



Universidad Austral de Chile
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

“Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica
Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis.
Centro Médico Dial-Sur. Osorno. Chile 2006”

Tesis presentada como parte de los requisitos
para optar al grado de Licenciado en Enfermería.
Profesor Patrocinante: Srta. Cecilia Molina Díaz.

Marcela Lorena Mera Santander

Valdivia Chile 2007

DEDICATORIA

Le dedico esta tesis y mi carrera completa, a la personita más importante de mi vida, a la mujer más maravillosa de este mundo, a mi MAMITA, que hoy desde el cielo me acompaña. Madre mía, tú fuiste la que desde chiquitita me inculcó el hábito de estudiar, me apoyaste en todo momento, me llenaste de amor y me orientaste a estudiar esta hermosa profesión. Hoy todo lo que soy es GRACIAS a tí, no sabes todo lo que daría por tenerte aquí físicamente, para celebrar éste, tu gran sueño, verme toda una profesional, pero tengo la seguridad que en el lugar precioso en el que estás, te sientes muy orgullosa por todo lo que ha logrado tu Coyito... Te amo mi viejita linda, te llevo en mi corazón... “nadie muere mientras viva en el corazón de alguien”...

Doy gracias a Dios, por haberme dado esta hermosa vocación, por darme la fuerza en todos los momentos difíciles, por ser mi refugio en los días tristes y por mantener a mi familia siempre unida.

A mi bella familia, mi Papito, mi hermanita Pepita, mi hermanito Feñita, y a mi perrito Osito, que en todo momento me apoyaron y me entregaron todo ese gran amor.

A mi Tomás, mi pololo hermoso, por su infinito amor, su paciencia y su apoyo incondicional. Me diste la fuerza para seguir, a pesar de todas las dificultades que se me presentaron en el camino. Te amo mi watoncito lindo, GRACIAS por estar siempre a mi lado...

A mi Tía Viky, “mi segunda mami”, gracias por ser como eres, por ese gran corazón que tienes, por acompañarnos en todo momento. Te quiero muchísimo...

A todas mis amigas que estuvieron y que están conmigo en todo momento, regalándome su amor y compañía, en especial, a mi Pamelita, por tu gran bondad, por pasar conmigo penas y alegrías, por hacerme reír cuando todo era triste, por todo el cariño que me has dado durante todo estos años. Te quiero mucho, eres una hermana para mí.

A toda mi gran y hermosa familia: tíos, tías, primos, primas, abuela, a mis angelitos (mi mamita y mis abuelitos) y a “mi ahijada que viene en camino”, por el gran apoyo que me han brindado en todo momento. Porque siempre hemos sido muy unidos, me siento muy afortunada y orgullosa de tener una familia como ustedes...

A todas aquellas personas que fueron partícipes de mi vida universitaria y que se convirtieron en parte de mi crecimiento como profesional, a todas ellas muchas gracias por todo.

Profesor Patrocinante:

Nombre: Srta. Cecilia Molina D.
Profesión: Enfermera y Matrona
Grados: Magíster en Enfermería

Instituto: Enfermería.
Facultad: Medicina.
Firma:

Profesores Informantes:

Nombre: Sra. M^a Julia Calvo G.
Profesión: Enfermera y Matrona
Grados: Licenciada en Educación.
Magíster en Bioética.

Instituto: Enfermería.
Facultad: Medicina.
Firma:

Nombre: Sra. Beate Messing G.
Profesión: Enfermera
Grados: Especialista en Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria

Instituto: Enfermería.
Facultad: Medicina.
Firma:

Fecha del examen de grado: 25 de Junio 2007

2. INDICE

	Pág.
• Resumen	6
• Summary	7
• Introducción	8
• Marco Teórico	11
• Marco Empírico	17
• Objetivos	21
• Material y Método	23
• Resultados	27
• Discusión	38
• Conclusión	42
• Bibliografía	46
• Anexos	49

2.1 INDICE DE GRAFICOS Y TABLAS

Gráfico N° 1	Distribución porcentual de pacientes en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis según edad y sexo. Dial- Sur. Osorno. Noviembre – Diciembre 2006.	27
Gráfico N° 2	Distribución porcentual de pacientes en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis según escolaridad. Dial- Sur. Osorno. Noviembre – Diciembre 2006.	28
Gráfico N° 3	Distribución porcentual de pacientes en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis según procedencia. Dial- Sur. Osorno. Noviembre – Diciembre 2006.	29
Gráfico N° 4	Distribución porcentual de pacientes en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis según patologías crónicas asociadas. Dial- Sur. Osorno. Noviembre – Diciembre 2006.	30
Gráfico N° 5	Distribución porcentual de pacientes en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis según número de patologías crónicas asociadas. Dial- Sur. Osorno. Noviembre – Diciembre 2006.	31
Gráfico N° 6	Distribución porcentual de pacientes en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis según tiempo en Hemodiálisis. Dial- Sur. Osorno. Noviembre – Diciembre 2006.	32
Gráfico N° 7	Distribución porcentual de pacientes en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis según Estado Civil y Red de Apoyo. Dial- Sur. Osorno. Noviembre – Diciembre 2006.	33

Tabla N° 1	Distribución porcentual de pacientes en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis según percepción de la calidad de vida y tiempo en hemodiálisis. Dial-Sur. Osorno. Noviembre – Diciembre 2006.	34
Tabla N° 3	Distribución numérica y porcentual de pacientes en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis según Área estado funcional. Dial-Sur. Osorno. Noviembre-Diciembre 2006.	35
Tabla N° 4	Distribución numérica y porcentual de pacientes en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis según Área Estado Bienestar. Dial-Sur. Osorno. Noviembre-Diciembre 2006.	36
Tabla N° 5	Distribución numérica y porcentual de pacientes en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis según Área evaluación general de la salud. Dial-Sur. Osorno. Noviembre – Diciembre 2006.	37

3. RESUMEN

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 Enfermería consideren cómo afecta la enfermedad a las personas integralmente, para poder realizar intervenciones más adecuadas.

El propósito de esta investigación es valorar la Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis, en el Centro Médico Dial-Sur, de la ciudad de Osorno, según sus características personales, tiempo en tratamiento y la presencia de patologías crónicas asociadas.

El diseño metodológico que se utilizó para realizar este estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento que consta de tres ítems, los cuales son: un instructivo, el Cuestionario de Antecedentes Personales y el Cuestionario de Salud SF-36, creado por John Ware y traducido al español por Alonso y cols. (1995); este proporciona un perfil del estado de salud y es una de las medidas genéricas con mayor potencial de uso en la evaluación de los resultados clínicos. Fue aplicado a 22 pacientes, que aceptaron voluntariamente a participar en el estudio y que cumplían con los criterios de inclusión previamente establecidos.

La investigación permitió determinar que en el grupo de pacientes en estudio predomina: el grupo etáreo adulto mayor, casados, presencia de red de apoyo familiar, con escolaridad de enseñanza básica incompleta, de procedencia urbana, con mas de dos patologías asociadas por paciente y en tratamiento por un periodo entre 1 y 2 años.

Según las Áreas del cuestionario de salud SF-36, se puede concluir: que el Área Estado Funcional es percibida como de Regular a Mala (60,7%); el Área de Bienestar como Buena (40,9%), la Percepción de Salud General como Buena (31,8%) y el Cambio de Salud en el tiempo como Muy Buena (45,54%).

En general se concluyó que la percepción de la calidad de vida es Buena. Los factores que se consideran tienen influencia en esta percepción son: escolaridad, presencia de red de apoyo, estado civil, procedencia, patologías crónicas asociadas y tiempo en hemodiálisis.

4. SUMMARY

The patient suffering *Terminal Chronic Renal Insufficiency* undergoing Dialysis, sometimes experiences psychological, social, lifestyle and, also, spiritual changes. These changes, not only affect the patient individually, they affect the entire family. Therefore, it is crucially important to study the Quality of Life of this Kind of patients. It allows us to analyse how the life of a patient is affected by the different Kind of treatments required and the damage caused by the disease and/or treatment. This research will give us information that will contribute to a higher level of satisfaction of the patient's needs and will enable the Nursing professionals to perform more adequate treatments by not limiting themselves to seeing just the disease but by becoming more sensitive towards the individual in a comprehensive manner.

The object of this investigation is to evaluate the Quality of Life of patients suffering *Terminal Chronic Renal Insufficiency*, undergoing haemodialysis at the “*Centro Medico Dial - Sur*” (Dial - Sur Medical Centre), in the city of Osorno. Personal characteristics, time undergoing treatment and the presence of associated chronic pathologies, were taken into account.

The method used to do this study was a combination of quantitative, narrative and transversal methods. The Data Collection Instrument used was one created by John Ware and translated into Spanish by Alonso and colleagues (1995), it contains three items: Instruction – Personal data Questionnaire – SF-36 Health Survey. The method provides a profile of the state of health of the individual and it is one of the generic measures most used when evaluating clinical trials. It was applied to a sample of 22 voluntary patients that complied with the criteria previously described.

The investigation revealed that in the group studied, there is a predominance of: mature age group, married, with a support network, unfinished primary school, urban dwellers, with more than two associated pathologies per patient and undergoing treatment for a period between 1 and 2 years.

According to the Areas of the SF-36 Health Questionnaire, it may be concluded that: the Area of Functionality is perceived from Average to Bad (60,7%); the area of Welfare as Good (40,9%); the perception of General Health as Good (31,8%) and Improvement of Health in that time as Very Good (45,54%).

In general, it was found that the perception of quality of life was Good. The factors influencing this perception are: schooling, the presence of a support network, marital status, place of residence, associated chronic pathologies and time undergoing haemodialysis.

5. INTRODUCCIÓN.

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.

Hasta la aparición de las técnicas de sustitución de la función renal, la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) era un proceso irreversible y terminal en un plazo relativamente corto y sólo a partir de la década del 60 con el uso de distintos métodos como hemodiálisis (HD), diálisis peritoneal (DPCA) y por último el trasplante renal, se logró conservar la vida de estos pacientes.

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 mas 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 IRC terminal. Como consecuencia existe un interés creciente en el desarrollo de metodologías para cuantificar el efecto tanto de la patología, como de las medidas terapéuticas aplicadas sobre esta calidad de vida. Estas metodologías varían desde aquellas basadas en la apreciación objetiva de un observador externo, hasta las que toman en cuenta al paciente como fuente subjetiva del impacto provocado por la enfermedad en su vida cotidiana. Esta última forma, en la cual el propio paciente es la fuente de información, se considera hoy como la verdaderamente válida. Los resultados deben ser reproducibles, sirviendo para hacer comparaciones en distintos tiempos, momentos y lugares.

El término Calidad de Vida (C. de V.), es relativamente nuevo, sus orígenes provienen de la teoría empresarial y luego de la sociología. El interés por estudiar la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemoriales, la idea comienza a popularizarse en la década de los sesenta hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos como salud, educación, la política y el mundo de los servicios en general (GÓMEZ, 2000)

La importancia de la utilización del concepto radica en que se está empleando como un principio ordenador, para reconceptualizar nuestro quehacer en un mundo que está sometido a transformaciones cada vez más rápidas.

La calidad de vida relacionada con salud, ha probado ser útil, principalmente como un rasgo de estructura general, dentro de la cual las dimensiones relevantes de la vida y la salud se pueden examinar en investigación y en el desarrollo de la práctica clínica (DUBOS, citado por CROOG Y LEVINE, 1989).

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal es un problema de salud pública mundial, con una incidencia y prevalencia crecientes, pronóstico pobre y alto costo. El número de pacientes con IRCT tratados mediante hemodiálisis (H.D.) ha experimentado un significativo aumento en Chile, reflejando las tendencias de naciones más desarrolladas. Así, la tasa de pacientes tratados ha cambiado, desde 12,7 personas por millón de habitantes en 1980, a 18,3 personas por millón de habitantes en 1992, haciendo la H.D. accesible a pacientes que no son candidatos a trasplante renal y que tienen en ésta la única y definitiva forma de tratamiento(POBLETE, 1999).

En Agosto del 2003 la prevalencia de pacientes en Hemodiálisis a través de los 175 centros en el país (Red pública y privada), fué de 9.139 personas, de éstas 884 reciben hemodiálisis en Hospitales Públicos, en 23 Servicios de Salud. En el año 2004, en Chile, se dializaba a la significativa cifra de casi 10.000 pacientes

Aunque no cabe duda que la hemodiálisis sea efectiva para prolongar la vida del paciente con nefropatía, existe controversia considerable respecto a la calidad de esta sobrevida, más aún cuando nuevas modalidades de diálisis se han centrado en los potenciales beneficios que ellas ofrecen para mejorar la calidad de vida de los pacientes (UREÑA y col., 1997).

El paciente con Insuficiencia Renal Terminal en 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. Algunas personas aceptan el hecho de tener una enfermedad renal y que necesitarán tratamiento para el resto de sus vidas. Otros en cambio, pueden tener problemas para ajustarse a los desafíos que la enfermedad implica. Durante el curso de la enfermedad, habitualmente afloran sentimientos de culpa, negación, rabia, depresión, frustración que son difícilmente comprendidos y aceptados por el paciente y sus familiares. Es muy importante saber que es posible desarrollar nuevas capacidades y habilidades que permitan lograr una mejor calidad de vida. Así como también es posible obtener ayuda para asumir la enfermedad y su tratamiento.

La rehabilitación de los pacientes con enfermedad renal en diálisis es un objetivo fundamental de los programas de tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) (IBORRA y col., 1998). Los parámetros fisiológicos y bioquímicos suministran información muy valiosa, pero lo que realmente interesa a los pacientes es la manera como la enfermedad y los tratamientos que reciben afectan su capacidad funcional y su Calidad de Vida en general (ZANOQUERA y col., 1998).

En esta investigación se pretende conocer las características personales y la percepción que tienen sobre su Calidad de Vida los pacientes sometidos a tratamiento con Hemodiálisis, ya que para el profesional de Enfermería el estudio de la Calidad de Vida del individuo es de gran interés, pues le permite conocer al ser humano desde una perspectiva más integral, que incluye sus valores, creencias y percepciones. Este conocimiento permitirá realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida por la que está atravesando. El quehacer de Enfermería debería centrarse en ayudar a los individuos a satisfacer más plenamente sus necesidades, incrementando su conocimiento de las múltiples alternativas que tiene en relación con su salud y así determinar las orientaciones de valor para cada uno de ellos.

6. MARCO TEORICO.

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) o enfermedad renal terminal, es un problema de salud que implica el deterioro progresivo e irreversible del 90-95% de la función renal, siendo preciso instaurar tratamiento sustitutivo con Diálisis o Trasplante para mantener la vida de los pacientes.

Más específicamente, la IRC es la pérdida irreversible del filtrado glomerular de los riñones. En las fases iniciales de ésta, los pacientes suelen permanecer asintomáticos (etapa de disminución de la reserva renal). Cuando el filtrado glomerular es inferior a 30 ml/min. pueden aparecer ciertos síntomas propios del síndrome urémico, como cansancio y pérdida del bienestar en relación con la anemia, así como alteraciones metabólicas (acidosis) y del metabolismo fosfocálcico. Por debajo de 15 ml/min. es frecuente la aparición de síntomas digestivos tales como náuseas, pérdida del apetito, en fases más tardías, de síntomas cardiovasculares como disnea, edema y neurológicos como es la dificultad para concentrarse, insomnio o somnolencia. La fase de Insuficiencia Renal Crónica Terminal se alcanza con filtrado glomerular inferior a 5 ml/min. momento en el que el uso de la diálisis es inevitable.

Este trastorno puede ser provocado por enfermedades sistémicas como Diabetes Mellitus, Glomérulonefritis crónica, Pielonefritis, Hipertensión no controlada, Obstrucción del tracto urinario, Lesiones Hereditarias como nefropatía poliquística, Trastornos Vasculares, infecciones, medicamentos o agentes tóxicos.

Con todas las complicaciones que trae este problema de salud el destino de estas personas si no son tratadas, es tarde o temprano la muerte. Este destino ha cambiado en forma espectacular con el advenimiento de los procedimientos de sustitución de la función renal mediante la Diálisis y el Trasplante Renal. Ambos tratamientos son complementarios, de manera que un paciente en Diálisis Crónica puede ser candidato a un trasplante y por otro lado, frente a un fracaso del trasplante, el paciente puede retornar a un programa de diálisis. La implementación del trasplante renal permite aumentar los cupos disponibles para dializar a nuevos pacientes. (CISTERNAS y col., 1990).

El objetivo del tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica es retener la función renal y mantener la homeostasis lo más posible. Deben identificarse y tratarse todos los factores que complican el problema y los que son reversibles.

La terapia de diálisis se utiliza en medicina como un método de depuración extrarrenal en las situaciones de uremia aguda y crónica. En la práctica clínica existen dos tipos de diálisis según la membrana semipermeable utilizada. La Diálisis Peritoneal que utiliza el peritoneo (membrana natural); mientras que la diálisis con riñón artificial o Hemodiálisis, emplea dializadores fabricados por la industria con membranas artificiales (acetato de celulosa y otras).

Con respecto a la Hemodiálisis (HD), el riñón artificial fue introducido por primera vez en clínica por Kolff y Berk en 1942, para tratar la Insuficiencia Renal Aguda. En 1960, gracias al desarrollo de los accesos vasculares (cánula arterio-venosa y luego fístula interna) se inició la Diálisis de mantención en pacientes crónicos.

Para realizar este procedimiento se requiere que los pacientes posean un acceso vascular. Desde la arteria sale la sangre hacia la máquina donde se realiza el proceso de HD y regresa luego por la vena del paciente; también es necesario para la depuración de la sangre, un filtro de HD con líneas arteriales y venosas; líquido de diálisis que debe ser preparado con agua tratada con bajo contenido en solutos y bacterias al que se agrega, cantidades similares de aniones y cationes a los que se encuentran en la sangre además de la máquina de HD.

La HD con riñón artificial no ha podido corregir todos los problemas de la Insuficiencia Renal Crónica. La depuración de “toxinas urémicas” y la ultrafiltración son suficientes para mantener una Calidad de Vida adecuada, incluso con capacidad de trabajo, pero hay funciones metabólicas y endocrinas del riñón que no puede sustituir la hemodiálisis. (CISTERNAS y col., 1990).

La esperanza de vida de los pacientes ha mejorado notablemente con los procedimientos de Diálisis y Trasplante Renal. Sin embargo, la IRCT es una condición que amenaza la vida seriamente, con morbilidad y mortalidad elevadas. (TORRES, 1993)

Las personas sometidas a hemodiálisis crónica están preocupadas porque su estado médico es imprevisible y sus vidas están perturbadas. Es frecuente que tengan problemas económicos, dificultades para conservar su trabajo, disminución del deseo sexual e impotencia, depresión por llevar la vida de enfermos crónicos y temor a la muerte. Si se trata de un sujeto joven le preocupara el matrimonio, tener hijos y la carga que puede presentar su trastorno para la familia. El estilo de vida reglamentado que se precisa a causa de la diálisis frecuente y la restricción en el consumo de líquidos y alimentos suele ser desmoralizante para el paciente y su familia. (BRUNNER Y SUDDARTH, 1998)

La diálisis impone modificaciones en el estilo de vida familiar. El tiempo que debe dedicarse a ella (dos a tres veces a la semana durante 3 a 4 horas aproximadamente) reduce las actividades sociales y puede originar conflictos, frustración, sensaciones de culpabilidad y depresión en la familia. Es frecuente que familiares y amigos consideren al enfermo como una "persona marginal", con esperanza de vida limitada. También suele ser difícil que el paciente, cónyuge y familia expresen la ira y otros sentimientos negativos. Si bien son normales en esta situación, estos sentimientos con frecuencia son profundos y abrumadores, de manera que se requiere asesoría y psicoterapia.

Todos estos factores, derivados de la condición patológica del paciente como la implicancia que tiene en su estado psicológico y social, repercuten directamente en la calidad de vida de éstos.

En los últimos tiempos se ha hecho muy frecuente el uso del término "Calidad de Vida" en muy variados contextos. Políticos, economistas, médicos, psicólogos, educadores, sociólogos y periodistas, lo utilizan indistintamente y es sustento de la mayoría de los discursos. Su estudio constituye un terreno donde varios especialistas aportan sus enfoques. Los ambientalistas sitúan el énfasis en el entorno físico/biológico, los economistas en parámetros como el Producto Nacional Bruto, los médicos en los síntomas, los psicólogos en las necesidades humanas y su satisfacción, mientras que para los profesionales de Enfermería la calidad de vida se relaciona con la capacidad individual de lograr el autocuidado y la autovalencia.

“El concepto calidad de vida adquiere importancia en la moderna medicina, enfocándola hacia el bien del individuo, sobre qué tipo de vida es posible proporcionar a la condición de persona y si esta condición permitirá tener una vida que merezca la pena vivirse” (FITZPATRICK R, y cols., 1992).

“Debido a que la Calidad de Vida es una percepción única para cada individuo, que refleja los sentimientos íntimos de cada paciente sobre su salud y sobre aspectos médicos y no médicos de su propia vida, la mayoría de las medidas de Calidad de Vida que existen en la literatura parecen ser erróneas o dirigidas hacia objetivos equivocados. La Calidad de Vida sólo puede medirse adecuadamente determinando las opiniones de los pacientes para traducirlas a instrumentos desarrollados por expertos, y así concederles validez y aplicabilidad a la práctica diaria” (GILL TM, y cols., 1993).

Los investigadores con orientación clínica, suelen definir calidad de vida en términos de salud y/o de discapacidad funcional. Por ejemplo:

- Kaplan (1992), define calidad de vida como “el impacto de la enfermedad y la incapacidad sobre el funcionamiento diario”.

- Ferruci (1991), diferencia la incapacidad funcional de la enfermedad. Dice que “para la enfermedad deben emplearse estrategias terapéuticas y para la incapacidad terapias de rehabilitación y de apoyo social”.
- Según Andrews y Witney (1989), "La calidad de vida no es el reflejo de las condiciones de los escenarios físicos, interpersonales y sociales, sino cómo dichos escenarios son evaluados y juzgados por el individuo".
- Según Pearlman y Uhlmann (1993), “calidad de vida es funcionamiento físico, social, emocional, satisfacción vital y bienestar”.

La Enfermedad Crónica Renal Terminal es por sus características una situación de gran impacto en la Calidad de Vida. Ya en estadios precoces se acompaña de síntomas que se reflejan en la vida diaria; los tratamientos sustitutivos como la Hemodiálisis o la Diálisis Peritoneal corrigen sólo parcialmente la enfermedad y además introducen cambios sustanciales en el estilo de vida. El trasplante restablece la función renal, pero introduce patologías en relación con la inmunosupresión. La ECRT afecta el estado de salud, emocional, económico y social del paciente, ya que al ingresar en los programas de terapia de reemplazo renal (TSR) están obligados a someterse a un estricto tratamiento, modificando su vida social. Las múltiples canulaciones, dieta, restricción de líquidos, la pérdida de esperanzas de trasplante y en muchos casos el abandono familiar, afectan notablemente al paciente y disminuyen su colaboración, lo que conduce a conductas negativas frente a la diálisis.

“Las características de los pacientes en diálisis han cambiado en los últimos 10 años: edad avanzada y gran comorbilidad. En muchos casos, a lo largo de su vida, pasan por distintas modalidades terapéuticas. La importancia de incluir indicadores de calidad de vida en el control clínico de los enfermos se da por la estrecha relación entre Calidad de Vida, morbilidad y mortalidad, apareciendo muchos factores comunes al analizar estos tres parámetros”. (IFUDU O. y cols., 1998).

“La ECRT se asocia invariablemente con disminución de la Calidad de Vida, aumento y frecuencia de los síntomas y distrés psicológico, correlacionándose la magnitud de esos síntomas con el filtrado glomerular”. (ROCCO MV, y cols., 2000)

Dentro de los factores que influyen en la calidad de vida, se pueden mencionar:

- La independencia funcional. El grado de funcionalidad física, psíquica y económica. La persona independiente tiene mayor calidad de vida, que aquella que depende de su familia y/o de la sociedad.
- La vida en su casa, con los suyos, con su pareja. La pérdida de un miembro de la pareja tiene una repercusión negativa en la calidad de vida.
- La relación familiar, social. La soledad objetiva o subjetiva es un factor negativo en la calidad de vida.

La evaluación de la CV debe basarse en una amplia serie de criterios y no en un solo aspecto como puede ser el dolor. Cuando lo haya, la CV se evaluará estudiando el impacto de ese dolor en la autonomía individual y en la vida psicológica, social y espiritual del individuo, en vez de centrar su atención exclusivamente en el dolor en sí.

Las mediciones de la CV utilizadas son obtenidas a partir de la interpretación de respuestas de personas, a cuestionarios estándar. Así la medida de la CV de las personas descansa en los juicios de ellos mismos sobre su estado de salud. Se les pide que digan en que medida están satisfechos de su salud, o de la vida que llevan, y en que medida su vida ha sido transformada por la enfermedad y por las intervenciones médicas aplicadas. Estos métodos no tienen como objetivo medir directamente entidades tan amplias como salud o satisfacción de los enfermos, sino solamente cuantificar algunos de sus atributos característicos, explorados por grupos de preguntas llamadas dimensiones (salud física y mental, actividad social, sueño, dolor, autoestima, etc). (LEPLÈGE Y RUDE, 1995).

La CV es directamente proporcional a la satisfacción de sus necesidades, principalmente las primarias, afirma Abraham Maslow (1908 – 1970) psicólogo estadounidense, quien desarrolló una teoría que muestra una clasificación ordenada en una escala de necesidades humanas donde a medida que se satisface un grupo de necesidades, el siguiente se vuelve dominante. Ésta sin duda es una perspectiva que nos explica la manera en que los hombres acceden a lo largo de su vida a ascender en la búsqueda de enriquecer la CV.

Su teoría explica que los primeros dos niveles de necesidades se consideran primarios o de orden inferior y los otros tres niveles se consideran secundarios o de orden superior, ya que no adquieren importancia para el individuo hasta que puede aspirar a satisfactores internos de naturaleza psicológica.

No obstante Maslow presenta este orden de prioridad, considerado como el orden normal o lógico, en diferentes etapas de nuestra vida y ante determinadas circunstancias, el orden puede variar, es más, existen casos de personas que anteponen ante necesidades fisiológicas, las de autorrealización, pero esto no sucede en la mayoría de los individuos y al suceder el tiempo con que se dan no puede prolongarse demasiado, pues atentarían contra la naturaleza y supervivencia humana.

Los niveles que Maslow postula son los siguientes desde los más a los menos básicos:

- Necesidades fisiológicas
- Necesidades de seguridad
- Necesidades sociales
- Necesidades de estima
- Necesidades de autorrealización

La CV se verá favorecida en la medida a como éstas sean satisfechas. Un acercamiento a la realidad de los pacientes con insuficiencia renal crónica nos permitiría tener una mejor idea acerca de sus necesidades.

7. MARCO EMPÍRICO

Según Orley y Saxena (1996), la Organización Mundial de Salud (OMS) a mediados de la década del ochenta para conceptualizar y medir la calidad subjetiva de la vida dió lugar a un proyecto de evaluación de CV en contextos asistenciales. Se definió la CV en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia y sus creencias personales.

Una de las investigaciones realizada por la sección de Nefrología de la Universidad de Chile de Santiago en el año 1993, llamada “Hemodiálisis crónica: programa de evaluación de CV en pacientes mayores de 60 años”, midió la CV en 87 pacientes que se dializaban en 9 unidades de la ciudad de Santiago y al profesional más involucrado en el cuidado del paciente, generalmente un enfermero/a.

Para ello se utilizaron dos instrumentos:

- Una escala visual análoga (EVA) que consiste en un tablero graduado de 0 (peor situación) a 100 (mejor, en términos de bienestar). Existen dos estados: uno representando salud completa y, otro, un estado vegetativo persistente. A continuación se describen 3 estados “ancla” que representan a personas de su misma edad y sexo en HDC, pero con distintos grados de rehabilitación (estado 1: paciente con menos limitaciones; estado 3 aquel con mas limitaciones).
- Un cuestionario de Impacto de la Hemodiálisis en las actividades de la Vida Diaria (CIHV)
- A esto se le agregó un cuestionario con preguntas de información general del paciente.

Sus resultados mostraron que el puntaje subjetivo que corresponde a la definición en la escala de 0 a 100 del propio paciente respecto a su percepción de bienestar es menor al entregado por el puntaje personal, que corresponde al entregado por el profesional tratante respecto al mismo paciente. Por otra parte, los enfermos se sitúan a sí mismos entre las descripciones correspondientes a los llamados estados anclas 1 y 2; que corresponden a grados mas elevados de satisfacción personal

Algunos de los parámetros buscados para explicar mejor el resultado de EVA y que se relacionaron con un mayor score fueron: ser casado y tener un sistema provisional ISAPRE o de las fuerzas armadas y de orden.

Una disminución del puntaje se explica mejor por: un mayor número de días de hospitalización, ser Hipertenso, y ser Diabético. Cuando se analiza sólo la presencia de Diabetes Mellitus, se obtiene un puntaje más bajo.

En cambio el puntaje entregado por el personal sólo se relacionó inversamente con la Osteodistrofia Renal y directamente con el ser activo. A pesar que el personal encuentra diferencias entre pacientes no Diabéticos y Diabéticos, esta no alcanzó significación estadística.

Se destaca que ni los pacientes ni el personal encontraron diferencias significativas con respecto a la edad de los enfermos, ingreso familiar, tipo de vivienda o co-morbilidad (excluyendo la Diabetes Mellitus).

Los resultados del CIHV son significativamente superiores con relación a declararse activo y ser hombre. A su vez el resultado se correlacionó inversamente con ser Diabético.

Otro estudio de CV llamado “Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en terapia renal sustitutiva”, fue realizado en 1996 por el Departamento de Medicina y el Servicio de Nefrología del Hospital Central de Asturias, Oviedo, España. Se entrevistó a pacientes en HDC y con trasplante renal de 9 a 10 centros de la ciudad de Asturias, para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud a través de dos instrumentos genéricos de medida: el cuestionario de salud SF-36 y el Perfil de Consecuencias de la Enfermedad (PCE), además de éstos se recogieron los datos correspondientes a la escala de Karnofsky, datos sociodemográficos, clínicos e índice de co-morbilidad.

A todos los pacientes incluidos se les realizó una entrevista estructurada con los dos instrumentos de evaluación de la CV utilizados.

Así la edad en el momento de la entrevista es superior en la submuestra de pacientes en HDC, siendo el porcentaje de pacientes de edad igual o superior a 65 años, superior en la submuestra de pacientes en HDC que en los pacientes trasplantados; la edad inicio de la terapia renal sustitutiva es también mayor en los pacientes hemodializados; hay mayor porcentaje de varones en el grupo de pacientes trasplantados; el nivel económico es directamente inferior en los pacientes en HDC; el nivel de educación es algo superior en los

pacientes trasplantados; no existe ningún paciente institucionalizado en la submuestra de pacientes portadores de un injerto renal funcional; el diagnóstico principal de enfermedad renal tiene diferente distribución en las submuestras, siendo menos frecuente en los pacientes trasplantados el diagnóstico de Nefroangioesclerosis, Diabetes Mellitus y otros, y mayor el de Glomerulonefritis, Nefropatía Interciliar y Poliquistosis Renal del adulto; el tiempo total en terapia renal es significativamente mayor en los pacientes trasplantados renales; el número de ingresos hospitalarios este último año, es un poco mayor en el grupo de pacientes en HDC; el índice de co-morbilidad es mayor en la submuestra de pacientes en HDC; los pacientes trasplantados tienen una mayor cifra de hematocrito, hemoglobina, proteínas totales y albúmina, y menor de urea y creatinina.

Las puntuaciones del PCE son inferiores para los pacientes portadores de un injerto renal funcional, excepto en la categoría trabajo, para la cual la puntuación es superior. Ambos subgrupos expresan mayor puntuación media en la dimensión psicosocial que en la física, siendo esta diferencia mayor en el caso de los pacientes trasplantados, cuya puntuación en el Área Psicosocial es el doble que en el Área Física.

Los resultados obtenidos del cuestionario de salud SF-36 de la submuestra de pacientes en HDC son inferiores con $p < 0,01$, excepto para la dimensión Dolor ($p < 0,05$) y la dimensión Rol Emocional para lo cual no existen diferencias estadísticamente significativas. También las puntuaciones sumarias de las áreas Estado Funcional y Bienestar, son inferiores para los pacientes en HDC, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

En pacientes en HDC las variables que se asociaron de manera independiente con una mayor puntuación por encima de la mediana (peor CV) fueron, para la Dimensión Física: la mayor edad, el sexo femenino, la puntuación en la escala de Karnofsky menor o igual a 70 (rango más bajo establecido en la escala) y el mayor índice de co-morbilidad; para la dimensión Psicosocial: el nivel de educación bajo y medio y el tener un mayor índice de co-morbilidad; por último, para la puntuación total del PCE: la mayor edad la puntuación en la escala de Karnofsky menor o igual a 70, el poseer un nivel medio de educación y el mayor índice de co-morbilidad.

Mediante el modelo de regresión múltiple en pacientes con HDC, la mayor edad, la mayor puntuación en la escala de Karnofsky, la mayor albúmina y el mayor tiempo que disfrutó el paciente de un trasplante renal antes de estar en HDC, se asociaron a una puntuación mayor en el Área Estado Funcional (mejor CV); mientras que el mayor número de días de hospitalización el último año y el mayor índice de co-morbilidad, se asociaron a menor puntuación (peor CV). Por otro lado, la única variable que se asoció de manera independiente con una mayor puntuación en el Área Bienestar fue el sexo femenino, la única que se asoció a puntuación inferior, fue el mayor tiempo que tuvo el paciente un trasplante renal funcional.

Otro estudio de CV llamado “Medición de la Calidad de Vida percibida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en Terapia de Hemodiálisis Crónica”, fue realizado en el año 2000 por Marlys Perez J. Alumna de Enfermería, de la Universidad Austral de Chile, como parte de los requisitos para optar al grado de Licenciado en Enfermería.

La población en estudio fue un total de 70 personas con IRCT que reciben tratamiento de HDC en el centro medico “NEFROVAL” de la ciudad de Valdivia. El instrumento utilizado para recolectar la información fue un Cuestionario, el cual consta de dos partes:

- Una hoja de preguntas de información general del paciente: con 3 preguntas de completación y 4 preguntas de abanico, para obtener información de algunos antecedentes sociodemográficos como edad, escolaridad, sexo estado civil y datos específicos de los encuestados con relación a tiempo en tratamiento y patologías asociadas.
- El cuestionario de Salud SF-36, creado por el Dr. John Ware y traducido al español por Alonso y cols. (1995). Lo que pretende medir es el concepto o constructo de CV que se evalúa indirectamente mediante un sistema de indicadores del Estado de Salud.
- Al cuestionario se le adicionó una pregunta de Percepción de la CV, para obtener una estimación global de ésta, ya que el cuestionario de salud SF-36 no lo entrega.

La investigación permitió determinar que en el grupo de pacientes predomina: el grupo etáreo Adulto Medio, el sexo masculino, casados, con escolaridad de enseñanza primaria incompleta, sin otra patología crónica asociada, procedentes de la ciudad de Valdivia y en tratamiento por un periodo entre 6 meses a 1 año.

Se concluyó que la mayoría de los pacientes encuestados perciben su Calidad de Vida en el rango de Regular y que un alto porcentaje la percibe en el rango de Buena a Excelente. Al analizar cada una de las áreas evaluadas en el cuestionario de salud SF-36, se puede destacar que tanto el Área Estado Funcional como la de Bienestar, la CV la califican como Muy Buena, con porcentajes del 40% y 38,6% respectivamente. Los factores que se considera tiene influencia en la percepción de Calidad de Vida son: sexo, escolaridad, procedencia y tiempo en tratamiento.

8. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL 1.

Caracterizar a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en el Centro Médico Dial-Sur de la ciudad de Osorno, de acuerdo a sus antecedentes sociales y demográficos. Noviembre a diciembre 2006

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar a los pacientes según: sexo, edad, escolaridad, previsión, ocupación, estado civil, procedencia y nivel socioeconómico.
2. Identificar en los pacientes la presencia de redes de apoyo familiar y la calidad de las redes de apoyo.

OBJETIVO GENERAL 2.

Describir la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en el Centro Médico Dial-Sur de la ciudad de Osorno. Noviembre a diciembre 2006.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar a los pacientes según: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.
2. Determinar la percepción de la calidad de vida que tienen los pacientes según las ocho dimensiones que cubre el Cuestionario de Salud SF 36.
3. Determinar la percepción de la calidad de vida de los pacientes según tiempo en hemodiálisis.

OBJETIVO GENERAL 3.

Identificar la presencia de patologías asociadas en los pacientes y como influye ésto en su percepción de la calidad de vida.

OBJETIVO ESPECIFICO:

1. Determinar en los pacientes la presencia de antecedentes mórbidos como diabetes, hipertensión entre otras patologías.

OBJETIVO GENERAL 4:

Valorar la percepción de la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis en el Centro Médico Dialsur en la ciudad de Osorno. Noviembre a diciembre 2006.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Establecer la asociación entre percepción de calidad de vida y tiempo en hemodiálisis en pacientes con IRCT en tratamiento de hemodiálisis en la ciudad de Osorno.
2. Establecer la asociación entre percepción de calidad de vida y área estado funcional en pacientes con IRCT en tratamiento de hemodiálisis en la ciudad de Osorno.
3. Establecer la asociación entre percepción de calidad de vida y área estado bienestar en pacientes con IRCT en tratamiento de hemodiálisis en la ciudad de Osorno.
4. Establecer la asociación entre percepción de calidad de vida y área evaluación general de salud en pacientes con IRCT en tratamiento de hemodiálisis en la ciudad de Osorno.

9. MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO:

El estudio realizado es de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

De diseño descriptivo, ya que su objetivo es determinar cómo perciben los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis su calidad de vida, y de corte transversal ya que ésta se encuentra delimitada en el tiempo (octubre 2006 a enero de 2007).

POBLACION EN ESTUDIO:

La población en estudio corresponde a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, atendidos en el Centro de Diálisis “DIALSUR” de Osorno, X Región. Se realizó el estudio en base a un muestreo aleatorio del 30% de la población de pacientes atendidos en dicho centro, que cumplieran con los criterios de inclusión previamente establecidos. La muestra fue de 30 pacientes, de los cuales 8 pacientes no accedieron a responder la encuesta. Por lo tanto la muestra quedó constituida por 22 pacientes.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Se considerarán los siguientes criterios de exclusión:

- Meses en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis: Pacientes que registran menos de tres meses en tratamiento con Hemodiálisis
- Pacientes con deterioro psicorgánico manifiesto.
- Pacientes con alteración psicológica o psiquiátrica de base.
- Pacientes con enfermedad que lo imposibilite comunicarse verbalmente.
- Pacientes con hipoacusia.

- Pacientes que no acepten participar en la investigación

INSTRUMENTO RECOLECTOR:

El método de recopilación de información fue de tipo directo, por medio de una encuesta aplicada durante una entrevista personal que se realizó a cada paciente en el centro de Diálisis “DIALSUR”, durante la espera o salida de su horario de tratamiento dialítico. El tiempo promedio empleado para la aplicación del cuestionario fue aproximadamente 20 minutos por paciente.

En la entrevista personal se aplicó un instrumento que consta de tres ítems, los cuales son: un instructivo, el Cuestionario de Antecedentes Personales y el Cuestionario de Salud SF-36.

El instructivo, que indica la forma de completar el cuestionario, a la vez, incluye el consentimiento informado que garantiza al paciente confianza, seriedad y confidencialidad en el estudio.

El Cuestionario de Antecedentes Personales permitió caracterizar a la población. Consta de 10 preguntas cerradas: edad, sexo, escolaridad, previsión, ocupación, estado civil, procedencia, red de apoyo, patologías crónicas asociadas del paciente y tiempo en hemodiálisis.

El Cuestionario de Salud SF-36 (Health Survey SF-36), creado por el doctor John Ware y traducido al español por Alonso y cols. (1995). Lo que pretende medir es el concepto o constructo de Calidad de Vida que se evalúa indirectamente mediante un sistema de indicadores del Estado de Salud. Fue desarrollado para su uso en el estudio de los resultados médicos (“Medical Outcomes Study” (MOS), Ware, 1992). Proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas con mayor potencial de uso en la evaluación de los resultados clínicos. Es aplicable tanto para la población general como para pacientes en estudios descriptivos y de evaluación. Preferentemente, fue construido para ser autoadministrado, pero se ha mostrado aceptable también la administración mediante entrevista personal ya que, la consistencia interna no presentó diferencias entre ambos.

Este instrumento de salud fue validado en un estudio llevado a cabo con 321 pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en España. Los pacientes fueron evaluados clínicamente por un especialista. Se administró junto con otros cuestionarios,

incluyendo la Escala Análoga Visual sobre la severidad de la disnea padecida. La versión española del cuestionario de salud SF-36 mostró también aquí un alto nivel de consistencia interna para todas las dimensiones exceptuando la Función Social. (ALONSO y col., 1995).

La confiabilidad de este instrumento se comprobó en 50 pacientes con Enfermedad Coronaria estable, reclutados de manera consecutiva durante una visita de control a las consultas externas de Cardiología de un hospital terciario. Transcurridas dos semanas, los pacientes completaron de nuevo el cuestionario. Los valores de los coeficientes de confiabilidad estimados mediante el coeficiente alfa de Cronbach en ambas administraciones fueron similares.

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).

Los ítems y las dimensiones de este instrumento están puntuados de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Este no ha sido diseñado para generar un índice global. Sin embargo, permite el cálculo de dos puntuaciones resumen mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión, una es la suma del Estado Funcional y otro Bienestar.

Al cuestionario se le adicionó una pregunta cerrada acerca de la Percepción de la Calidad de Vida, para obtener una dimensión global de ésta, ya que el cuestionario de salud SF-36 no lo entrega, la cual será considerada para el cruce de variables.

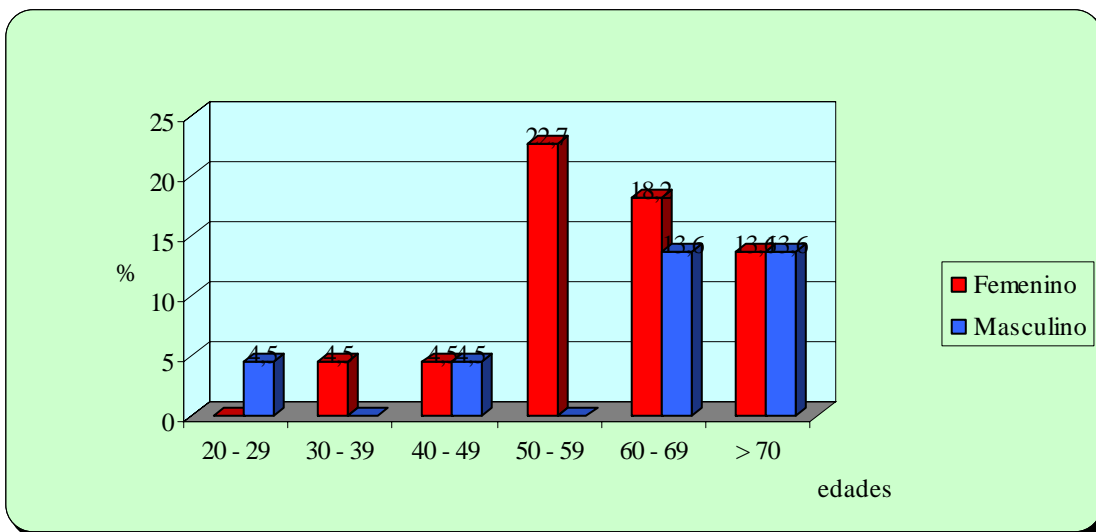
TABULACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.

Para el análisis de las variables, se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2003, en el cual se creó una base de datos, para incorporar cada una de las variables del estudio. Esto permitió la presentación de los resultados y el cruce de variables. Los resultados son presentados mediante gráficos y tablas.

10. RESULTADOS

Grafico N° 1:

Distribución porcentual de pacientes en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis según edad y sexo. Dial- Sur. Osorno. Noviembre – Diciembre 2006.

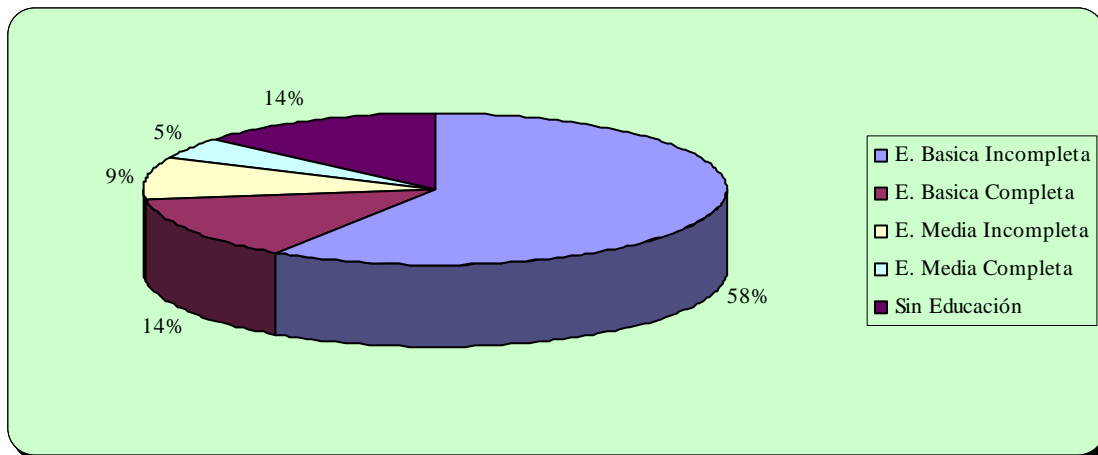


Fuente: Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Centro Medico Dial-Sur. Osorno. Chile 2006.

Respecto a la edad del grupo en estudio, se puede apreciar que la mayoría (81.7%), se encuentra en el rango de edad de 50 a >70 años, que corresponde a la etapa de Adulto Madura y Adulto Mayor de Erikson. A su vez, la mayoría de éstos (54.5%), corresponden al sexo femenino y sólo un 27.2% al sexo masculino. De esto, se puede mencionar que la mayoría de las mujeres son dueñas de casa. Y por otro lado se puede deducir que a menor edad, menor es el número de pacientes en diálisis.

Grafico N° 2:

Distribución porcentual de pacientes en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis según escolaridad. Dial- Sur. Osorno. Noviembre – Diciembre 2006.

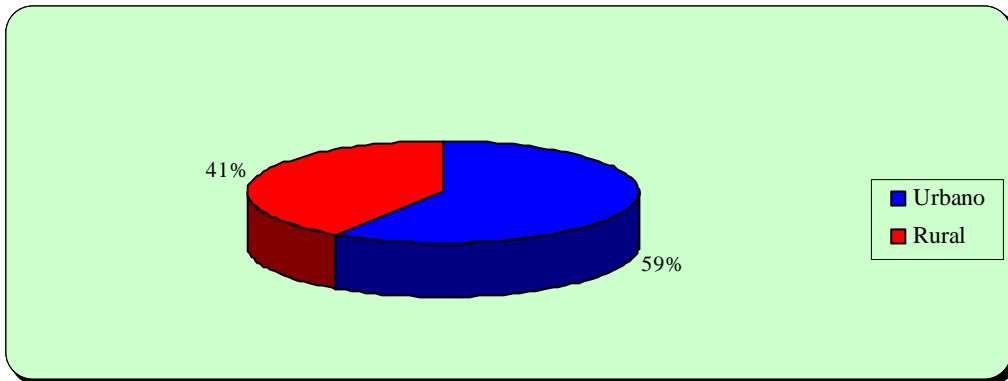


Fuente: Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Centro Medico Dial-Sur. Osorno. Chile 2006.

En relación a la escolaridad de la población en estudio, se puede señalar que el mayor porcentaje (58%), tiene Educación Básica Incompleta. Es importante destacar que sólo el 5% tiene un nivel de estudios de Enseñanza Media Completa, y a la vez se muestra que dentro de los encuestados, ninguno presenta Educación Superior y/o Técnica Profesional, dato importante si se considera la cantidad de información que deben comprender estos pacientes para mantener conductas de autocuidado de salud.

Grafico N° 3:

Distribución porcentual de pacientes en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis según procedencia. Dial- Sur. Osorno. Noviembre – Diciembre 2006.

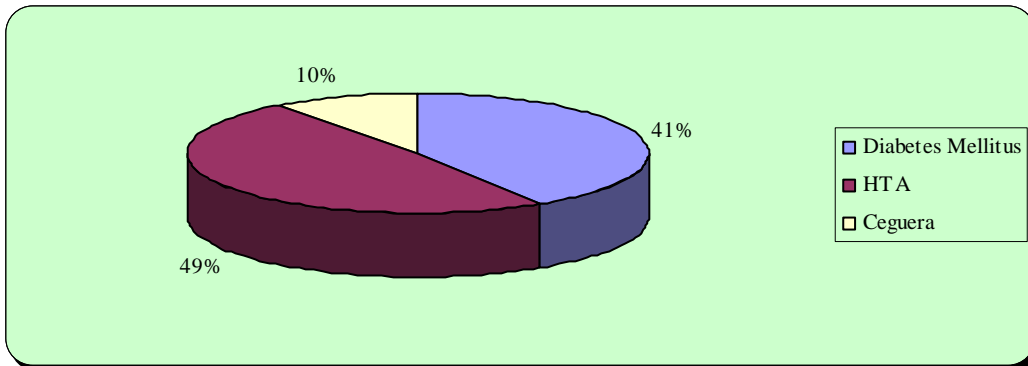


Fuente: Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Centro Medico Dial-Sur. Osorno. Chile 2006.

Respecto a la procedencia del grupo en estudio, el gráfico muestra que la mayoría 59% es Urbano, es decir, son de Osorno; el menor porcentaje corresponde a Rural, es decir, de pueblos cercanos a Osorno, la mayoría del campo. Cabe señalar que estos pacientes son trasladados para su tratamiento, día por medio, lo que puede significar un desgaste físico y/o mental para el paciente, que podría influir en alguna medida en su calidad de vida.

Grafico N° 4:

Distribución porcentual de pacientes en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis según patologías crónicas asociadas. Dial- Sur. Osorno. Noviembre – Diciembre 2006.

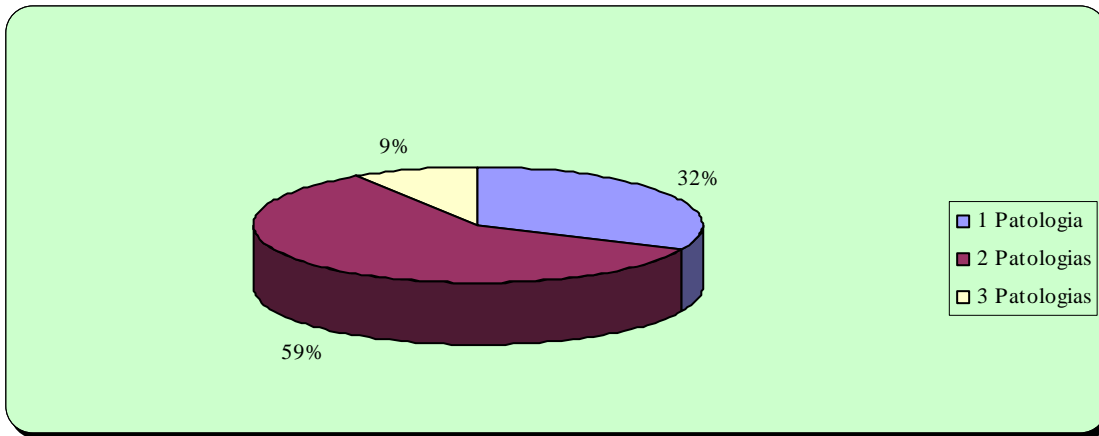


Fuente: Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Centro Medico Dial-Sur. Osorno. Chile 2006.

Respecto a las patologías crónicas asociadas que presenta el grupo estudiado, se puede apreciar que un 49% presentan Hipertensión Arterial, un 41% presentan Diabetes Mellitus y un 10% presentan Ceguera. Cabe señalar que la mayoría de los pacientes encuestados presentan más de una de éstas patologías a la vez, lo que podría deducir que en cierta medida su calidad de vida podría en cierta medida ya estar afectada.

Grafico N° 5:

Distribución porcentual de pacientes en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis según número de patologías crónicas asociadas. Dial- Sur. Osorno. Noviembre – Diciembre 2006.

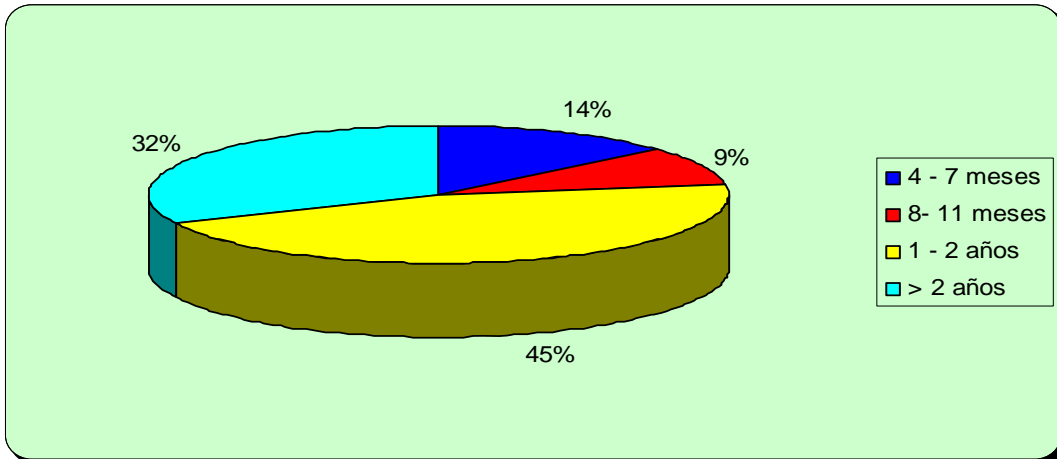


Fuente: Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Centro Medico Dial-Sur. Osorno. Chile 2006.

Respecto al número de patologías asociadas que presenta cada paciente, se puede apreciar que la mayoría (68%), presenta dos o más patologías, además de la Insuficiencia renal crónica. Dato importante, si se considera que mientras más patologías presente una persona, su calidad de vida podría verse más afectada, por todo lo que significa vivir con una enfermedad para toda la vida

Grafico N° 6:

Distribución porcentual de pacientes en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis según tiempo en Hemodiálisis. Dial- Sur. Osorno. Noviembre – Diciembre 2006.

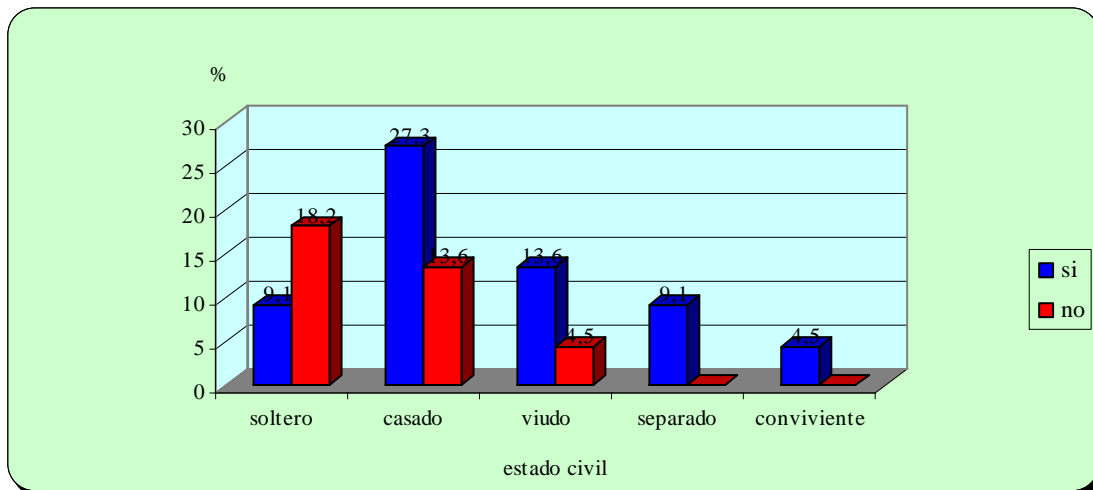


Fuente: Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Centro Medico Dial-Sur. Osorno. Chile 2006.

Respecto al tiempo en hemodiálisis del grupo en estudio, el gráfico muestra que la mayoría (77%) de los pacientes lleva entre 1 y más de 2 años en tratamiento y sólo un 23% lleva menos de 11 meses en tratamiento. Es importante destacar que todos los pacientes asisten a tratamiento tres veces por semana.

Grafico N° 7:

Distribución porcentual de pacientes en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis según Estado Civil y Red de Apoyo. Dial- Sur. Osorno. Noviembre – Diciembre 2006.



Fuente: Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Centro Medico Dial-Sur. Osorno. Chile 2006.

Respecto al estado civil del grupo en estudio, este gráfico muestra que la mayoría de los pacientes (40.9%) son casados y que un 27.3% de éstos presentan una red de apoyo familiar, en este caso sus cónyuges fueron nombrados como el principal apoyo emocional. Por otra parte, se puede apreciar que un 27.3% son solteros y que el 18.2% de éstos no presentan una red de apoyo familiar. Dato importante si se considera que tener un apoyo familiar podría favorecer en cierta medida una buena adhesión al tratamiento.

Cabe destacar que tanto los pacientes viudos como los separados, la mayoría si presenta una red de apoyo familiar, éstos pacientes refirieron “tener a sus hijos que los apoyan en su tratamiento”.

Tabla N° 1: Distribución porcentual de pacientes en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis según percepción de la calidad de vida y tiempo en hemodiálisis. Dial-Sur. Osorno. Noviembre – Diciembre 2006.

Percepción de Calidad de Vida	Tiempo en Hemodiálisis									
	4 – 7meses		8-11meses		1-2 años		>2años		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Excelente	0	0	0	0	1	10%	0	0	1	4.5%
Muy Buena	2	66.7%	0	0	0	0	3	42.8%	5	22.7%
Buena	0	0	2	100%	4	40%	1	14.2%	7	31.8%
Regular	1	33.3%	0	0	3	30%	2	28.5%	6	27.2%
Mala	0	0	0	0	2	20%	1	14.2%	3	13.6%
Total	3	100%	2	100%	10	100%	7	100%	22	100%

Fuente: Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Centro Medico Dial-Sur. Osorno. Chile 2006.

En relación a la percepción de la calidad de vida y el tiempo en hemodiálisis de los pacientes en estudio, se puede apreciar que la mayoría (77.3%) lleva entre 1 y más de 2 años en tratamiento y a la vez que la mayoría de ellos (58.9%) percibe su calidad de vida en el rango de Muy Buena a Regular, es decir, que sólo algunas veces se han sentido en completo bienestar físico, mental, ambiental y social.

Cabe destacar, que la mayoría de los pacientes que llevan entre 1 y 2 años de tratamiento en hemodiálisis perciben su calidad de vida, en el rango de Regular a Mala, mientras que los pacientes que llevan más de 2 años la mayoría percibe su calidad de vida en el rango de Buena a Muy Buena, se podría deducir que a mayor tiempo en hemodiálisis mejor es la percepción de la calidad de vida, esto se puede deber a lo bien que se van sintiendo los pacientes con el tratamiento. Contrario a lo que se podría pensar, que a medida que van aumentando los años de tratamiento uno podría deducir que se va perdiendo la esperanza en el trasplante y la terapia se va haciendo cada vez más agotadora.

Área Estado Funcional	Percepción del Estado Funcional											
	Excelente		Muy Buena		Buena		Regular		Mala		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Función Física	0	0	2	9,1	8	36,4	7	31,8	5	22,7	22	100
Función Social	0	0	5	22,7	4	18,2	3	13,6	10	45,5	22	100
Rol Físico	2	9,1	0	0	1	4,5	7	31,8	12	54,5	22	100
Rol Emocional	8	36,4	1	4,5	1	4,5	12	54,5	0	0	22	100
Total	10	11,4	8	9,1	14	15,9	29	33	27	30,7	88	100

Tabla N° 3: Distribución numérica y porcentual de pacientes en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis según área estado funcional. Dial-Sur. Osorno. Noviembre-Diciembre 2006.

Fuente: Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Centro Medico Dial-Sur. Osorno. Chile 2006.

En relación a la percepción que tienen los pacientes de las cuatro dimensiones que mide el Área Estado Funcional se puede decir que:

En cuanto a la Función física, la mayoría de los pacientes (54.5%) la califica de Regular a Mala, es decir, que algunas veces, la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc.

De acuerdo, a la Función Social, la mayoría de los pacientes (59.1%), la califica como de Regular a Mala, es decir, que algunas veces los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social del paciente.

Respecto al Rol físico, la mayoría de los pacientes (86.3%), la califica de Regular a Mala, es decir, que la mayoría de las veces la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado.

Respecto al Rol Emocional, la mayoría de los pacientes (54,5%), la califica como Regular, es decir, que algunas veces los problemas emocionales interfieren en el trabajo u

otras actividades, incluyendo reducción del tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo.

En general, se puede apreciar que en el Área Estado Funcional, la mayoría de los pacientes en estudio (63,7%) la calificó de Regular a Mala.

Tabla N° 4: Distribución numérica y porcentual de pacientes en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis según Área Estado Bienestar. Dial-Sur. Osorno. Noviembre-Diciembre 2006.

Área Estado Bienestar	Percepción del Estado Bienestar											
	Excelente		Muy Buena		Buena		Regular		Mala		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Salud mental	1	4,5	8	36,4	9	40,9	2	9,1	2	9,1	22	100
Vitalidad	1	4,5	2	9,1	13	59,1	4	18,2	2	9,1	22	100
Dolor	7	31,8	2	9,1	5	22,7	4	18,2	4	18,2	22	100
Total	9	13,6	12	18,2	27	40,9	10	15,2	8	12,1	66	100

Fuente: Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Centro Medico Dial-Sur. Osorno. Chile 2006.

En relación a la percepción que tienen los pacientes de las tres dimensiones que mide el Área Estado Bienestar se puede decir que:

Respecto a la dimensión Salud Mental, se puede apreciar que la mayoría (77.3%) de los pacientes en estudio, la califica de Muy Buena a Buena, es decir, que algunas veces, el paciente se ha sentido en completo bienestar psicológico.

En relación a la dimensión Vitalidad, se puede apreciar que la mayoría (59,1%) de los pacientes en estudio, la califica como Buena, es decir, que algunas veces el paciente, se ha sentido con energía para realizar sus actividades.

Respecto a la dimensión Dolor, se puede apreciar que la mayoría (63.6%) de los pacientes en estudio, la califica de Buena a Excelente, es decir, que el paciente sólo algunas veces ha presentado dolor, y que por lo tanto, ésto sólo algunas veces ha influido en su vida diaria.

En general, se puede apreciar que en el Área Estado Bienestar, la mayoría (72.7%) de los pacientes en estudio, la califica de Buena a Excelente.

Tabla N° 5: Distribución numérica y porcentual de pacientes en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis según área evaluación general de la salud. Dial-Sur. Osorno. Noviembre – Diciembre 2006.

Área Evaluación General de la Salud	Percepción de Evaluación de la Salud											
	Excelente		Muy Buena		Buena		Regular		Mala		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Percepción Salud General	1	4,5	5	22,7	7	31,8	6	27,2	3	13,6	22	100
Cambio de Salud en el Tiempo	5	22,7	10	45,5	5	22,7	0	0	2	9,1	22	100
Total	6	13,6	15	34,1	12	27,2	6	13,6	5	11,4	44	100

Fuente: Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Centro Medico Dial-Sur. Osorno. Chile 2006.

En relación a la percepción que tienen los pacientes de las dos dimensiones que mide el Área Evaluación General de la Salud se puede decir que:

Respecto a la Percepción de la Salud en General, se puede apreciar que la mayoría (54.5%), la califica de Buena a Muy Buena y sólo un 13,6% la califica como Mala.

En cuanto al Cambio de Salud en el Tiempo, la mayoría (68.2%), la califica de Muy Buena a Excelente, es decir, refieren estar mucho mejor que un año atrás y sólo un 11,4% la califica como Mala, es decir, peor que hace un año atrás.

11. DISCUSION

Los resultados obtenidos de la población estudiada, en relación a edad y sexo, se puede mencionar que la mayoría de los pacientes (81.7%) se encuentra en el rango de edad de 50 a >70 años, que corresponde a la etapa de Adulto Madura y Adulto Mayor, según el ciclo vital individual de Erikson, esto concuerda con los datos entregados a nivel nacional en agosto de 2005 por la Sociedad Chilena de Nefrología. El sexo que predomina, es el femenino (63,6%), estos datos no son concordantes con los de nivel nacional entregados en agosto 2005 por la Sociedad Chilena de Nefrología, debido a que según sexo, la mayoría son de sexo masculino (53,4%).

En relación a la variable escolaridad, se puede señalar que el mayor porcentaje (58%), tiene Educación Básica Incompleta. Es importante destacar que sólo el 5% tiene un nivel de estudios de Enseñanza Media Completa, y a la vez que dentro de los encuestados, ninguno presenta Educación Superior y/o Técnica Profesional, dato importante si se considera la cantidad de información que deben comprender estos pacientes para mantener conductas de autocuidado de salud.

Respecto a la variable estado civil, un 45,4% de los pacientes cuenta con una pareja estable, de ellos el 40,9% ha formalizado su unión con vínculo legal. El 72,2% dice tener una sólida red de apoyo familiar, esto si lo analizamos con lo dicho anteriormente, se puede ver que al ser la mayoría casados, la principal red de apoyo son sus cónyuges.

Según la procedencia del grupo en estudio, la mayoría 59% es Urbano, es decir, son de Osorno; el menor porcentaje corresponde a Rural, es decir, de pueblos cercanos a Osorno, la mayoría del campo. Según la percepción de la calidad de vida, el 40,9% de los pacientes Urbano, la califica en el rango de Muy Buena a Excelente, en comparación a los pacientes del área rural en que el 31,8% la califica en el rango de Buena a Regular. Lo que se podría explicar por el cansancio que les ocasionan los viajes que realizan periódicamente, disponer de una mayor cantidad de tiempo y un gasto extra tanto económico como psicológico.

En relación con la percepción de la Calidad de Vida, la mayoría de los pacientes (81.7%), la considera de Regular a Muy Buena, es decir, que sólo algunas veces la enfermedad los limita en aspectos tales como la alimentación, la actividad física y social. Este dato coincide con el obtenido por Elgueta y cols.; quien en su estudio de medición de

calidad de vida en personas mayores de 60 años en HDC obtuvo que un porcentaje significativo del total de personas en diálisis estima su calidad de vida como elevada.

Respecto al tiempo en hemodiálisis del grupo en estudio, la mayoría 45% de los pacientes lleva entre 1 y 2 años en tratamiento y un 32% lleva más de 2 años. Datos que coinciden con el estudio realizado por Pérez, M., en el año 2001.

En relación a las patologías crónicas asociadas que presenta la población en estudio, se puede señalar que un 49% presenta Hipertensión Arterial, un 41% presenta Diabetes Mellitus y un 10% presenta Ceguera. Cabe señalar que la mayoría de los pacientes encuestados (59%) presentan dos patologías más, a parte de la insuficiencia renal crónica. Dato importante, si se considera que mientras más patologías presente una persona, su calidad de vida podría verse más afectada, por todo lo que significa vivir con una enfermedad para toda la vida.

En relación con las tres áreas evaluadas en el cuestionario de salud SF-36; en el área Estado Funcional, la mayoría de los pacientes en estudio (63,7%) la califica de Regular a Mala.

En esta área se miden cuatro dimensiones; respecto a la Función Física, la mayoría (54.5%), la califica de Mala a Regular, esto debe deberse a que como la mayoría (77%) lleva más de 1 año en tratamiento con HDC, los pacientes se van acostumbrando a vivir con sus limitaciones.

El 59.1% clasificó la Función Social de Regular a Mala, esto puede deberse a que el tiempo que deben dedicar los pacientes para la terapia es bastante, por lo tanto, reduce su tiempo como para realizar actividades sociales, por otra parte las limitaciones de la enfermedad también lo alejan de su círculo de amigos.

En la dimensión Rol Físico, el 86.3% de los pacientes la califica de Regular a Mala, en esta dimensión concuerda con el estudio realizado por Marlys Perez, año 2001; dice que “a pesar que pudiera considerarse este resultado contradictorio con el obtenido en la dimensión física, la explicación puede estar en que si se asocian las características de la población en estudio, son personas que dada su escolaridad, la opción de trabajo a la que pueden acceder, tiene relación con una actividad laboral mas de esfuerzo físico que intelectual y que en muchas ocasiones deben abandonar su trabajo por limitaciones de la enfermedad y el tratamiento”.

En la dimensión Rol Emocional el 54,5% la califica como Regular y un 36,4% la califica como Excelente, esto debe deberse a que la mayoría (72,2%) de los pacientes encuestados cuenta con una red de apoyo, y por ende se sienten apoyados por familiares y/o

amigos. Por otra parte, “nuestra sociedad se caracteriza por tener gran sensibilidad y solidaridad con las personas que enfrentan problemas derivados de alguna patología, ello tiene como efecto que familiares y/o amigos realicen acciones para apoyar y ayudar a las personas, cuando éstas se encuentran enfermas”. (PEREZ, M., 2001)

En el área Bienestar la mayoría 40,9% la califica como Buena. Cabe destacar que el 72,7% califica esta área en el rango de Buena a Excelente y solo un 12,1% la califica como Mala.

En esta área se miden tres dimensiones: respecto a la dimensión Salud Mental el 77.3% de los pacientes la califica de Muy Buena a Buena. Es contradictorio este resultado, si se relaciona con los antecedentes de la literatura científica donde se destaca la condición psicológica de este tipo de pacientes “con periodos frecuentes de depresión, agresividad y actitudes negativas en su grupo familiar o hacia el personal de salud” (Cisternas y cols., 1990).

En la dimensión Vitalidad el 59,1% la califica como Buena, este puntaje podría deberse a que la terapia le devuelve la fuerza a cada paciente, salen renovados luego de cada sesión de hemodiálisis.

En la dimensión Dolor el 63.6% de los pacientes la califica de Buena a Excelente, esto coincide con el estudio de Marlys Perez, año 2001, puede explicarse debido a que, “la estabilización de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis, con cierta frecuencia, tiene como efecto una regresión de los indicadores del sistema músculo esquelético y por ende, una disminución del dolor”.

En relación al área de Evaluación General de la Salud, el 59% de los pacientes la califican en el rango de Buena a Regular, esto podría deberse a que la mayoría 59% de los pacientes presentan mas de una patología asociada. Esto no concuerda con el estudio realizado por Perez, M, año 2001, debido a que la percepción de la salud de su población estudiada fue calificada de Buena a Excelente, debido a que el 70% no presentaba otra patología asociada, caso totalmente contrario a lo que ocurre en este estudio.

En la dimensión Cambio de Salud en el Tiempo el 68.2% la califica como Muy Buena a Excelente, es decir, que la mayoría del grupo estudiado refiere estar mejor que hace un año atrás. Esto puede deberse a que el 77% de los pacientes lleva mas de 1 año en tratamiento, por lo tanto, han disminuido los síntomas de las complicaciones propias del Síndrome Urémico, alteraciones metabólicas y sobrecarga de líquido, lo que los hace considerar que su salud es mejor que hace un año atrás.

En relación a la percepción de la calidad de vida y el tiempo en hemodiálisis de los pacientes en estudio, la mayoría 77.3 lleva entre 1 y más de 2 años en tratamiento y a la vez que la mayoría de ellos 58.9 percibe su calidad de vida en el rango de Muy Buena a Regular, es decir, que algunas veces se han sentido en completo bienestar físico, mental, ambiental y social.

Cabe destacar, que la mayoría de los pacientes que llevan entre 1 y 2 años de tratamiento en hemodiálisis perciben su calidad de vida, en el rango de Regular a Mala, mientras que los pacientes que llevan más de 2 años la mayoría percibe su calidad de vida en el rango de Buena a Muy Buena, se podría deducir que a mayor tiempo en hemodiálisis mejor es la percepción de la calidad de vida, esto se puede deber a lo bien que se van sintiendo los pacientes con el tratamiento. Contrario a lo que se podría pensar, que a medida que van aumentando los años de tratamiento uno podría deducir que se va perdiendo la esperanza en el trasplante y la terapia se va haciendo cada vez más agotadora.

12. CONCLUSION

De los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede concluir que:

- ❖ Respecto a la edad, la mayoría la mayoría (81.7%), se encuentra en el rango de edad de 50 a >70 años, que corresponde a la etapa de Adulto Madura y Adulto Mayor de Erikson. A su vez, la mayoría de éstos (54.5%), corresponden al sexo femenino y sólo un 27.2% al sexo masculino.
- ❖ En relación a la escolaridad, el mayor porcentaje (58%), tiene Educación Básica Incompleta. Es importante destacar que sólo el 5% tiene un nivel de estudios de Enseñanza Media Completa, y a la vez, que dentro de los encuestados, ninguno presenta Educación Superior y/o Técnica Profesional.
- ❖ Respecto a la procedencia, la mayoría 59% es Urbano, es decir, son de Osorno; el menor porcentaje corresponde a Rural, es decir, de pueblos cercanos a Osorno, la mayoría del campo.
- ❖ Respecto a las patologías crónicas asociadas, un 49% presentan Hipertensión Arterial, un 41% presentan Diabetes Mellitus y un 10% presentan Ceguera. Cabe señalar que la mayoría de los pacientes 59%, presenta dos patologías más, a parte de la Insuficiencia renal crónica.
- ❖ Respecto al tiempo en hemodiálisis, la mayoría 45% de los pacientes lleva entre 1 y 2 años en tratamiento, un 32% lleva más de 2 años, un 14% lleva entre 4 y 7 meses y sólo un 9% lleva entre 8 y 11 meses. Es importante destacar que todos los pacientes asisten a tratamiento tres veces por semana.
- ❖ Respecto al estado civil, la mayoría de los pacientes (40.9%) son casados y un 27.3% de éstos presentan una red de apoyo familiar, en este caso sus cónyuges fueron nombrados como el principal apoyo emocional. Por otra parte, un 27.3% son solteros y que el 18.2% de éstos no presentan una red de apoyo familiar. Dato importante si se considera que tener un apoyo familiar podría favorecer en cierta medida una buena adhesión al tratamiento.

Cabe destacar que tanto los pacientes viudos como los separados, la mayoría si presenta una red de apoyo familiar, éstos pacientes refirieron “tener a sus hijos que los apoyan en su tratamiento”.

❖ En relación a la percepción de la calidad de vida y el tiempo en hemodiálisis, la mayoría (77.3%) lleva entre 1 y más de 2 años en tratamiento y a la vez que la mayoría de ellos (58.9%) percibe su calidad de vida en el rango de Muy Buena a Regular, es decir, que sólo algunas veces se han sentido en completo bienestar físico, mental, ambiental y social.

❖ En relación a las tres áreas que evalúa el cuestionario de salud SF-36:

1. Área Estado Funcional: es calificada en un 60,7% de Regular a Mala.

➤ Dimensión Función Física: el 68.2% la califica de Regular a Buena, es decir, que solo alguna vez, la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc. Y sólo el 22.7% de los pacientes la califica como Mala.

➤ Dimensión Función Social: el 59.1% la califica de Regular a Mala, es decir, que algunas veces los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social del paciente.

➤ Dimensión Rol Físico: el 54,5% la califica como Mala, es decir, que siempre la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado.

➤ Dimensión Rol Emocional: el (54,5%), la califica como Regular, es decir, que algunas veces los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades, incluyendo reducción del tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo.

2. Área Estado Bienestar: el 40,9%, la califica como Buena.

➤ Dimensión Salud Mental: el 77.3%, la califica de Muy Buena a Buena, es decir, que algunas veces, el paciente se ha sentido en completo bienestar psicológico.

➤ Dimensión Vitalidad: el 59,1%, la califica como Buena, es decir, que algunas veces el paciente, se ha sentido con energía para realizar sus actividades.

- Dimensión Dolor: el 63.6%, la califica de Buena a Excelente, es decir, que el paciente sólo algunas veces ha presentado dolor, y que por lo tanto, esto sólo ha influido algunas veces en su vida diaria.

3. Área Evaluación General de la Salud:

- Dimensión Percepción de la Salud General: el 81.7%, la califica de Regular a Muy Buena y sólo un 13,6% la califica como Mala.
- Dimensión Cambio de Salud en el Tiempo: el 68.2%, la califica de Muy Buena a Excelente, es decir, refieren estar mucho mejor que un año atrás y sólo un 11,4% la califica como Mala, es decir, peor que hace un año atrás.

La hemodiálisis crea un vínculo especial entre el profesional de Enfermería y el paciente, basado en la confianza personal y profesional. El profesional no sólo cuida del paciente sino que también se convierte en su continuo soporte maestro y en motivador de la rehabilitación. A medida que pasa el tiempo, el estado del paciente se estabiliza, el proceso de asistencia incita al paciente a la participación en los cuidados, y se desarrolla una independencia y un sentimiento de mayor autodominio

El continuo intercambio de ideas, e incluso de sentimientos, es fundamental para conseguir que pacientes que en un principio estaban condenados a morir, vivan y lo hagan con un grado de rehabilitación adecuado, que les permita no considerarse ni siquiera enfermos.

Sabiendo la percepción de la calidad de vida, la enfermera puede centrarse más en las necesidades reales de la persona y no verlo sólo como un enfermo, sino como un “ser humano biopsicoespiritual”, es decir, abordarlo de una manera más integral, que incluye sus valores, creencias y percepciones. Este conocimiento permitirá realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida por la que está atravesando cada persona en particular.

De este estudio, se puede concluir, que a pesar de las limitaciones que provoca la enfermedad en sí, como también el tratamiento de diálisis, la mayoría de los pacientes encuestados, percibe su calidad de vida como Buena. Dentro de los factores que influyen positivamente en este resultado, es sin duda, la red de apoyo, es decir,

contar con sus familiares y/o amigos en este proceso. Para Enfermería, esto se considera el pilar fundamental de apoyo al paciente con enfermedad crónica, tanto para mantener conductas de autocuidado, un buen estado de ánimo, sentirse acompañado y a la vez mantener una adhesión al tratamiento. En este ámbito nuestra disciplina, juega un rol fundamental, debido a que puede interactuar tanto con el paciente como con sus familiares, haciendo partícipes a todos del tratamiento y así, hacer más llevadero todo el proceso de Enfermedad.

Y por último, dada la tendencia actual, es decir, el aumento que ha experimentado, las enfermedades crónicas, en especial la IRC, dentro de la población, es importante, para enfermería poner hincapié en los diferentes niveles de atención. Sobre todo lo que es a nivel Primario, pues es en donde se pueden prevenir y/o mantener a este tipo de pacientes controlados y educados acerca de las complicaciones a las que puede llevarlos un mal manejo de sus patologías.

13. BIBLIOGRAFIA

- ALONSO J Y L PRIETO.1995. Versión española del SF-36, Cuestionario de Salud, un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin (España) 104: 771-776.
- BRUNNER Y SUDDARTH, 2000. Manual de Enfermería Médico Quirúrgica, Novena Edición. Editorial Interamericana, México. Volumen II.
- CISTERNAS, H.; JARA, A.; ROSENBERG, H.; VACARREZZA, A.; VALDÉS, G.; VALDIVIESO, A; VIAL, S. 1990. Temas de Nefrología. S. Vial. ed. Santiago, Chile, SA. 353 p.
- ELGUETA, H.; MAÑALICH; A. SAFFIE. 1994. “HEMODIÁLISIS CRÓNICA: PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS”. Revista Médica de Chile. 122: 679-685.
- ERIKSON. E. 1963. Childhood and Society. New Cork. W. W. Norton and company. Rosas, C. (Original no consultado, compendiado de curso de atención adulto y senescente I, Instituto de Enfermería. UACH .Valdivia.
- FERNÁNDEZ, R.; SAMOS, A. 2005. Enfermedad Crónica Renal Terminal. Angiología. 150 p.
- GÓMEZ, M. 2000. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. 150 p.
- IBORRA, M. 1998. Calidad de vida de los pacientes dializados. Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. 58 p.

- INSTITUTO MUNICIPAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA. 2003. Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud. Barcelona. Disponible en: <http://www.imim.es/cvrs/>. (consultado en Diciembre 2006)
- MINSAL, 2005. MINISTERIO DE SALUD. *Guía Clínica Insuficiencia Renal Crónica Terminal*. 1st Ed. Santiago.
- MUÑOZ, C. 1998. Como elaborar y asesorar una investigación de tesis. 1º ed. México, Pearson. 300 p.
- OPS. OMS. 1986. Metodología de la investigación. Reproducido de: Manual para el desarrollo de salud. OPS. OMS. Limusa, S.A. de C.V. Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina. Instituto de Salud Pública. 283 p.
- PÉREZ, M. 2001. “MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN PACIENTES CON IRCT EN TERAPIA DE HDC. CENTRO MÉDICO NEFROVAL. VALDIVIA 2000”. Tesis para optar al grado de Lic. En Enfermería. Valdivia, UACH, Facultad de Medicina. 60 p.
- POBLETE, B. 1999. Hemodiálisis Crónica en Chile. Cuenta de HDC en Chile. 51 p.
- RODRÍGUEZ, M. 2005. Calidad de vida en pacientes hemodializados. *Ciencia y Enfermería* XI (2):47-57.
- SOCIEDAD CHILENA DE NEFROLOGÍA. Registro de Diálisis 2005. Cuenta de Hemodiálisis crónica en Chile. 60 p.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEFROLOGÍA. 1999. Normas de Actuación Clínica en Nefrología; tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal crónica. España. Harcourt España, S.A. 80 p.
- UREÑA, A; ROVIRA, P; RAMOS, J Y ESPÍ. (1997). Evolución de la Calidad de Vida relacionada con la salud en las personas portadoras de un riñón trasplantado. Edit. Hostal, S.A., Nápoles, 249. Barcelona. 400 p.

- Universidad Austral de Chile. Sistema Biblioteca. Guía para la redacción de citas bibliográficas. Valdivia (Disponible en www.biblioteca.uach.cl/pdf/referencia_Ivera.pdf) (consultado en Abril 2007)
- ZANOQUERA, G. MERCEDES. 1998. Calidad de vida en pacientes en Hemodiálisis. Editado Hostal S.A. Nápoles, 249. Barcelona. Sevilla. 480 p.
- Web site: http://donación.organos.ua.es/info_sanitaria/p-renal/hemodialisis.htm (consultado en diciembre 2006).
- Web site: <http://alcer.net> (consultado en diciembre 2006).
- Web site: http://www.kidney.org/atoz/pdf/hemodialysis_sp.pdf (consultado en diciembre 2006).

14. ANEXOS

INSTRUMENTO RECOLECTOR DE INFORMACIÓN

INSTRUCCIONES:

1. Este estudio consiste en conocer lo que usted piensa acerca de su calidad de vida y que aspectos considera que se han visto más afectados.
2. Se asegura confidencialidad de los datos recogidos, no se dará la identidad de quien responda este cuestionario.
3. Este cuestionario consta de cuatro partes.
4. La primera parte es un cuestionario de antecedentes personales.
5. La segunda parte incluye un cuestionario de lo que usted piensa de su salud.
6. Puede hacer las preguntas que quiera sobre el estudio.
7. Su participación es voluntaria.
8. Desde ya muchas gracias por su cooperación.

Nº de caso:

I. Cuestionario de Antecedentes Personales

A continuación encierra en un círculo (O) el número que corresponda, según su situación personal:

Edad:

1. 19 a 29 años
2. 30 a 39 años
3. 40 a 49 años
4. 50 a 59 años
5. 60 a 69 años
6. mayor o igual a 70 años

Sexo:

1. Hombre
2. Mujer

Escolaridad:

1. Educación Básica Completa
2. Educación Básica Incompleta
3. Educación Media Completa
4. Educación Media Incompleta
5. Educación Superior Completa
6. Educación Superior Incompleta
7. Educación Técnico-Profesional Completa
8. Educación Técnico-Profesional Incompleta
9. Sin Educación.

Previsión:

1. FONASA A
2. FONASA B
3. FONASA C
4. FONASA D
5. ISAPRE
6. PARTICULAR.

Ocupación:

1. Empleado Dependiente
2. Independiente
3. Dueña de Casa
4. Jubilado

5. Cesante
6. Otro

Estado Civil:

1. Soltero
2. Casado
3. Viudo
4. Conviviente
5. Separado

Procedencia:

1. Urbano
2. Rural

Red de apoyo:

1. Recibe Apoyo
2. No recibe Apoyo

Patologías Crónicas Asociadas:

1. Diabetes Mellitus
2. Hipertensión Arterial
3. Ceguera
4. Otra
5. Ausente

Tiempo en Hemodiálisis:

1. Entre 4 y 7 mese
2. Entre 8 y 11 meses
3. Entre 1 año y 2 años
4. Más de 2 años

II. Cuestionario de Salud SF-36

Su Salud y Bienestar.

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

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y encierre con un círculo (O) el número que mejor describa su respuesta.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

1. **En general, usted diría que su salud es:** (marque solo un número)

1. Excelente 2. Muy Buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala

2. **¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:**
(marque solo un número)

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

3. **Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?** (marque solo un número por cada pregunta)

	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada
a) Esfuerzos internos tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores	1	2	3
b) Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar mas de una hora	1	2	3
c) Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d) Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
e) Subir un solo piso por la escalera	1	2	3

f) Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g) Caminar un kilómetro o más	1	2	3
h) Caminar varios centenares de metros	1	2	3
i) Caminar unos 100 metros	1	2	3
j) Bañarse o vestirse por si mismo	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? (marque solo un número por cada pregunta)

	Siempre	Casi Siempre	Algunas Veces	Solo alguna Vez	Nunca
a) ¿Tuvo que deducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2	3	4	5
b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2	3	4	5
c) ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2	3	4	5
d) ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo le costó más de lo normal)?	1	2	3	4	5

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

	Siempre	Casi Siempre	Algunas Veces	Solo alguna Vez	Nunca
a) ¿Tuvo que deducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?	1	2	3	4	5
b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?	1	2	3	4	5

e) ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre por algún problema emocional?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

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

1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas? (Marque un solo número)

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

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

1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho

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

	Siempre	Casi Siempre	Algunas Veces	Solo alguna Vez	Nunca
a) ¿Se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5
b) ¿Estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5
c) ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	1	2	3	4	5
d) ¿Se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5

e) ¿Tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5
f) ¿Se sintió desanimado y deprimido?	1	2	3	4	5
g) ¿Se sintió agotado?	1	2	3	4	5
h) ¿Se sintió feliz?	1	2	3	4	5
i) ¿Se sintió cansado?	1	2	3	4	5

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

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

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:
(Marque un solo número por cada pregunta)

	Totalmente Cierta	Bastante Cierta	No lo sé	Bastante Falsa	Totalmente Falsa
a) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
a) Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
a) Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
a) Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

Gracias por contestar estas preguntas...

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Proyecto: **“Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en Tratamiento sustitutivo con hemodiálisis”**

Se me ha solicitado participar voluntariamente en un estudio que realiza la Srta. Marcela Mera Santander tesista de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile.

Al participar en este estudio yo estoy de acuerdo en responder la encuesta que se llevará a efecto en el Centro Médico “DIALSUR”.

- ❖ Yo entiendo que esto no implica riesgos para mi salud, ni para mi familia y puedo negarme a contestar algunas preguntas.

- ❖ He podido hacer las preguntas que he querido a cerca del estudio y puedo retirarme de él en cualquier momento.

- ❖ Los resultados pueden ser confidenciales y pueden ser publicados.

YO _____
Doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio.

Dirección:

Teléfono:

Firma:

Fecha:

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Variable	Definición nominal	Definición operacional
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona en años cumplidos hasta el día de la entrevista.	19 a 29 años 30 a 39 años 40 a 49 años 50 a 59 años 60 a 69 años Mayor o igual a 70 años.
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	-Hombre -Mujer
Escolaridad	Grado de instrucción que posee la persona	-Educación básica completa -Educación básica incompleta -Educación media completa -Educación media incompleta -Educación superior completa -Educación superior incompleta -Educación técnico – profesional completa -Educación técnico – profesional incompleta -Sin educación
Previsión	Entidad de salud al cual están afiliadas los pacientes en estudio	- Fonasa A - Fonasa B - Fonasa C - Fonasa D - Isapre. - Particulares.
Ocupación.	Situación laboral actual de los pacientes en estudio.	- Empleado dependiente

		<ul style="list-style-type: none"> - Dueña de Casa - Jubilado. - Independiente. - Cesante. - Jubilado. - Otro.
Estado civil	Condición jurídica de la persona desde el punto de vista de sus obligaciones y deberes cívicos de carácter individual y familiar.	<ul style="list-style-type: none"> -Soltero. -Casado. -Viudo. -Conviviente. -Separado.
Procedencia	Lugar de origen de las personas.	<ul style="list-style-type: none"> -Urbano -Rural
Red de apoyo	Grupos, individuos y/o instituciones que brindan apoyo social.	<ul style="list-style-type: none"> -Recibe apoyo -No recibe apoyo.
Patologías Crónicas Asociadas	Presencia de otras patologías en el paciente	<ul style="list-style-type: none"> Diabetes Hipertensión Ceguera Otra Ausente
Tiempo en Hemodiálisis	Tiempo transcurrido desde que inicio la hemodiálisis hasta el momento de la entrevista.	<ul style="list-style-type: none"> Entre 4y 7 meses Entre 8 y 11 meses Entre 1 año y 2 años Más de 2 años
Área Estado Funcional	Resultado de las puntuaciones obtenidas en las dimensiones: Función Física, Social, Limitaciones del Rol por Problemas Físicos y Emocionales.	<ul style="list-style-type: none"> - Excelente = 54-48 pts. - Muy Buena = 47-34 pts. - Buena = 40-34 pts. - Regular= 33-27 pts. - Mala = 26-19 pts.

<p style="text-align: center;">Función Física</p>	<p>Grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc.</p>	<p>Grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Excelente 30-27 ptos. = Nunca la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc. - Muy Buena 26-23 ptos. = Casi Nunca la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc. - Buena 22-19 ptos. = Solo alguna vez la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc. - Regular 18-15ptos. = Algunas veces la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc. - Mala 14-10ptos. = Siempre la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc.
<p style="text-align: center;">Rol Físico</p>	<p>Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Excelente 8 ptos. = Nunca la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado. - Muy Buena 7 ptos. = Casi Nunca la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado. - Buena 6 ptos. = Solo alguna vez la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado. - Regular 5 ptos. = Algunas veces la salud

		<p>física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado.</p> <p>- Mala 4 ptos. = Siempre la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado.</p>
<p>Rol Emocional</p>	<p>Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades, incluyendo reducción del tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo.</p>	<p>- Excelente 6 ptos. = Nunca los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades, incluyendo reducción del tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo.</p> <p>- Muy Buena 5 ptos. = Casi nunca los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades, incluyendo reducción del tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo.</p> <p>- Buena 4 ptos. = Solo alguna vez los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades, incluyendo reducción del tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo.</p> <p>- Regular 3 ptos. = Algunas veces los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades, incluyendo reducción del tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo.</p> <p>- Mala 2 ptos. = Siempre los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades, incluyendo reducción del tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo.</p>

<p>Función Social</p>	<p>Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Muy Buena 10-9 ptos. = Nunca los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social. - Buena 8-7 ptos. = Casi nunca los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social - Regular 6-5 ptos. = Algunas veces los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social - Mala 4-2 ptos. = Siempre los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social
<p>Área Estado Bienestar</p>	<p>Resultado de las puntuaciones obtenidas en las dimensiones Vitalidad, Salud Mental y Dolor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Excelente = 56-46 ptos. - Muy Buena = 45-35 ptos. - Buena = 34-24 ptos. - Regular =23-13 ptos. - Mala = menor igual a 12 ptos.
<p>Dimensión Vitalidad</p>	<p>Se refiere a como se ha sentido el paciente con respecto a la energía que siente para realizar sus actividades</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Excelente 20-18 ptos. = Siempre se ha sentido con energía para realizar sus actividades. - Muy Buena 17-15 ptos. = Casi siempre se ha sentido con energía para realizar sus actividades. - Buena 14-12 ptos. = Algunas veces se ha sentido con energía para realizar sus actividades - Regular 11-8 ptos. = Solo alguna vez se

		<p>ha sentido con energía para realizar sus actividades.</p> <p>- Mala 7- 4 ptos. = Nunca se ha sentido con energía para realizar sus actividades.</p>
Dimensión Salud Mental	<p>Estado en que la persona se encuentra en completo bienestar psicológico. Se refiere a como se ha sentido la persona con respecto a su estado de animo.</p>	<p>- Excelente 25-22 ptos. = Siempre se ha sentido en completo bienestar psicológico</p> <p>- Muy Buena 21-17 ptos. = Casi siempre se ha sentido en completo bienestar psicológico.</p> <p>- Buena 16-12 ptos. = Algunas veces se ha sentido en completo bienestar psicológico.</p> <p>- Regular 11-9 ptos. = Solo alguna vez se ha sentido en completo bienestar psicológico.</p> <p>- Mala 8-5 ptos. = Nunca se ha sentido en completo bienestar psicológico.</p>
Dimensión Dolor	<p>Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo causada por ciertas lesiones o estados morbosos. Se refiere a la presencia de dolor en alguna parte del cuerpo y hasta que punto este dolor ha dificultado su trabajo.</p>	<p>- Excelente 11-10 ptos. = Nunca ha presentado dolor.</p> <p>- Muy Buena 9-8 ptos. = Casi nunca ha presentado dolor.</p> <p>- Buena 7-6 ptos. = Solo alguna vez ha presentado dolor.</p> <p>- Regular 5-4 ptos. = Algunas veces ha presentado dolor.</p> <p>- Mala 3-2 ptos. = Siempre ha presentado dolor.</p>

<p>Dimensión de la Percepción de la Salud General.</p>	<p>Sensación interior del paciente que resulta de una impresión material hecha en sus sentidos acerca de la salud. Se refiere a como clasificaría el paciente su estado de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Excelente = 25-22 ptos. - Muy Buena = 21-18 ptos. - Buena = 17-14 ptos. - Regular = 13-10 ptos. - Mala = 9-5 ptos.
<p>Dimensión del Cambio de la Salud en el tiempo</p>	<p>Variar, alterar su salud en un determinado período. Se refiere a como el paciente compararía su salud con la de hace 1 año atrás.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Excelente = 5 ptos. - Muy Buena = 4 ptos. - Buena = 3 ptos. - Regular = 2 ptos. - Mala = 1 pto.
<p>Calidad de vida</p>	<p>Resultado del proceso de estimación que el individuo realiza de acuerdo a su propio proyecto de vida. Se refiere a como percibe cada individuo su estado físico, mental, ambiental y social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Excelente = Siempre el paciente percibe que se ha sentido en completo bienestar físico, mental, ambiental y social. - Muy Buena = Casi siempre el paciente percibe que se ha sentido en completo bienestar físico, mental, ambiental y social. - Buena = Algunas veces el paciente percibe que se ha sentido en completo bienestar físico, mental, ambiental y social. - Regular = Solo alguna vez el paciente percibe que se ha sentido en completo bienestar físico, mental, ambiental y social. - Mala = Nunca el paciente percibe que se ha sentido en completo bienestar físico, mental, ambiental y social.