DE VIDA RELACIONADO AL TIEMPO DE TRATAMIENTO A BASE DE DIALISIS



Descripción: en relación al tiempo de diálisis y la calidad de vida los participantes de 2 a 4 años de diálisis reportaron una mejor calidad de vida respecto a los demás grupos con un promedio de 18.8% (6). De 1 a 2 años de diálisis es el grupo que más reporto regular calidad de vida con 18.9% (21) y de 1 a 2 años de diálisis es el grupo que reportaron una mala calidad de vida 31.4% (11)

## **ANALISIS DE RESULTADOS**

Se encontró en los datos obtenidos una media de edad de los pacientes de 55.99, la mediana de 58 y la moda de 67 con un porcentaje de 5.4% del total de participantes. Siendo el grupo etario el de mayor predominio el de 50 a 70 años, autores comentan que la enfermedad renal crónica aumenta después de los 50 años de edad y es más frecuente en adultos mayores de 70 años.

Otros autores señalan que la edad media de los pacientes que inician diálisis es de 58 años, en el estudio se encontró una media de 55.9 siendo menor de lo reportado en la literatura.

La calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con diálisis peritoneal continua ambulatoria en base al género fue regular en ambos, De los 111 pacientes el 59.5% (66) indico tener regular calidad de vida, el 28.8% (32) con buena calidad de vida y el 11.7% (13) indico tener mala calidad de vida.

En el estudio el género masculino es un total de 60 pacientes que representan el 54.05% de los participantes y 51 pacientes del género femenino que representa el 49.1% del total de la población.

El género femenino reporto 41 pacientes con buena y regular calidad de vida, que corresponde al 41% del total de la muestra. Y un 80.4% del total de las mujeres. Los hombres indicaron una regular a buena calidad de vida 28 pacientes 34.2% del total de la muestra y un 58.8% del total de los hombres. Autores reportan que la enfermedad renal crónica afecta más a los hombres que a las mujeres.

La percepción de la calidad de vida de los pacientes es inversamente proporcional al tiempo de diálisis. La mejor calidad de vida fue reportada por pacientes que indican tener de 1 a 4 años de diálisis mientras que en pacientes de 2-4 años de diálisis reportaron la cifra más alta de pacientes con mala calidad de vida. Lo cual corresponde a estudios realizados por otros autores.



## **CONCLUSIONES**

La calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica, que se encuentran inscritos en el programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria, de la unidad de medicina familiar número 94 fue regular, según los resultados obtenidos en el estudio, ya que 79 participantes que corresponde al 71.2% de la muestra indicaron tener una regular a buena calidad de vida. y solo 32 participantes 28.8% indicaron tener mala calidad de vida.

El género que reporta una mejor calidad de vida es el femenino con 41 pacientes indicando una regular a buena calidad de vida representando el 80.4% de las mujeres, el género masculino reporta un total de 28 pacientes con regular a buena calidad de vida siendo el 58.8% del total de los hombres.

Los hombres reportan una mala calidad de vida en un 36.7% con 22 pacientes mientras que las mujeres solo el 19.6%, con 10 participantes.

La calidad de vida de los pacientes en relación al tiempo de diálisis fue inversamente proporcional, lo que representa que a mayor tiempo de tratamiento la percepción de los pacientes en cuanto a su calidad de vida se ve disminuida.

## **SUGERENCIAS**

Mejorar la calidad de vida de los pacientes que presentan enfermedades crónicas, la detección oportuna de estas y el adecuado control de las mismas, son premisas para las instituciones de seguridad social. Debido al costo tan importante que representa en materia de salud.

Es importante realizar intervenciones multidisciplinarias, abordando aspectos como la nutrición, la psicología, la detección y el tratamiento oportuno de las complicaciones.

La detección oportuna se puede realizar desde los consultorios de medicina familiar al interrogar al paciente de los antecedentes que puedan llevarlo a

presentar deterioro permanente de la función renal. Realizando en los que estén en riesgo pruebas de tamizaje como la cuantificación de creatinina en 24 horas.

Agilizando la referencia oportuna a la clínica de segundo nivel para valoración por el médico internista o el nefrólogo.

Se pueden realizar visitas periódicas domiciliarias por parte de trabajo social, personal de enfermería y médico para evaluar la calidad de vida de los pacientes y así poder realizar las intervenciones necesarias.

Realizar estudios que evalúen la calidad de vida de los pacientes antes del tratamiento de diálisis permitiría tener un referente previo al tratamiento.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Tapia-Cruz JA. Objetivos del sistema de salud en México: importancia para la población y sus determinantes. *Salud Publica Mex.* 2006;48:113-126.
- 2 López-Cervantes M; Rojas-Russell ME; Tirado-Gómez LL; Durán-Arenas L; Pacheco-Domínguez RL; Venado-Estrada AA; et al. Enfermedad renal crónica y su atención mediante tratamiento sustitutivo en México. México, D.F.: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. 2009
- 3 Ávila-Saldivar MN, Conchillos Olivares G, Rojas-Báez IC, Ordoñez-Cruz AE, Ramírez-Flores HJ. Enfermedad renal crónica: causa y prevalencia en la población del Hospital General La Perla. *Med Int Mex* 2013;29: 473-478
- 4 National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. *Am J Kidney Dis* 39:S1-S266, 2002
- 5 Gómez Mengelberg E. un recorrido historico del concepto de vida a través de los documentos de la OMS. *TOG (A Coriña)*. Revista en internet.2009
- 6 Martínez- Castelao et al. Detección y manejo de la ERC. *Revista de Nefrologia* 2014; 34(2):243-62.
- 7 Barros-Higgins L, Herazo-Beltrán Y, Aroca-Martínez G. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica. *Rev. Fac. Med.* 2015; 63 (4):641-7.
- 8 D. Sanz Guajardo, L. Orte y cols. Calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica. Influencia de la intervención precoz del nefrólogo y de la consulta de predialisis. España. *Nefrología*, vol. 26 suplemento 3. 2012.
- 9 Rebollo Rubio, Morales Asencio y cols. Revisión de estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada. España, revista de nefrología, sociedad española de nefrología. 2015, 35, (1) 92-109
- 10 Pabón Varela, Kemberly Saray et al. Calidad de vida en el adulto con insuficiencia renal crónica, una mirada bibliográfica, Colombia, *Rev. Duazary* Vol. 12 numero 2 157-163. Dic 2015
- 11 Velarde Jurado, E. & Ávila Figueroa, C.; (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Revista de salud pública de México*, No. 44, 349-361.

- 12 Gómez-Vela, María; Sabeh, Eliana N Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.
- 13 Nava Galván Ma. Guadalupe, La calidad de vida: Análisis multidimensional. *Enf. Neurol.* Vol. 11 No. 3: 129-137, 2012.
- 14 Taylor SG. Dorothea E. Orem, teoría del déficit de autocuidado. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teoría en enfermería. 6ª ed. España: Elsevier; 2007, p. 267-295.
- 15 Martínez Trejo, Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el Cuidado enfermero. *Enf Neurol (Mex)*, Vol. 11, No. 1: 34-38, 2012.
- 16 Urzúa M Alfonso, Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos Conceptuales. *Rev. Med. Chile* 2010; 138: 358-365.
- 17 Cardona A.D, Byron A.H. Construcción cultural del concepto calidad de vida *Revista Facultad Nacional de Salud Publica* Vol. 23 Núm. 1 p. 79-90.
- 18 Azpiazu, G M. Calidad de Vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Aten Primaria* 2003; 31 (5):285-94
- 19 Vicente Nuñez- Anton. Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form – 36 (SF-36). *Estadística Española* Vol. 50, Num. 167, 2008, pp. 147 – 192.
- 20 Gemma Vilagut, Monse Ferrer, Luis Rajmil, El cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria* 2005; 19 (2) 135-50.
- 21 Velarde Jurado MC E., Ávila -F. C Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida *Revista Salud pública de México / vol.44, no.5, septiembre-octubre de 2002.*
- 22 Alonso, J, Prieto I, y Antonio J.M. (1995). «La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos». *Medicina Clínica* 104(20), 771-776.

- 23 Arostegui I, Nuñez-Anton, V. y Quintana J.M. (2007). «Analysis of the Short Form – 36 (SF-36): The beta-binomial distribution approach». *Statistics in Medicine* 26(6) 1318-1342.
- 24 Rodríguez Campuzano, M. L. & Frías Martínez, L.; (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad. *Psicología y salud*. Vol 15,2 169-185
- 25 Gutiérrez, T., Raich R, M., Sánchez, D. y Deus, J. (2003) instrumentos de evaluación en psicología de la salud. España: Alianza editorial.
- 26 Diagnostico, Metas de Control Ambulatorio y Referencia Oportuna de Prediabetes y Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención, México, secretaria de salud, 21/ Marzo/ 2013
- 27- Lugo L. García H. Gómez Carlos. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellin, Colombia.rev. Fac. Nac. Salud publica vol 24 n 2 julio-diciembre 2010.
- 28 J. Alonso, L. Prieto y J. M. Antonio. La versión española del SF-36 Health Survey (cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Departamento de epidemiología y salud pública. Instituto Municipal de investigación médica, Universidad Autónoma de Barcelona. 1995: 104.771-776
- 29 Velazco, Contreras. M. E. Evolución de la epidemia de diabetes mellitus tipo 2 en población derechohabiente del IMSS. *Revista médica del Instituto mexicano del seguro social* 2016.54 (4) 490-503.
- 30 Méndez Duran. Ignorosa Humberto. Rivera Francisco. Estado actual de las terapias sustitutivas de la función renal en el instituto mexicano del seguro social. *Revista médica del instituto mexicano del seguro social*. 2016. 54(5).588-93
- 31 A. Urzua M., Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *rev. med chile* 2010,138, 358-365
- 32 Buendia L, Colas P. y Hernandez, F. (2001) métodos de investigación en psicopedagogía.madrid, McGraw-Hill. 256-274.
- 33 Moreno-Altamirano A, López-Moreno S, Corcho-Berdugo A. Principales medidas en epidemiología. *Salud Pub Mex* 2000; 42:337-48.
- 34 Daniel WW. Bioestadística: base para el análisis de las ciencias de la salud. Bogotá: Editorial Limusa y Noriega Editores, 2000.

## Anexo 1 consentimiento informado

<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b>		
<b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</b>		
<b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</b>		
Nombre del estudio:	CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN DIALISIS PERITONEAL DE LA UMF 94 DEL IMSS	
Patrocinador externo (si aplica):		
Lugar y fecha:	UMF 94 DELEGACION 2 DF NORTE mayo-diciembre 2016	
Número de registro:		
Justificación y objetivo del estudio:	El objetivo del estudio es: Identificar la Calidad de Vida en los Pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal de la UMF 94 del IMSS.	
Procedimientos:	Aplicación de una encuesta- SF-36 (CALIDAD DE VIDA)	
Posibles riesgos y molestias:	El estudio no representará un daño sobre la integridad física o mental de los participantes. El presente estudio presenta un riesgo mínimo ya que se trata de llenar un cuestionario en el que se valora la calidad de vida en pacientes en diálisis peritoneal de la UMF 94 del IMSS.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	La población en general se beneficiara de conocer la calidad de vida asociada a este padecimiento.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al finalizar el estudio se darán a conocer los resultados a los participantes.	
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención la atención médica que recibo de la Institución.	
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.	
En caso de colección de material biológico (si aplica):		
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____		
Beneficios al término del estudio: _____		
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador	<b>Dra. Esther Azcárate García</b>	
Responsable:	Teléfono 5767-2977 Ext, 21407	

Colaboradores: Dr, Rafael Álvarez Noriega

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

**Clave: 2810-009-013**

**Anexo 2 Hoja de recolección de datos**



**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EN DIALISIS PERITONEAL  
CONTINUA AMBULATORIA DE LA UMF No 94**

***Hoja de recolección de datos.***

El objetivo del presente estudio es conocer la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria en la unidad de medicina familiar 94 del IMSS.

Por favor conteste las siguientes preguntas para poder proceder a contestar el cuestionario de salud.

Nombre:

Edad:

Sexo:

Tiempo que lleva en diálisis peritoneal:

**Agradecemos su tiempo y colaboración.**



## Anexo 3 Cuestionario SF-36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

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

1 Excelente    2 Muy buena    3 Buena    4 Regular    5 Mala

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

1 Mucho mejor ahora que hace un año    2 Algo mejor ahora que hace un año

3 Más o menos igual que hace un año    4 Algo peor ahora que hace un año

5 Mucho peor ahora que hace 1 año.

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

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

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

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

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

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

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

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

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

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

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

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

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

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1 Sí                      2 No

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

1 Sí                      2 No

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

1 Sí                      2 No

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

1 Sí                      2 No

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

1 Sí                      2 No

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

1 Sí                      2 No

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

1 Sí                      2 No

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

1 Nada                  2 Un poco                  3 Regular                  4 Bastante                  5 Mucho

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

1 No, ninguno                  2 Sí, muy poco                  3 Sí, un poco                  4 Sí, moderado                  5 Sí, mucho  
6 Sí, muchísimo

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

1 Nada                  2 Un poco                  3 Regular                  4 Bastante                  5 Mucho

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1 Siempre    2 Casi siempre    3 Algunas veces    4 Sólo alguna vez

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

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

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

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

1 Totalmente cierta    2 Bastante cierta    3 No lo sé    4 Bastante falsa    5 Totalmente falsa

**34. Estoy tan sano como cualquiera.**

1 Totalmente cierta    2 Bastante cierta    3 No lo sé    4 Bastante falsa    5 Totalmente falsa

**35. Creo que mi salud va a empeorar.**

1 Totalmente cierta      2 Bastante cierta      3 No lo sé      4 Bastante falsa      5 Totalmente falsa

**36. Mi salud es excelente.**

1 Totalmente cierta      2 Bastante cierta      3 No lo sé      4 Bastante falsa      5 Totalmente falsa.

**Asignación de puntaje.**

Enfoque Rand es simple.

Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100).

Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100.Luego, los puntajes de items de una misma dimensión se promedian ara crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100.

Los ítems no respondidos no se consideran.

