



UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

“CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES PORTADORES DE VARICES EN
EXTREMIDADES INFERIORES CON RESIDENCIA EN VALDIVIA QUE SE
ENCUENTRAN EN LISTA DE ESPERA PARA CIRUGÍA. HOSPITAL CLINICO
REGIONAL VALDIVIA. OCTUBRE-NOVIEMBRE. 2009”

Tesis presentada como parte
del requisito para optar
al grado de Licenciado en
Enfermería.

LEYLA ELENA ALEUY ARTEAGA
VALDIVIA-CHILE
2010

Profesor Patrocinante:

Nombre : Ana Luisa Cisternas.
Profesión : Enfermera.
Grados : EU Magister en Modelado del Concomimiento para entornos virtuales educativos, Gerontología y Geriatria, Diplomada en Competencia para Formadores.

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina
Firma :

Profesores Informantes:

1) -Nombre : Elizabeth Flores.
-Profesión : Enfermera

-Instituto : Enfermería
-Facultad : Medicina
-Firma :

2) -Nombre : Fredy Seguel
-Profesión : Enfermero
-Grados : EU Magister en Salud Pública con mención en Salud Ocupacional.

-Instituto : Enfermería
-Facultad : Medicina
-Firma :

Fecha de Examen de Grado : 11 de Junio, 2010.

2. INDICE

	Pág.
3. RESUMEN	4
4. SUMMARY	5
5. INTRODUCCION	6
6. MARCO TEORICO	9
7. OBJETIVOS	17
8. MATERIAL Y METODOS	18
9. RESULTADOS	22
10. DISCUSIÓN	32
11. CONCLUSIONES	35
12. BIBLIOGRAFIA	38
13. ANEXOS	41

3. RESUMEN.

Las várices de extremidades inferiores presentan signos y síntomas que limitan e incluso invalidan a las personas que las padecen, afectan no sólo el plano físico sino también el psicológico, emocional y social. De esa manera la calidad de vida de los pacientes con varices de extremidades inferiores se ve influenciada y deteriorada por la enfermedad. Además, dicha enfermedad se asocia a listas de espera quirúrgica, donde los pacientes deben esperar meses o años para ser intervenidos.

Esta investigación tuvo por objetivo determinar la calidad de vida de pacientes con várices de extremidades inferiores que se encuentran en lista de espera para cirugía en el Hospital Clínico Regional Valdivia, según sus características socio demográficas, tiempo de evolución de la enfermedad y según tiempo en lista de espera.

El diseño metodológico usado fue de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario CIVIQ (primer cuestionario de calidad de vida específico para insuficiencia venosa validado en español) creado y facilitado por el profesor francés Robert Launois, y un cuestionario de antecedentes personales. Se incluyeron 66 pacientes que decidieron participar voluntariamente y cumplieron con los criterios de inclusión.

Del grupo de pacientes estudiado el 81,8% fueron mujeres y el 78,8% tiene edad sobre 46 años. La calidad de vida global fue de 50,29 y las dimensiones más afectadas fueron física y dolor. Las dimensiones social y psicológica resultaron las menos afectadas, con puntaje mayor al puntaje global.

El 34,8% de los pacientes ha padecido de várices en miembros inferiores por más de veinte años y el 48,5% entre cinco y veinte años, no hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

Finalmente, no se obtuvo diferencia significativa entre los grupos según el tiempo en lista de espera para cirugía que llevan los pacientes.

4. SUMMARY.

The varicose veins of legs present signs and symptoms that limited and invalid people who are sick, affect not only physical aspect but also psychological, emotional and social. The life's quality of the patient with varicose veins of legs is affecting and deterioration by the sickness. The sick is associated a waiting surgery list, where the patient must wait months and years to be treat.

The objective's investigation is determining the quality of life of the patient with leg's varicose veins, who are in the waiting surgery list at the Regional Valdivia's Clinical Hospital, according characteristics social-demography, evolution time of the disease and time of waiting list.

The epidemiology design used was quantitative, descriptive and transversal study. For the recollection of information was used CIVIQ's questionnaire (First study of quality of life specific for insufficient veins validated in Spain) created y provided by the French's teacher Robert Launois, and a questionnaire of personal antecedents. The study included 66 patients who decided voluntary participation and accomplish with the standard inclusion.

The 81,8% the studied patient was women and 78,8% was over 46 years old. The global's quality of life was 50,29 y the dimension more affected were physical and pain. The social and psychological dimensions were less affected, with higher level than global level.

The 34,8% of patient was present leg's varicose veins for more than 20 years and the 48,5% between 5-20 years, didn't observe statistical significant differences between group.

At last, neither obtained significant statistical differences between group according waiting surgery list time.

5. INTRODUCCION.

La calidad de vida que tienen los pacientes portadores de várices en miembros inferiores se ve influenciada y deteriorada por la misma enfermedad, ya que se asocian a una sintomatología limitante e incluso invalidante, por lo tanto, además de tener evidentes implicancias físicas, también repercute en los ámbitos psicológicos, emocionales y sociales de los pacientes, impactando directamente la calidad de vida.

Por ello, al existir escasa información respecto al tema a nivel nacional, se pretende realizar un estudio en relación a la percepción de calidad de vida que tienen pacientes con varices en extremidades inferiores residentes en la ciudad de Valdivia y que se encuentran en lista de espera quirúrgica del Hospital Clínico Regional Valdivia (HCRV).

Las varices corresponden a venas anormalmente dilatadas, tortuosas, contorsionadas o alargadas, pueden afectar tanto a venas superficiales como a venas profundas. La enfermedad varicosa es exclusiva del ser humano y se relaciona con la bipedestación. Así pues, también se le vincula con aquellos oficios en que se requiere estar de pie por periodos prolongados, como por ejemplo peluqueros, carpinteros, vendedores, enfermeras, otros. Las molestias o síntomas que derivan de ellas son principalmente la sensación de piernas pesadas, calambres musculares nocturnos y fatiga muscular (Brunner y Suddarth, 2005).

La literatura internacional deja en evidencia que la prevalencia de las venas varicosas o várices es elevada, llegando a cifras que varían entre 20% y 60% en países industrializados (Espinóla, Bernau, Aucejo y Villalba, 2007). Además, los estudios reflejan una considerable diferencia entre el género masculino y femenino, siendo este último el más afectado por la patología.

Constituye una preocupación en los sistemas de salud sanitarios ya que por un lado, las complicaciones de la enfermedad varicosa generan elevados costos de hospitalización y tratamiento, y por otro, el ausentismo laboral asociado a las varices en miembros inferiores significan grandes pérdidas económicas e impactan directamente a la población laboralmente activa. Además, recientes investigaciones reflejan que la calidad de vida de estos pacientes está limitada por la enfermedad, lo que sugiere que las simples várices de extremidades inferiores están impactando negativamente la calidad de vida de la población.

El tratamiento corresponde en un inicio a medidas de higiene laboral y dietéticas, seguido del uso de compresión elástica (vendas elásticas), flebotónicos y si la sintomatología es mucho mayor se debe recurrir a cirugía de várices. En muchos países, corresponde al procedimiento quirúrgico más realizado por cirujanos vasculares, llegando a cifras que alcanzan por ejemplo las 90.000 operaciones en el Reino Unido (Giménez-Gaibar, 2006). Por lo tanto, la elevada prevalencia de la enfermedad varicosa genera numerosas consultas y demanda muchas intervenciones quirúrgicas para su resolución, saturando así la oferta de los servicios sanitarios con la consecuente formación de listas de espera para cirugía de varices que crecen cada vez más.

Lamentablemente, en Chile no se han realizados estudios epidemiológicos sobre el tema (Orrego, 2008), por lo que no se cuenta con datos ni cifras fidedignas sobre prevalencia o incidencia de várices a nivel nacional, mucho menos sobre su impacto en la calidad de vida de las personas.

A través de este estudio se podrá recabar información a nivel local, es decir, del Hospital Clínico Regional Valdivia, que corresponde al centro de atención de salud más grande de la Región de los Ríos, que otorga servicios a toda su población y que durante el periodo comprendido entre enero y junio del 2009 atendió 100 consultas por enfermedad varicosa¹ en el Policlínico de Cirugía, donde el 83% correspondió al sexo femenino, y el 17% restante, al masculino. Sumado a lo anterior, dicho establecimiento de salud presenta una lista de espera para cirugía de várices de 542 personas², de esa población total se desprende que el 52% procede de la ciudad de Valdivia y que el 77% está constituido por el sexo femenino.

Si bien, el interés por la calidad de vida ha existido desde hace mucho tiempo, el estudio de ella es relativamente reciente, y más aun si el concepto se relaciona con la salud. Actualmente, cifras como morbilidad que corresponde al número de personas que padecen una enfermedad en un lugar y tiempo determinado; mortalidad, que se relaciona con las defunciones que ocurren en una población; y esperanza de vida que es la media de la cantidad de años que vive una población, se han tornado insuficientes en materia de evaluar los resultados en salud. Hoy por hoy, lo que opine el paciente, sus deseos y motivaciones son importantes para el proceso de toma de decisiones en materia sanitaria. Esto es lo que ha motivado a investigadores a la creación de instrumentos para medir la calidad de vida, algunos genéricos, para aplicarse tanto a la población general como a grupo de pacientes, y otros específicos, que tienen orientaciones para ciertas enfermedades. Es así como el Cuestionario CIVIQ, creado por Launois en 1996 es el único instrumento validado y específico para medir

¹ Departamento de Estadística, Hospital Clínico Regional Valdivia, Agosto, 2009.

² Gestión de Lista de Espera, Hospital Clínico Regional Valdivia, Agosto, 2009.

la calidad de vida en pacientes con insuficiencia venosa crónica y que además, desde el año 2002 está traducido al español.

Desde la perspectiva de la atención de enfermería, la calidad de vida de los pacientes cobra gran importancia, pues a través de ella es posible determinar con precisión las apreciaciones y opiniones de las personas respecto de su propia salud, enfermedad, tratamiento, entre otras. Y más específicamente, conocer la percepción que tiene un paciente con varices sobre su calidad de vida, permite al enfermero (a) personalizar su atención y orientar sus cuidados y actividades en pro de mejorar aquello deficiente y/o limitado, siempre con una visión holística e integral de los usuarios.

En consecuencia de todo lo anteriormente mencionado, surgió la motivación por realizar esta investigación, que fué llevada a cabo durante el periodo octubre- diciembre del año 2009 en el Policlínico de Cirugía del HCRV, donde la población en estudio corresponde a 282 pacientes que se encuentran en lista de espera para cirugía de varices y que tienen residencia en la ciudad de Valdivia. A ellos se aplicó el instrumento CIVIQ en español para la medición de su calidad de vida, además de un cuestionario de antecedentes personales lo que permitió obtener un perfil sociodemográfico actualizado de la población en estudio.

6. MARCO TEORICO.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido las várices como venas superficiales cilíndricas o saculares, anormalmente dilatadas que pueden ser circunscriptas o segmentarias; Brunner y Suddarth (2005) por su parte, sostiene además que son tortuosas y que se deben a incompetencia de las válvulas venosas.

La prevalencia de várices en miembros inferiores es elevada, en Europa y América Latina corresponde al 29,6% y 20% respectivamente (Selaya, Telleria O. y Telleria, T., 2005). En España, de acuerdo a un estudio epidemiológico realizado por Álvarez-Fernández, Lozano, Marinello Roura y Masegosa-Medina (2006), en el 35% de la población se observó presencia de venas varicosas. Mientras que en México, en la década de los ochenta, se realizó una revisión a 101.971 egresos hospitalarios de patología venosa, donde se obtuvo un 44% de prevalencia de venas varicosas. (Sigler, Castañeda y Rish, 2004)

De acuerdo a Orrego (2008) y Pizarro (2009) (médicos chilenos), no existen en Chile estudios sobre prevalencia e incidencia de patología varicosa, por lo que no hay datos epidemiológicos que aludan a la real frecuencia de la enfermedad. Además sostienen que el tema es muy frecuente en la práctica clínica, tanto en el área pública como privada y que por lo mismo debiera otorgársele la importancia que merece y debiera preocupar de manera creciente a las autoridades de salud y a los médicos.

Shewartz y col. (2000) y Harrison (2005) coinciden en determinar que la herencia y los antecedentes familiares son los factores predisponentes más importantes en el desarrollo de las varices. Además, hormonas femeninas, fuerza hidrostática gravitacional y cualquier fuerza hidrodinámica en el compartimiento muscular influye también en la aparición y progresión de venas varicosas (Espinola y col., 2007). Debido a esto es que las ocupaciones en que se requiera estar de pie por periodos prolongados como vendedores, peinadores, profesores, enfermeras, personal de salud y trabajadores de la construcción se relacionan con una mayor frecuencia de varices (Brunner y Suddarth, 2005). Situación que se evidencia con un reciente estudio realizado en Uruguay, que arrojó una prevalencia de 65% de varices en el personal de la salud, donde el 75% correspondió al sexo femenino, y el 25% restante, al sexo masculino (Espinola y col.)

Las varices, a pesar de ser consideradas una enfermedad benigna (Cabrera, 2005), tiene repercusiones considerables en los planos sanitario, social y laboral, pues generan

elevados costos económicos debido al tratamiento y a las pérdidas por ausentismo laboral. En Estados Unidos por ejemplo, las patologías de carácter venoso produjeron alrededor de seis millones de días de ausentismo laboral (Espinóla y col., 2007), mientras que en Europa se estima que el 1%-2% del presupuesto mensual está destinado a esta enfermedad. (Callejas, 2005)

Se pueden clasificar en primarias y secundarias, las primarias o esenciales se originan en el sistema venoso superficial y según Harrison (2005) son doble o triplemente frecuente en mujeres. Algunos autores las relacionan con el riesgo propio del individuo: sexo y herencia y con factores desencadenantes como obesidad, posturas laborales y gestaciones repetidas. (Espinóla y col. 2007) A su vez, las varices primarias se clasifican, según su morfología en tronculares, tronculares accesorias, reticulares, venas perforantes y telangectasias (Bahr, 2007). De acuerdo a Sonneborn (2007) son las más frecuentes, representando entre el 70-80% de todos los casos.

A diferencia de las várices esenciales, las várices secundarias son aquellas en que existe relación con una trombosis venosa profunda previa, razón por la cual también son llamadas post trombóticas o post flebíticas; pero puede suceder, aunque poco frecuente, que la etiología esté dada por neoplasias o por fístulas arteriovenosas. (Espinóla y col, 2007 y Selaya y col., 2005)

La sintomatología o molestias ocasionadas por las varices y referidas por los pacientes, consisten principalmente en dolor, calambres musculares generalmente nocturnos, fatiga en los músculos de la porción distal de las extremidades, sensación de piernas pesadas y edema en los tobillos (Brunner y Suddarth, 2005). De hecho, el 70% de las personas con várices refiere dolor de pierna posterior al permanecer de pie por un prolongado periodo de tiempo, debiendo descansar con las extremidades ligeramente elevadas para sentirse aliviados. Sin embargo, las varices de miembros inferiores no producen síntomas al comienzo de la enfermedad y los pacientes frecuentemente consultan por motivos estéticos, principalmente las mujeres (Bahr, 2007).

Otros autores sostienen que existe diferencia de sintomatología según el tipo de varices, atribuyendo a las de tipo primarias o esenciales el ardor en el trayecto de la vena dilatada y molestia al estar de pie por largo tiempo, síntomas que ceden o desaparecen si el paciente camina o adopta posición horizontal. En cambio, en las várices secundarias, los síntomas son dolor, sensación de piernas pesadas y cansancio, y se incrementan cuando el paciente camina (Selaya y col., 2005)

De acuerdo a lo expuesto por Bahr (2007) el tratamiento de las varices está dado por tres métodos distintos, no excluyentes sino que más bien, complementarios, se refiere a las medidas conservadoras o generales y tratamiento farmacológico, la escleroterapia y la cirugía. Algunas medidas conservadoras son: compresión elástica, ejercicio, deambulacion, disminucion de peso en obesos, evitar permanecer de pie sin movimiento, entre otras. La compresion o soporte elastico se hace en base a vendas o medias elasticas que actualmente existen de diferentes grados y constituyen una solucion efectiva y estetica en pacientes con varices primarias o en pacientes que presenten contraindicaciones para someterse a cirugía (Sonneborn, 2007). No obstante, se requiere de intervencion quirúrgica si la sintomatología se torna rebelde a la terapia conservadora o si surgen complicaciones secundarias a hipertension venosa, como hemorragia, trombosis o ulceracion (Schwartz y col. 2000).

Dentro de las técnicas quirúrgicas utilizadas como tratamiento de venas varicosas se encuentra la técnica convencional y la técnica CHIVA, la primera consiste en procedimiento de exéresis, donde lo que se realiza con mayor frecuencia es la safenectomía externa o interna. Como plantea Cabrera (2005) este procedimiento demanda la hospitalización del paciente y el periodo de recuperacion es algo prolongado, añade además que los resultados no siempre son satisfactorios en cuanto a estética y recidivas. Tal como expresa Sonnebron (2007), actualmente este tipo de intervencion es indicada con una actitud mucho más cauta, ya que las venas safenas son ampliamente utilizadas como injerto en by pass coronarios y/o vasculares periféricos, por lo que su frecuencia se ha visto disminuida. A diferencia de la técnica convencional, la técnica CHIVA (cura hemodinámica de la insuficiencia venosa crónica ambulatoria) creada en la década de los ochenta, no requiere ingreso hospitalario del paciente y preserva la vena safena, además presenta un postoperatorio mucho mejor tolerado.

Dichas técnicas son habitualmente utilizadas por los cirujanos, existiendo incluso investigaciones que comparan sus resultados, uno de ellos corresponde al estudio realizado por Iborra-Ortega, Barjau-Urrea, Vila-Coll, Ballón-Carazas y Cairols-Castellote (2006), quienes no obtuvieron diferencia estadísticamente significativa en cuanto a resultados clínicos y estéticos a los 5 años del postoperatorio entre ambas técnicas, tampoco hubo en cuanto a la recidiva de la enfermedad, sin embargo, el tercio de los pacientes de cada grupo fue recidivante. Ellos concluyen que la técnica CHIVA presenta evidentes ventajas sobre la técnica convencional en lo que se refiere al postoperatorio inmediato y a la presencia de complicaciones.

Dado lo anterior, imposible no hacer alusion de forma especifica a la recidiva de las varices posterior a intervencion quirúrgica, pues un número considerable de pacientes vuelve a consultar tras haber sido operado. En Chile por ejemplo, entre el año 1995 y 2005 se operaron 1000 pacientes aproximadamente en el Hospital del Salvador, de los cuales un 20% presentó recidiva tras los cinco años (Pizarro, 2009). Rodríguez-Camarero (2006) se refiere al tema

asumiendo que existen diversas causas de recidiva varicosa expuestas en la literatura, como por ejemplo: técnica inadecuada, curso propio de la enfermedad, entre otras, pero además enfatiza en la gran cantidad de estudios que se refieren a la neo vascularización como la principal causa de recidiva de venas varicosas. Por su parte, Tárrago-Villalba, González-González, García-Gimeno, Vicente-Santiago y Rodríguez-Camarero (2005) adicionan que es el punto de fuga eliminado incorrectamente durante la intervención el responsable de las recidivas varicosas.

Como ya se ha expuesto, la prevalencia de la enfermedad varicosa es alta, y su recidiva también, por lo tanto, la intervención quirúrgica para su tratamiento es un procedimiento que los cirujanos vasculares efectúan con mucha frecuencia, y según Moreno-Carriles (2004) en España corresponde al acto quirúrgico más realizado. El problema surge cuando se produce un desequilibrio entre la oferta y la demanda de los recursos disponibles (Bellmunt-Montoya y col., 2008) pues la consecuencia es la formación de listas de espera. Hernández-Osma y Martín-Peredero (2006) también se refieren al tema, y reconocen que las listas de espera son un problema frecuente en los sistemas de salud públicos, generando gran preocupación en los usuarios, que deben esperar meses e incluso años para recibir diagnóstico o tratamiento.

Pero cuando la lista de espera es para intervención quirúrgica, la situación se complica un poco más, pues la indicación está claramente establecida. Es el caso de la cirugía de várices, que en España constituye la tercera causa de inclusión a las listas de espera quirúrgica según lo expuesto por Giménez-Gaibar (2006) y que además, es una de las listas de espera que mayor número de pacientes tiene, llegando a un 6,2% en la Comunidad de Cataluña, con un tiempo de espera de 3,41 meses, sin contar el tiempo de espera para obtener atención médica especializada y realizar el estudio preoperatorio.

La realidad local no está libre de la lista de espera para cirugía de várices, de hecho, en el Hospital Clínico Regional Valdivia existen 542 pacientes que tienen indicación de intervención quirúrgica como tratamiento para su patología varicosa y algunos de ellos se encuentran en espera hace meses e incluso años. Del total de usuarios en espera de ser intervenidos el 77% son mujeres, el 52% vive en la ciudad de Valdivia y el 63% se encuentra en espera por más de un año³.

Circunstancias como estas generan preocupación de algunos expertos y han despertado el interés de los investigadores españoles para realizar incluso estudios para el

³ Gestión de Lista de espera, Hospital Clínico Regional Valdivia, Agosto, 2009.

establecimiento de sistemas de priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de várices contemplando criterios de gravedad de la enfermedad, calidad de vida de los pacientes, presencia de complicaciones, circunstancias laborales y tamaño de las várices (Bellmunt-Montoya y col., 2008). Uno de los criterios, calidad de vida, se vincula directamente con lo que la enfermedad genera en el paciente, o sea, se refiere a cómo el paciente se ve afectado o influenciado por su estado de salud.

En 1946, la OMS definió la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedad”. Bajo ese contexto surge el interés por los datos subjetivos en lo que a tema salud concierne (Palomino-Medina y col., 2006) pues, hace algunas décadas era tradición evaluar la salud a través de índices o cifras de morbilidad, mortalidad, natalidad, por mencionar algunos ejemplos.

Actualmente, y debido al evidente envejecimiento de la población, y que la esperanza de vida ha aumentado de forma considerable, esta situación conlleva un incremento en la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas, provocando así un deterioro paulatino en la calidad de vida de aquellas personas. Por lo tanto, y como expresa Lozano (2008) el objetivo de la atención en salud debiera orientarse no solo a la eliminación de las enfermedades, sino que también y de forma fundamental a la mejora de la calidad de vida de los pacientes. Por lo tanto, los servicios sanitarios más que otorgar muchos años de vida, deben brindar calidad a los años vividos por los usuarios.

Pero ¿Qué es calidad de vida? Se sabe que el interés por ella ha existido desde millones de años en las grandes civilizaciones, pero el concepto como tal y la inquietud por evaluarla, es reciente (Lozano, 2008). De hecho, es en la década de los sesenta donde surge el concepto y en los ochenta donde presenta un auge evidente. Conforme han avanzado los años, el concepto “calidad de vida” ha sufrido variaciones, actualmente, se refiere a una evaluación subjetiva y objetiva de la salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestimenta, ocio y derechos humanos (Rosas y col., 2006).

En este escenario surge el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que García, Pozuelo y Conde (2009) la definen como “la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad, así como la aplicación de un determinado tratamiento, en diversos ámbitos de su vida, especialmente, de las consecuencias que provoca en su bienestar físico, emocional y social”.

Para evaluar y valorar la calidad de vida relacionada con la salud se necesitan de instrumentos que permitan la elaboración, recogida y análisis de los datos. Existen dos grandes tipos de instrumentos: genéricos de calidad de vida relacionada con la salud y específicos de calidad de vida en relación con una enfermedad. Los primeros, no se relacionan con ningún tipo de enfermedad y son aplicables a toda la población y también a grupos de pacientes. A diferencia de los genéricos, los instrumentos específicos contienen dimensiones de una determinada patología y su influencia sobre la calidad de vida (Tuesca, 2005).

Es así como en 1996 Launois crea y valida en Francia el cuestionario CIVIQ, que constituye el primer instrumento específico para medir la calidad de vida en pacientes con insuficiencia venosa crónica, donde destacan veinte ítems agrupado en cuatro dimensiones: física, psicológica, social y dolor. Posteriormente, el cuestionario CIVIQ fue traducido al español en el estudio RELIEF, que corresponde a uno de los estudios más importantes realizados hasta ahora, pues la muestra fue de 10.000 pacientes y se incluyó a 23 países, entre ellos España (Palomino-Medina y col., 2006).

Lozano, Jiménez-Cossío y Ulloa (2001) en su participación en el estudio epidemiológico RELIEF sobre insuficiencia venosa crónica determinaron que dicha patología influye en la calidad de vida de los pacientes que la padecen, pues la puntuación obtenida a través del cuestionario CIVIQ fue de 66,4 de un óptimo de 100. Dicho estudio a nivel internacional arrojó una puntuación media de 65.1. En el 2006, Rosas y col. estudiaron el impacto que genera la insuficiencia venosa crónica en la calidad de vida de los pacientes utilizando para ello el cuestionario de salud de formato corto SF-36 y comparando los resultados con lo obtenido de los sujetos sanos, del total de personas incluidas en el estudio el 61.6% correspondió a personas portadoras de la enfermedad y el 38.4% a personas sanas. Cabe destacar, que el 17% estaba constituido por personas con venas varicosas, siendo el problema más prevalente en el grupo estudiado. En cuanto a la calidad de vida, se constató que existe diferencia estadísticamente significativa entre el grupo sano y el grupo de personas enfermas, obteniendo menor puntuación en todas las categorías del cuestionario. Otro estudio fue realizado por Kurz and col. (2001) en Bélgica, quienes también utilizaron el cuestionario genérico de salud de formato corto SF-36 y determinaron que la insuficiencia venosa crónica influye negativamente en la calidad de vida de los pacientes.

Algo más alentador es un estudio español que constató que la cirugía de varices provoca un aumento en la percepción de calidad de vida de los pacientes, pues al aplicar el cuestionario CIVIQ antes de la intervención y al año después de haberse realizado, se producía un aumento de 5 puntos en la calidad de vida global de los pacientes, mejorando 8 puntos en las dimensiones físicas y de dolor (Hernández-Osma y Martín-Peredero, 2006). Igualmente, en el Reino Unido se realizó una investigación sobre el efecto de la safenectomía

en la calidad de vida de los pacientes, en donde se aplicó el cuestionario SF-36 y se llegó a la conclusión que la cirugía de várices conduce a una significativa mejora de la calidad de vida (Mackenzie, Paisley, Allan, Lee, Ruckley & Bradbury, 2002)

También existe evidencia científica sobre las consecuencias que conllevan las listas de espera, de ahí surge que las listas de espera impactan de forma negativa la calidad de vida de los pacientes según los resultados obtenidos por Outdhoff, Timmermans, Knol, Bijnen y Van der Wall (2007) en su estudio sobre la espera para cirugía general electiva, en donde se incluyeron pacientes con varices de extremidades inferiores, hernia inguinal y pacientes con cálculos biliares.

Bajo la mirada de un (a) enfermero (a) el tema también es relevante y genera preocupación, pudiendo además asociarse a una conocida teoría de enfermería de Dorothea Orem: Teoría del déficit de autocuidado. Dicha teoría hace referencia a lo que las personas realizan para restablecer su estado de salud y bienestar y a cómo la enfermera puede ayudar en este proceso (Marriner y Raile, 1999). Para Orem el autocuidado: “es la practica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar”.

En primera instancia los pacientes con patología varicosa solicitan atención médica para restablecer su salud, evidenciándose claramente práctica de autocuidado. Cuando son pacientes en que la enfermedad aún no requiere de cirugía, las indicaciones están orientadas a lo que se conoce como medidas conservadoras o higiénico-dietéticas, donde se incluyen todo aquello que el paciente debiera realizar en su hogar, por ejemplo: alimentarse de forma saludable, realizar actividad física, tener higiene laboral y no permanecer largos periodos de pie, uso de medias elásticas, entre otros. De acuerdo a lo expuesto por Orem en su teoría, en ese momento el profesional de enfermería puede contribuir a través de un sistema de apoyo educativo, entregándole a los pacientes conocimientos y herramientas para que ellos mismos realicen el autocuidado en su hogar, es decir, el enfermero (a) educa, orienta y guía a los pacientes en relación a como cuidarse.

Ahora bien, si las demandas sanitarias por varices son elevadas y el tratamiento debe ser quirúrgico y los sistemas de salud no pueden satisfacerlas de forma inmediata, se genera una detención en el proceso de restitución de la salud y el paciente debe esperar períodos de tiempo que podrían llegar a ser muy prolongados. En este caso, el profesional de enfermería igualmente puede brindar cuidados a través de los sistemas parcialmente compensador o totalmente compensador, según corresponda. Es decir, cuando por ejemplo surja una complicación de las varices como es la ulcera venosa, el paciente deberá acudir a curaciones

ambulatorias, dicha instancia será útil para que enfermera y paciente realicen actividades en pro de la salud, o sea, se recurriría al sistema parcialmente compensador. Y si el paciente sufre una tromboflebitis, por ejemplo, necesariamente requerirá de ingreso hospitalario, por lo tanto, todos los cuidados le serán brindados por las enfermeras, basándose en el sistema totalmente compensador.

7. OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL.

1. Determinar la calidad de vida de los pacientes portadores de varices de extremidades inferiores residentes en la ciudad de Valdivia que se encuentran en lista de espera para cirugía. Hospital Clínico Regional Valdivia Octubre-Noviembre, 2009.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Caracterizar a los pacientes portadores de varices de extremidades inferiores que se encuentran en lista de espera para cirugía en el Hospital Clínico Regional Valdivia, según sus antecedentes socio-demográficos.

2. Determinar la calidad de vida de los pacientes portadores de várices de miembros inferiores que se encuentran en lista de espera para cirugía en cada una de las 4 dimensiones del cuestionario CIVIQ (social, psicológica, física y dolor).

3. Determinar la calidad de vida de los pacientes portadores de varices de miembros inferiores según el tiempo en lista de espera para cirugía.

4. Determinar la calidad de vida de los pacientes portadores de várices de miembros inferiores en lista de espera para cirugía según tiempo de evolución de la enfermedad.

8. MATERIAL Y METODOS.

8.1 TIPO DE ESTUDIO:

En esta investigación se desarrolló un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. De tipo cuantitativo, pues cuantifica un evento, de diseño descriptivo ya que se pretende describir la percepción de los pacientes con varices en espera de cirugía respecto de su calidad de vida y de corte transversal pues está delimitado en el tiempo (Octubre a Noviembre, 2009).

8.2 LUGAR DE DESARROLLO:

Esta investigación se llevó a cabo en los lugares que determinó el paciente para realizar la entrevista, correspondiendo a sus respectivos hogares y/o trabajos.

8.3 POBLACIÓN EN ESTUDIO:

La población en estudio corresponde a 184 pacientes portadores de várices de extremidades inferiores que se encuentren en lista de espera para cirugía en el Hospital Clínico Regional Valdivia y que cumplan con los criterios de inclusión.

8.4 CRITERIOS DE INCLUSION:

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes con residencia en la ciudad de Valdivia.
- Pacientes con número telefónico de red fija y/o celular de contacto.
- Paciente que desea participar en el estudio y acceda a firmar consentimiento informado.

8.5 CRITERIOS DE EXCLUSION:

Serán considerados los siguientes criterios de exclusión:

- Pacientes que no sea posible contactar.
- Pacientes que no acepten participar de la investigación.
- Paciente con diagnóstico de várices en extremidades inferiores y que presenten ulcera venosa activa.
- Pacientes analfabetos.
- Pacientes con hipoacusia y/o dificultades visuales.

8.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA:

En el estudio se incluyeron 66 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Del total de la población, 6 pacientes no accedieron a participar y a 112 pacientes fue imposible contactarlos debido a números telefónicos no válidos.

8.7 RECOLECCION DE DATOS:

El método de recolección de datos será realizado a través de dos instrumentos tipo cuestionario: el primero corresponde al de antecedentes sociodemográficos y el segundo al cuestionario CIVIQ, creado por el profesor Launois en Francia y que corresponde al único instrumento validado y específico para medir la calidad de vida en pacientes con insuficiencia venosa crónica, que desde el año 2002 está disponible en idioma español. Este cuestionario esta constituido por cuatro dimensiones: dolor, física, psicológica y social, cada uno con 4, 4, 9 y 3 ítems respectivamente. EL puntaje varía entre 0 y 100, donde 0 corresponde a mínima calidad de vida y 100, máxima calidad de vida.

Ambos instrumentos son autoadministrados, es decir, el propio paciente debe responderlo y es absolutamente responsable de la lectura, comprensión y respuestas.

8.8 TABULACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS:

Para la tabulación y análisis de los resultados se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 18. Previamente se calculó el puntaje de cada cuestionario CIVIQ de forma manual siguiendo el protocolo específico facilitado por el profesor Launois. La presentación de los resultados se realizó a través de tablas y gráficos, para las variables cualitativas se utilizaron gráficos de sectores y de barras, y para las cuantitativas, tablas estadísticas descriptivas. Se aplicó prueba T para comparar medias de variables de dos grupos; y prueba Anova para variables con más de dos grupos.

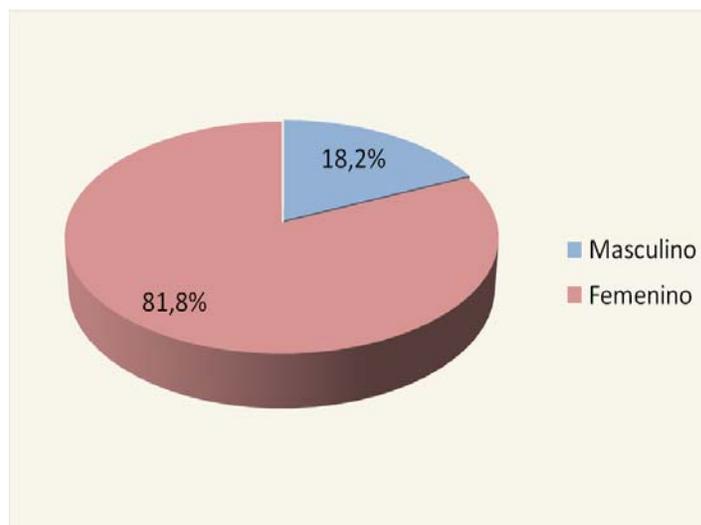
8.9 DEFINICIÓN DE VARIABLES:

Variable	Definición Nominal	Definición Operacional
Género	Condición física que diferencia al sexo masculino del sexo femenino.	- 0: Femenino - 1: Masculino
Edad	Tiempo vivido transcurrido en años.	- 0: 25- 35 años - 1: 36-45 años - 2: 46-55 años - 3: 56-65 años - 4: Mayor a 65 años
Previsión de Salud	Sistema de salud al cual pertenece el paciente.	- 0: FONASA - 1: ISAPRE - 2: OTRA.
Estado Civil	Condición civil que tiene una persona.	- 0: Casado - 1: Soltero - 2: Separado - 3: Viudo
Nivel Educativo	Nivel de estudios alcanzados por una persona.	- 0: Básica Completa - 1: Básica Incompleta - 2: Media Completa - 3: Media Incompleta - 4: Técnica o Superior
Enfermedad Crónica Asociada	Presencia o ausencia de enfermedades crónicas además de Várices de extremidades inferiores.	- 0: Sí - 1: No
Intervención Quirúrgica Previa	Antecedente de intervención quirúrgica de varices previa.	- 0: Sí - 1: No

Tiempo de Evolución de la Enfermedad	Tiempo vivido con várices en extremidades inferiores transcurrido en años.	<ul style="list-style-type: none"> - 0: 0-5 años - 1: 5-10 años - 2: 10-15 años - 3: 15-20 años - 4: Más de 20 años
Tiempo en Lista de Espera	Tiempo en que el paciente ha esperado por cirugía de várices transcurrido en años.	<ul style="list-style-type: none"> - 0: 0-6 meses - 1: 6-12 meses - 2: 12-18 meses - 3: 18-24 meses - 4: Más de 24 meses

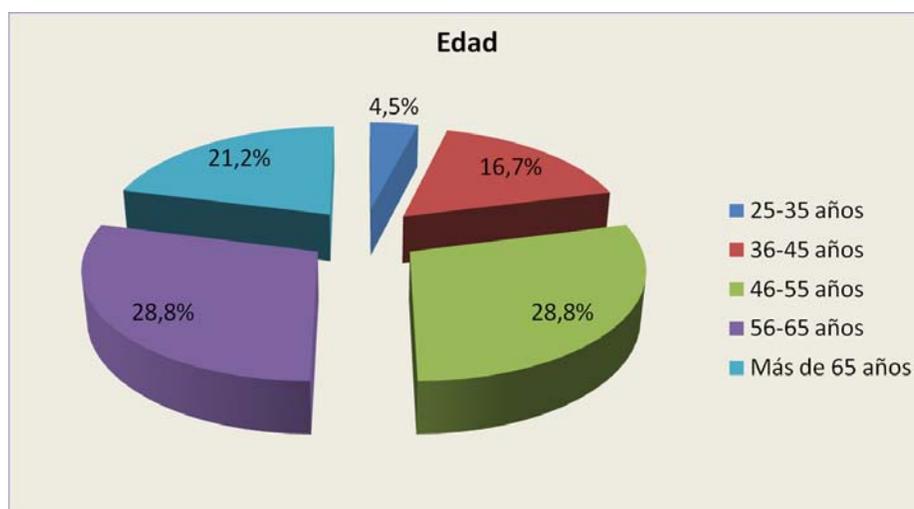
9. RESULTADOS.

Grafico N° 1: Distribución porcentual de pacientes portadores de várices de extremidades inferiores según Género. HCRV. Octubre-Noviembre 2009.



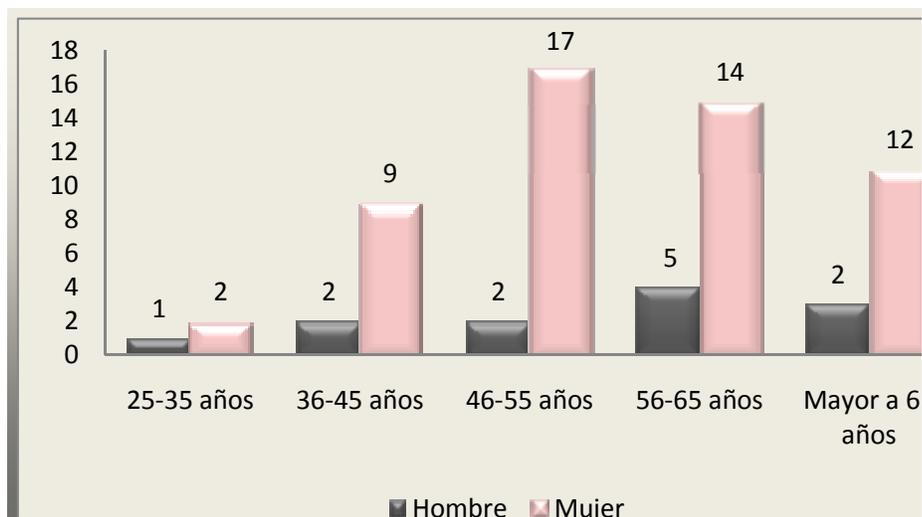
En el gráfico se aprecia una diferencia notable entre la cantidad de hombres y mujeres. Del total de la población el 81,8% corresponde al sexo femenino.

Grafico N° 2: Distribución porcentual de pacientes portadores de várices de extremidades inferiores según Edad. HCRV. Octubre-Noviembre 2009.



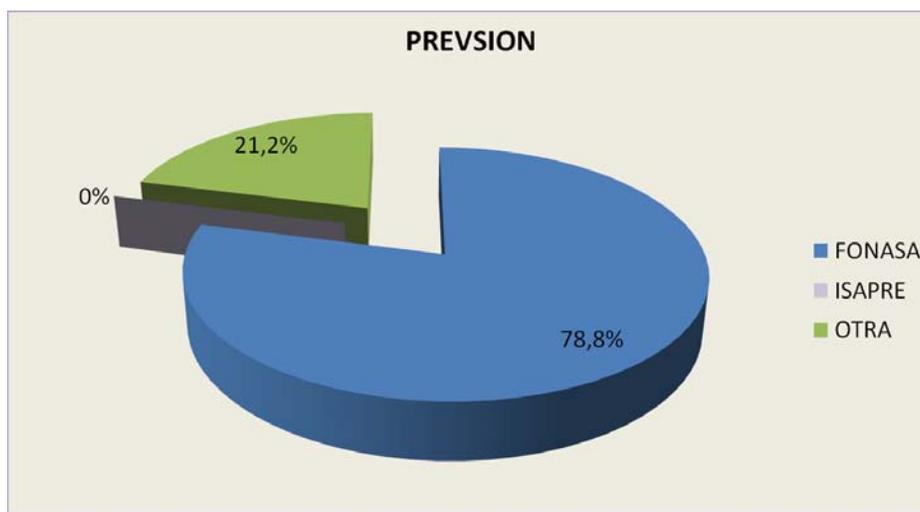
De acuerdo al gráfico, la mayoría (78,8%) de los pacientes son personas mayores de 46 años. El 21,2% restante son personas menores de 45 años.

Gráfico N° 3: Distribución numérica de pacientes portadores de várices de extremidades inferiores según género y edad. HCRV. Octubre-Noviembre 2009.



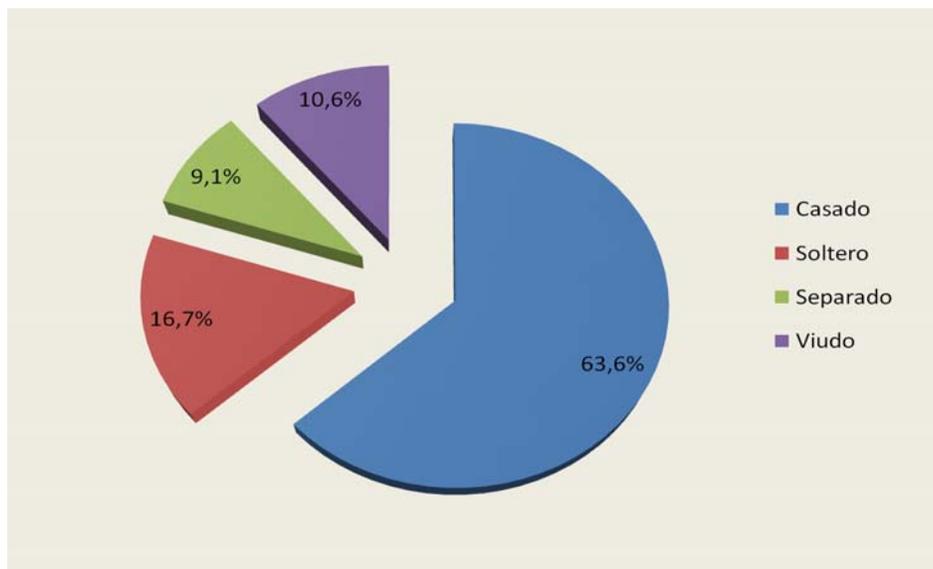
Según el gráfico, en todos los rangos de edad las mujeres superan a los hombres en cantidad, siendo más predominante en el rango de edad entre 46- 55 años.

Gráfico N° 4: Distribución porcentual de pacientes portadores de várices de extremidades inferiores según previsión de salud. HCRV. Octubre-Noviembre 2009



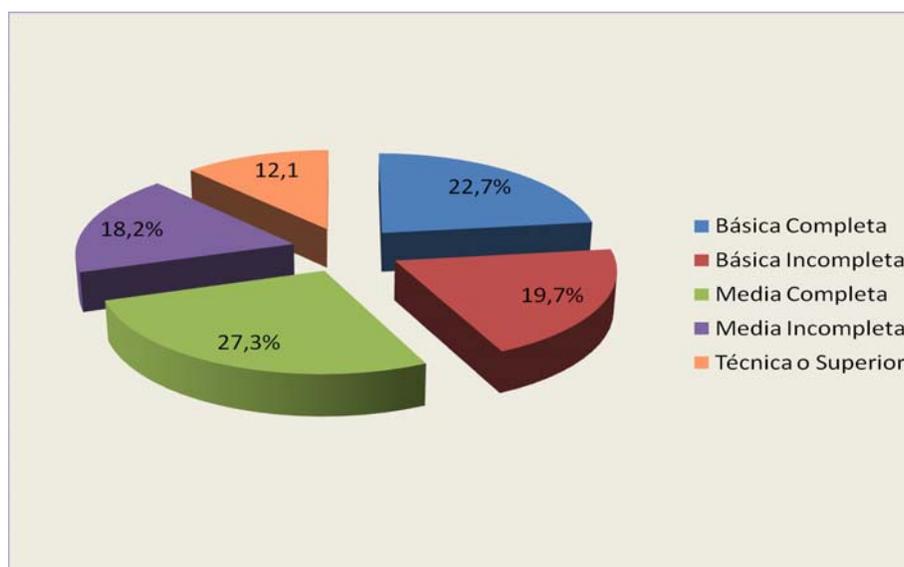
En relación a la previsión de salud, el 78,8% de la población se encuentra dentro del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el 21,2% restante corresponde principalmente al sistema PRAIS o Asignación Familiar.

Gráfico N° 5: Distribución porcentual de pacientes portadores de várices de extremidades inferiores según estado civil. HCRV. Octubre-Noviembre 2009.



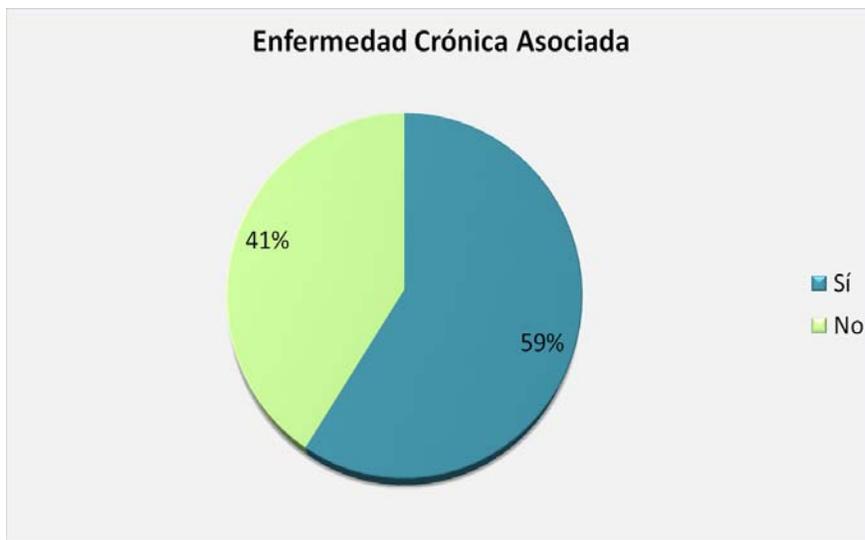
En relación al estado civil de los pacientes, la mayoría de ellos están casados, correspondiendo al 63,6% de la población total.

Gráfico N° 6: Distribución porcentual de pacientes portadores de várices de extremidades inferiores según nivel educacional. HCRV. Octubre-Noviembre 2009.



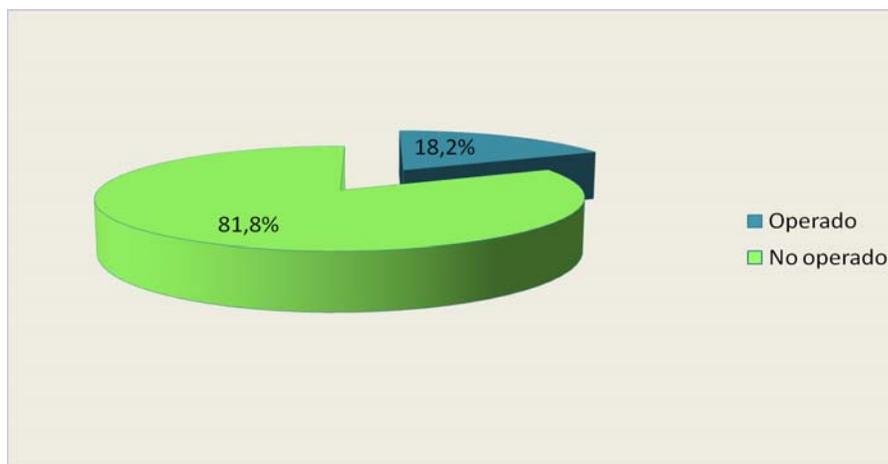
Según el gráfico, todos los pacientes incluidos en el estudio saben leer y escribir y no existen grandes diferencias entre los distintos niveles. Sin embargo, cabe mencionar que el mayor porcentaje (27,3%) corresponde a personas con enseñanza media completa y el menor porcentaje (12,1%) tiene estudios técnicos o superiores.

Grafico N° 7: Distribución porcentual de pacientes portadores de várices de extremidades inferiores según presencia o no de enfermedades crónicas asociadas. HCRV. Octubre- Noviembre 2009.



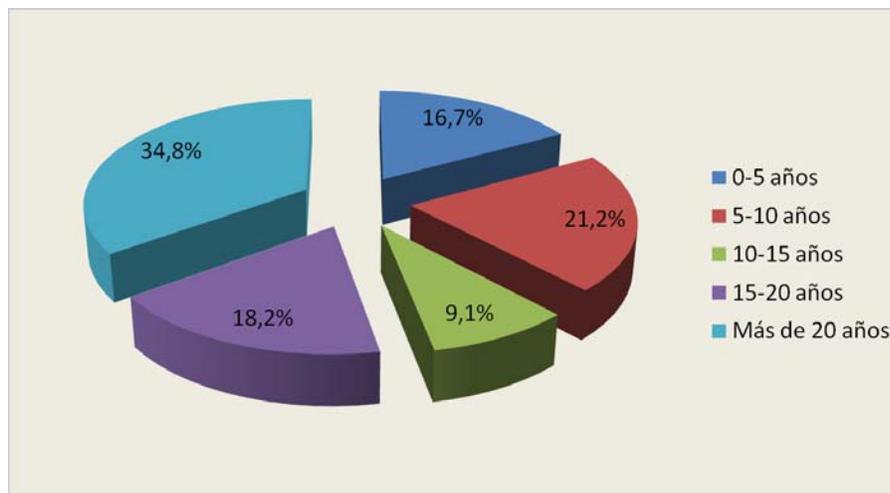
De acuerdo al gráfico, más de la mitad de los pacientes incluidos en la investigación padecen de alguna enfermedad crónica además de la enfermedad varicosa de extremidades inferiores.

Grafico N° 9: Distribución porcentual de pacientes portadores de várices de extremidades inferiores según antecedente de intervención quirúrgica de várices previa. HCRV. Octubre- Noviembre 2009.



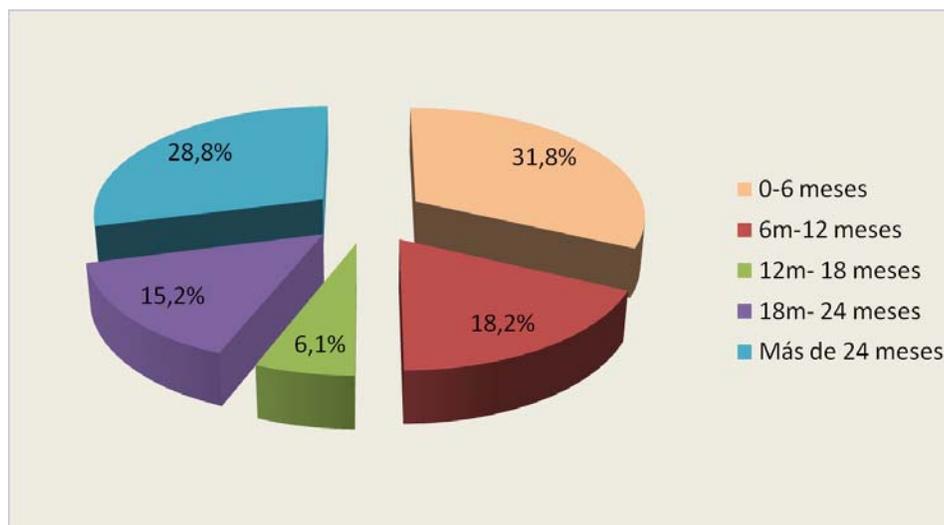
Respecto al antecedente de intervención quirúrgica de varices previa, queda en evidencia que el 81,8% nunca ha sido operado de várices mientras que el 18,2% restante de la población ya fue intervenido con anterioridad.

Gráfico N° 10: Distribución porcentual de pacientes portadores de várices de extremidades inferiores según tiempo de evolución de la enfermedad varicosa. HCRV. Octubre-Noviembre 2009.



De este grafico destaca que las varices de enfermedad varicosas es una enfermedad de larga data, pues el 62% de la población estudiada ha convivido con la enfermedad por más de 10 años.

Gráfico N° 11: Distribución porcentual de pacientes portadores de várices de extremidades inferiores según tiempo de espera para intervención quirúrgica. HCRV. Octubre-Noviembre 2009.



De acuerdo al gráfico, el mayor porcentaje (31,8%) es ocupado por las personas que han esperado entre 0 y seis meses para su cirugía de várices y el segundo mayor porcentaje (28,8%) de la población estudiada ha estado en lista de espera por más de 24 meses

Resultados estadísticos según el Cuestionario CIVIQ 2.

Tabla N° 1: Calidad de Vida de pacientes portadores de várices de extremidades inferiores según puntaje global y por dimensiones. HCRV Octubre-Noviembre 2009.

Calidad de Vida					
	N	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo	Media	Desviación Estándar
Puntaje Global	66	4	90	50,29	23,085
Dimensión Dolor	66	0	100	37,80	25,167
Dimensión Física	66	0	100	42,32	28,575
Dimensión Psicológica	66	6	100	55,71	23,277
Dimensión Social	66	0	100	55,76	29,907

Según la tabla, el promedio de calidad de vida de los pacientes incluidos en la investigación corresponde a $50,29 \pm 23,085$. De las cuatro dimensiones que tiene el cuestionario CIVIQ 2, la dimensión dolor resultó ser la más afectada, con $37,80 \pm 25,167$ puntos. Y la menos afectada, fue la dimensión social, que logró un puntaje superior al puntaje global: $55,76 \pm 29,907$.

Gráfico N° 12: Calidad de Vida de pacientes portadores de várices de extremidades inferiores según puntaje global y por dimensiones. HCRV Octubre-Noviembre 2009.



De acuerdo al gráfico, la dimensión física y la dimensión dolor resultaron ser las más afectadas, a diferencia de las dimensiones social y psicológica que obtuvieron una media mayor al puntaje global.

Tabla N° 2: Calidad de Vida de pacientes portadores de várices de extremidades inferiores según género.

Puntaje Global * Género					
Puntaje Global					
Género	N	Media	Desviación Estándar	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo
Masculino	12	56,58	25,809	12	90
Femenino	54	48,89	22,458	4	90
Total	66	50,29	23,085	4	90

* No existe diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

Del total de la población estudiada, 54 fueron mujeres y alcanzaron una calidad de vida global de 48,89. Los 12 hombres obtuvieron un promedio mayor, pero no se estableció significancia estadística entre los ambos grupos.

Tabla N° 3: Calidad de Vida de pacientes portadores de várices de extremidades inferiores según edad.

Puntaje Global * Edad					
Puntaje Global					
Edad	N	Media	Desviación Estándar	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo
25-35 años	3	47,00	18,682	27	64
36-45 años	11	50,27	33,446	4	90
46-55 años	19	47,42	21,933	4	82
56-65 años	19	53,89	19,768	17	85
Más de 65 años	14	50,00	22,576	17	82
Total	66	50,29	23,085	4	90

* No existe diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

Según los rangos de edad, la más alta calidad de vida fue obtenida por el grupo de pacientes con edades entre los 56y 65 años. La peor calidad de vida se dio en el grupo más joven, con edades entre los 35 y los 35 años.

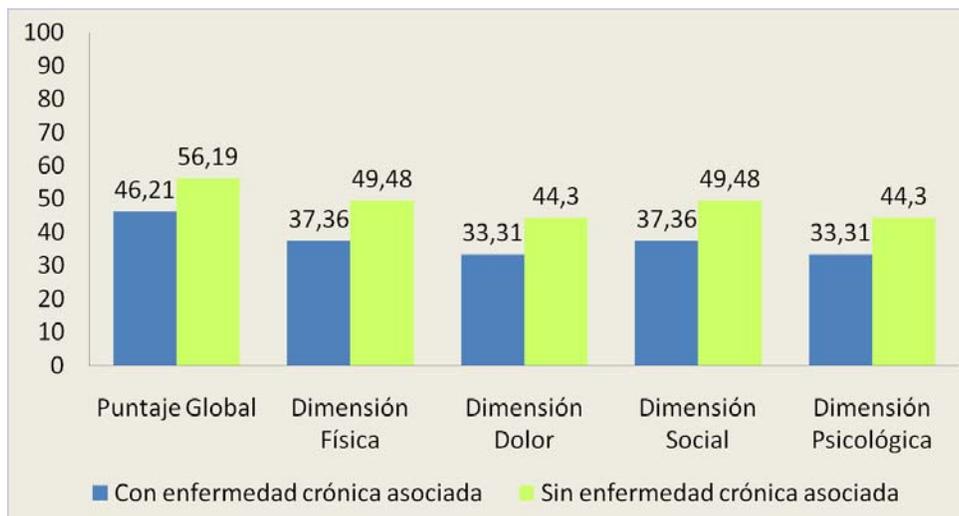
Tabla N° 4: Calidad de Vida de pacientes portadores de várices de extremidades inferiores según presencia de enfermedad crónica asociada.

Puntaje Global* Enfermedad Crónica Asociada					
Puntaje Global					
Enfermedad Crónica Asociada	N	Media	Desviación Estándar	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo
Si	39	46,21	22,681	4	82
No	27	56,19	22,788	13	90
Total	66	50,29	23,085	4	90

* No existe diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

De los 66 pacientes incluidos en la investigación, 39 de ellos refirieron padecer alguna otra enfermedad crónica asociada a las várices de miembros inferiores, este grupo obtuvo una calidad de vida global de $46,21 \pm 22,681$. Los otros pacientes, sin enfermedad crónica asociada, lograron una mejor calidad de vida alcanzando $56,19 \pm 22,788$ puntos.

Gráfico N° 13: Calidad de Vida de pacientes portadores de várices de extremidades inferiores según presencia de enfermedad crónica asociada.



Según el gráfico, el grupo de pacientes que padece de enfermedad crónica asociada obtuvo peor calidad de vida que aquellos que no refirieron padecer de enfermedad crónica asociada a las várices de extremidades inferiores.

Tabla N° 5: Calidad de Vida de pacientes portadores de várices de extremidades inferiores según antecedente de intervención quirúrgica de várices previa.

Puntaje Global * Intervención Previa					
Puntaje Global					
Intervención Previa	N	Media	Desviación Estándar	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo
Sí	12	40,17	18,664	12	82
No	54	52,54	23,515	4	90
Total	66	50,29	23,085	4	90

* No existe diferencia significativa entre los grupos.

La tabla expresa que los pacientes que ya fueron intervenidos de varices quirúrgicamente obtuvieron una menor calidad de vida que aquellos que aún no han sido operados.

Gráfico N° 14: Calidad de Vida de pacientes portadores de várices de extremidades inferiores según antecedente de intervención quirúrgica de várices previa.



El gráfico expresa que las personas que no presentan antecedente de intervención quirúrgica de várices obtuvieron un puntaje de calidad de vida global y por dimensiones superior que aquellos que sí han sido intervenidos.

Tabla N° 6: Calidad de Vida de pacientes portadores de várices de extremidades inferiores según tiempo de evolución de la enfermedad varicosa.

Puntaje Global * Tiempo Evolución Enfermedad					
Puntaje Global					
Tiempo Evolución Enfermedad	N	Media	Desviación Estándar	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo
0-5 años	11	58,36	20,476	29	90
5-10 años	14	46,79	28,304	4	79
10-15 años	6	41,67	16,318	17	65
15-20 años	12	47,58	22,901	17	90
Más de 20 años	23	52,22	22,787	8	85
Total	66	50,29	23,085	4	90

* No existe diferencia significativa entre los grupos.

Esta tabla indica que la mejor calidad de vida la alcanzó el grupo de pacientes que ha padecido de várices en miembros inferiores entre 0 y cinco años. Mientras que la peor calidad de vida la obtuvieron las personas que han convivido con la enfermedad varicosa entre 10 y 15 años.

Tabla N° 7: Calidad de Vida de pacientes portadores de várices de extremidades inferiores según tiempo en lista de espera para intervención quirúrgica.

Puntaje Global * Tiempo en Lista de Espera					
Puntaje Global					
Tiempo en Lista de Espera	N	Media	Desviación Estándar	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo
0-6 meses	21	43,14	23,163	8	82
6-12 meses	12	50,00	23,584	13	82
12-18 meses	4	67,00	26,758	40	90
18-24 meses	10	59,40	15,650	32	85
Más de 24 meses	19	50,05	24,057	4	83
Total	66	50,29	23,085	4	90

* No existe diferencia significativa entre los grupos.

Según la tabla, la peor calidad de vida la obtuvo el grupo de pacientes que lleva esperando menos de 6 meses para su intervención quirúrgica, y la mejor, aquellos pacientes que han esperado entre 12 y 18 meses para su operación.

10. DISCUSION.

Los resultados obtenidos en esta investigación arrojaron que respecto al género de los pacientes la mayoría corresponde al sexo femenino, constituyendo el 81,8% del total. Esto coincide con lo obtenido en otras investigaciones, por ejemplo en el estudio epidemiológico RELIEF (2001) realizado en España por Lozano, Jiménez-Cossío y Ulloa, el porcentaje de mujeres estuvo dado por el 87,8%. Otras dos investigaciones realizadas en el mismo país, también obtuvieron que las mujeres superan a los hombres en cantidad, así pues Marinel y col. (2009) determinaron que el 75,3% de la población estudiada eran mujeres, mientras que en el estudio para la gestión de lista de espera de várices realizado por Hernández-Osma y Martín-Peredero (2006) las mujeres corresponden al 68,7% del total. Cabe mencionar también a Espinóla y col. (2007) quienes lograron establecer que la distribución de mujeres y varones era de 75% y 25% respectivamente. Además, un artículo mexicano sobre calidad de vida de pacientes con insuficiencia venosa crónica (Rosas y col., 2006) también logró determinar que el sexo femenino predomina sobre el masculino, donde el 67% de la población estudiada eran mujeres.

Respecto a la edad de los pacientes, se constató que más de la mitad de la población (78,8%) tiene edades sobre los 46 años, este escenario se asemeja a lo obtenido en otras investigaciones, pues en ellas la media de edad se sitúa por sobre los 46 años. Así pues, en el DETECT IVC (2006) realizado por Álvarez-Fernández, Lozano, Marinel-lo-Roura y Masegosa-Medina, la edad media fue de 52,3 años, en el estudio realizado por Hernández-Osma y Martín-Peredero (2006) fue 48 años y en la investigación efectuada por Gesto-Castromil y col (2001) la edad media fue de 51,4 años.

La previsión de salud de los pacientes encuestados corresponde principalmente a FONASA (Fondo Nacional de Salud), pues el 78,8 % de ellos refiere pertenecer a este grupo. Dicho resultado es totalmente concordante con la realidad nacional, pues dicho sistema otorga cobertura en salud a aproximadamente 11 millones de personas, lo que corresponde a más de dos tercios de la población total (Hoffmesiter, 2005).

En cuanto al estado civil, destaca que el 63,6% de la población son personas casadas, y el 36,4% restante está constituido por personas solteras, separadas y viudas. Estas cifras divergen de lo obtenido en el Censo del año 2002, pues allí se obtuvo un porcentaje de 46,2% de personas casadas. Todos los pacientes incluidos en el estudio saben leer y escribir, pues fueron excluidos todos aquellos que no cumplieron con esos dos requisitos. En relación al nivel educacional de la población, el mayor porcentaje estuvo dado por personas con

enseñanza media completa (27,3%) y el menor (12,1%), por personas con estudios técnicos y/o superiores. Estas cifras, también son divergentes respecto a lo conseguido en el Censo 2002, pues en esa ocasión la educación media correspondió al 36%, y la enseñanza superior, al 16%. No se evidencia gran diferencia entre la cantidad de personas con enseñanza básica completa, enseñanza básica incompleta y personas con enseñanza media incompleta.⁴

Dentro de la población estudiada se constató la presencia de enfermedades crónicas asociadas a la enfermedad varicosa de extremidades inferiores, el grupo de personas que refirió padecer de alguna otra enfermedad además de las várices, alcanzó el 59% de la población total. Al comparar la calidad de vida del grupo de personas que no refiere enfermedad crónica asociada con el que sí refiere padecer alguna otra enfermedad, se observa que el primer conjunto de pacientes tiene una calidad de vida global mejor que aquellos del segundo grupo, pues las medias respectivas son de 56,19 y 46,21. Además, los pacientes con antecedente de enfermedad crónica asociada obtuvieron menor puntaje en todas las dimensiones del cuestionario CIVIQ: física dolor, social y psicológica. Pero no hubo significancia estadística entre los dos grupos al aplicar la prueba T.

Otra de las variables, es el antecedente de intervención de várices previa, donde se obtuvo que el 18,2% de la población investigada fuera operado de várices anteriormente. De ese porcentaje, todos fueron intervenidos de ambas extremidades y actualmente se encuentran en lista de espera para cirugía por una o por las dos extremidades. Los respectivos promedios de calidad de vida global difieren en 12 puntos aproximadamente, ya que los que sí han sido operados obtuvieron una media de 40,17 y los que no, de 52,54. Se suma a lo anterior que aquellos pacientes que ya fueron intervenidos alcanzaron puntajes inferiores en las cuatro dimensiones del cuestionario respecto a aquellas personas que aún no se operan. Sin embargo, al aplicar la prueba T no existe diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

Respecto a la cantidad de tiempo que llevan las personas conviviendo con várices en extremidades inferiores destaca que el mayor porcentaje (34,8%) estuvo dado por pacientes que refirieron padecer la enfermedad por más de 20 años. El segundo mayor porcentaje (21,2%) representa a aquellos pacientes con várices entre 5 y 10 años. Este resultado se relaciona con lo que obtuvo Marinello y col. (2009) pues en su investigación determinaron una evolución media de la enfermedad de 27.01 años. En relación a la calidad de vida de los distintos grupos no se observa diferencia significativa entre ellos, pero cabe destacar que el grupo de pacientes que ha padecido la enfermedad entre 0 y 5 años alcanzaron la más alta media de calidad de vida global respecto de los otros rangos de tiempo.

El tiempo que llevan los pacientes esperando por su cirugía de várices es en la mitad de los casos (50%) mayor a un año. El 18,2% ha esperado entre 6 meses y un año y el 31,8%

restante, menos de 6 meses. Destaca que el grupo de pacientes que lleva menos tiempo esperando para ser intervenidos obtuvieron la peor calidad de vida. No obstante, al aplicar la prueba Anova no hubo significancia estadística entre los grupos.

Según el cuestionario CIVIQ, el promedio de calidad de vida global fue de $50,29 \pm 23,08$ puntos, resultado notoriamente más bajo que lo alcanzado en otras publicaciones, donde el puntaje bordea los 65 puntos aproximadamente. Por ejemplo, en el estudio epidemiológico RELIEF la media global fue de $66,4 \pm 18,5$ puntos, Hernández-Osma y Martín-Peredero (2006) obtuvieron una calidad de vida global de 65,45 puntos y finalmente Marinello y col. (2009) publicaron una puntuación promedio de 61,6 puntos. Estos estudios también fueron realizados con el cuestionario CIVIQ, pero incluyeron un mayor número de pacientes.

La puntuación más baja (peor calidad de vida) se evidenció en la dimensión dolor, con el puntaje 37,80, situándose por debajo de la calidad de vida global (50,29). Este resultado se relaciona con lo obtenido en otras investigaciones, ya que la dimensión dolor es una de las que resulta más afectada, así pues, en el RELIEF (2001) la media de dicha dimensión fue de 54,6, casi 12 puntos inferior a la media global (66,4). Hernández-Osma y Martín-Peredero en el 2006, también concluyeron que la dimensión dolor obtuvo menos puntos que la calidad de vida global, logrando alcanzar un promedio de 60,10 puntos, mientras que a nivel global fue 65,45.

Respecto a la dimensión física, se obtuvo que es la segunda más afectada, pues el puntaje alcanzado fue de 42,32 puntos, al igual que la dimensión dolor, se encuentra por debajo de los 50,29 de calidad de vida global. En el estudio realizado por Hernández-Osma y Martín-Peredero (2006), la dimensión física fue la más afectada con un puntaje de 59,75.

Las dimensiones social y psicológica resultaron ser las menos afectadas, ambas obtuvieron puntajes superiores al de calidad de vida global, 55,75 y 55,71 respectivamente. Esa misma tendencia tuvo el estudio RELIEF, donde la dimensión social alcanzó un puntaje de 71,4, y la psicológica de 71,2. Sumado a ello, la investigación sobre la gestión de listas de espera para várices realizada por Hernández-Osma y Martín-Peredero igualmente obtuvo mayores cifras en las dimensiones social y psicológica, siendo los respectivos puntajes de 71,75 y 69,56. Sin embargo, estos resultados son divergentes respecto a lo analizado por Marinello y col. (2009), quienes concluyeron que las dos dimensiones mencionadas anteriormente, fueron las más afectadas.

11. CONCLUSIONES.

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación, se concluye lo siguiente:

- La mayoría (81,8 %) corresponde al sexo femenino. En relación a la Edad, la mayoría de los pacientes (78,8%) tienen sobre 46 años de edad.
- La mayoría de los pacientes (78,8%) están afiliados a FONASA como sistema de salud. Cabe destacar que ninguno de los pacientes se encuentra afiliado a Isapre como sistema de Previsión.
En relación al Estado Civil, más de la mitad de los pacientes (63,6%) están casados, el 36,4% restante está conformado por personas solteras separadas y viudas.
- En relación al Nivel Educativo, el 27,3% de los pacientes tiene enseñanza media completa y el 12,1% tiene estudios técnicos y/o superiores.
- Más de la mitad de la población (59%) presenta alguna enfermedad crónica además de las várices de extremidades inferiores.
- De la totalidad de los pacientes, el 81,8% nunca se ha sometido a una intervención quirúrgica de várices, mientras que el 18,2% restante sí ha sido operado anteriormente.
- Destaca que el 34,8% de los pacientes refiere padecer la enfermedad por más de 20 años, el 48,5% entre 5 y 20 años y el 16,7% menos de 5 años.
- En relación al Tiempo en Lista de Espera para cirugía, cabe mencionar que el 31,8% de los pacientes lleva esperando menos de 6 meses, el 39,5% entre 6 y 24 meses y finalmente, el 28,8% lleva esperando más de 24 meses para ser intervenidos.
- EL puntaje de Calidad de Vida Global obtenido es de 50,29 puntos de un óptimo de 100. Las dimensiones Física y Dolor resultaron ser las más afectadas, con 42,32 y 37,80 puntos respectivamente.
- La calidad de vida global del género masculino fue de 56,58 puntos, y del género femenino, de 48,89 puntos.
- Las personas que padecen de alguna enfermedad crónica asociada a las várices de extremidades inferiores obtuvieron una calidad de vida global de 46,21 puntos y aquellas que no, obtuvieron 56,19 puntos.

- La Calidad de Vida Global de los pacientes con intervención quirúrgica de várices previa fue de 40,17 y de aquellos que no han sido intervenidos, de 52,54.
- Aquellos que han padecido la enfermedad por 5 años o menos obtuvieron el mayor puntaje de calidad de vida global: 58,36. El puntaje menor (41,67) fue obtenido por las personas que han convivido con la enfermedad entre 10 y 15 años.

PROYECCIONES DEL TRABAJO PARA ENFERMERÍA Y LA SALUD DE LA POBLACIÓN.

Muchos vinculan a la enfermería como disciplina con la frase “el arte de cuidar”, si bien las primeras enfermeras centraban sus actividades casi exclusivamente en el cuidado de personas enfermas, actualmente la profesión de enfermería abarca muchas otras áreas, se ha tornado más dinámica, preocupándose incluso de aquellas personas que se encuentran en ausencia de enfermedad, recurriendo a la promoción y prevención de la salud como forma de brindar cuidados. En relación a ello, enfermeras y enfermeros tiene un rol fundamental en la prevención de várices de extremidades inferiores y en la promoción de la salud a través de hábitos higiénicos dietéticos. Muy importante es educar a la población sobre la realización de deporte al menos 3 veces por semana, alimentación saludable, mantener un peso corporal normal, hacer reposo con extremidades elevadas si permanece por muchas horas de pie, entre otros.

La calidad de vida, como se dijo anteriormente, es por estos días un concepto ampliamente utilizado en el ámbito de la salud, constituyendo una forma de evaluar y medir los servicios sanitarios entregados a la población, contribuyendo de esa forma al proceso de toma de decisiones con el consecuente mejoramiento de las prestaciones de salud. Por lo tanto, evaluar la calidad de vida tanto en personas sanas o en grupo de personas enfermas, debiera paulatinamente ir adquiriendo mayor protagonismo entre los profesionales de la salud, más aún entre los profesionales de enfermería para que lo consideren como un posible tema de estudio. De esa forma, el aporte será notable en materia de conocer con objetividad y con datos duros cuál es la realidad nacional en materia de calidad de vida relacionada con la salud de la población.

El rol asistencial del profesional de enfermería necesariamente se vincula con la educación a pacientes, ya que tanto el ambiente intrahospitalario como el ambulatorio genera instancias de interacción entre la enfermera y el usuario, pudiendo este último ser educado en cuanto a su enfermedad y a cómo cuidarse. Si se hace referencia específicamente al paciente con várices que acude a consulta por primera vez o que se encuentra en la etapa de evaluación

preoperatoria, muy probablemente tendrá contacto con alguna enfermera, quien hará uso de ese momento para entregar conocimientos sobre hábitos de vida saludables, higiene laboral, uso correcto de vendas elásticas, cumplimiento de tratamiento farmacológico, consejos para mejorar la calidad de vida, por mencionar algunos.

Tomando de ejemplo lo que en otros países del mundo se ha venido haciendo, el profesional de enfermería chileno también puede contribuir en crear medidas para una mejor gestión de las ofertas sanitarias, recurriendo para ello a la cuarta área del rol: la administración. Como se ha expuesto, las listas de espera quirúrgica son una situación que preocupa a los sistema de salud, sobre todo aquellas que aumentan progresivamente en el tiempo, como son las listas para cirugía de várices, que además de provocar largos periodos de espera en los pacientes provoca un impacto negativo en su calidad de vida. Sin embargo, el profesional de enfermería posee habilidades y conocimientos que lo capacitan para realizar labores administrativas de manera eficiente y eficaz, lo que le otorga la posibilidad de hacerse cargo de problemáticas sanitarias, como por ejemplo de listas de espera quirúrgicas, para hacer que disminuyan o por qué no decirlo, que desaparezcan. Una muestra de ello es el programa de gestión de lista de espera que existe en el Hospital Clínico Regional Valdivia que es operado por enfermera, donde los objetivos se orientan a generar un avance en las actuales listas de espera y lograr una disminución total.

Por último, bajo la mirada del rol administrativo, tiene cabida también la generación de programas de Salud Ocupacional, que son de gran utilidad para otorgar protección a aquellas profesiones u ocupaciones en que se requiera permanecer de pie, ya que esta situación constituye un importante factor de riesgo en la incidencia de várices de extremidades inferiores.

12. BIBLIOGRAFIA.

- Álvarez-Fernández L. J., Lozano F., Marinello Roura J. y Masegosa-Medina J. A. (2008). Encuesta epidemiológica sobre la insuficiencia venosa crónica en España: estudio DETECT-IVC 2006. *Revista de Angiología*, 60(1), 27-36.
- Bahr J. (2007) Varices esenciales de extremidades inferiores. Obtenido el 4, Septiembre, 2009 desde <http://cirugiavascularactual.blogspot.com/2007/07/varices-esenciales-de-extremidades.html>
- Bellmunt-Montoya S., Giménez-Gaibar a., Hospedales-Salomó J., Gonzalez-Cañas E., Badia X. y Lara-Suriñach N. (2008). Estudio para el establecimiento de un sistema de priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de varices. *Revista de Angiología*, 60(5), 333-345.
- Brunner y Suddarth. (2005). *Manual de enfermería medico quirúrgica* (10° ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Cabrera, A. (2005). Varices, 1000 pacientes sometidos a cirugía selectiva con preservación de la vena safena. Santiago, Chile: Clínica Santa María, Clínica de Patología Venosa.
- Callejas J.M. (2005). Síndrome de hipertensión venosa de EE.II. Epidemiología y factores de riesgo. *Anales de Cirugía Cardíaca y vascular*, 11(5), 302-324.
- Espinóla C., Bernau M., Aucejo M. y Villalba J. C. (2007). Prevalencia de várices en miembros inferiores en el personal del Hospital de Clínicas. *Revista Chilena de Cirugía*, 59(5), 342-347.
- García I., Pozuelo R. y Conde E. (2009). Calidad de vida en las vasculopatías. *Anales de Patología Vasculuar*, 3(1), 47-54.
- Gesto-Castromil R., Grupo DETECT-IVC y Garcia JJ. (2001). Encuesta Epidemiológica realizada en España sobre la prevalencia asistencial de la insuficiencia venosa crónica en atención primaria. Estudio DETECT-IVC. *Revista de Angiología*, 53(4): 249-260.
- Giménez-Gaibar A. (2006). Indicaciones y resultados de la cirugía de várices. Técnica convencional. *Revista de Angiología*, 58(Supl.2), S3-S10.
- Harrison. (2005). *Principios de medicina interna* (16° ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hernández-Osma E. y Martín-Peredero V. (2006). Reingeniería de procesos como herramienta para la gestión de lista de espera de varices. *Revista de Angiología*, 58(2), 35-44.

Hoffmeister Lorena. (2005) ¿Quiénes están satisfechos con su sistema previsional de salud?. Obtenido el 2, Febrero, 2010 desde http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENSG/ENSG_Satisf_prevision_salud.pdf

Iborra-Ortega E., Barjau-Urrea E., Vila-Coll R., Ballón-Carazas H. y Cairols-Castellote M.A. (2006). Estudio comparativo de dos técnicas quirúrgicas en el tratamiento de las varices de las extremidades inferiores: resultados tras cinco años de seguimiento. *Revista de Angiología*, 58(6), 459-468.

Kurz X., Lamping D., Kahn S., Baccaglini U., Zucarelli F., Spreafico G. & Abenhaim L. (2001). Do varicose veins affect quality of life? Results of an international population-based study. *Journal of Vascular Surgery*, 34(4), 641-648.

Lozano F. (2008). Calidad de vida relacionada con al cirugía vascular. *Revista de Angiología*, 60(6), 377-394.

Lozano F., Jiménez-Cossío J. A. y Ulloa J. (2001). La insuficiencia venosa crónica en España. Estudio epidemiológico RELIEF. *Revista de Angiología*, 53(1), 5-16.

Mackenzie R.K., Paisley A., Alla P.L., Lee A.J., Ruckley C.V. & Bradbury A.W. (2002). The effect of long saphenous vein stripping on quality of life. *Journal of Vascular Surgery*, 35(6), 1197-1203.

Marinel lo- J., Carreño P., Alós J., López J., Davins M., Martínez E., Palomera E. y Jiménez A. (2009). ¿Están justificadas las listas de espera quirúrgica en las várices? *Anales de Patología Vascular* 3(3): 162-166.

Marriner A. y Raile M. (1999). Modelos y teorías en enfermería. (4º ed.) España: Harcourt Brace de España.

Moreno-Carriles R.M. (2004). Registro de actividad de la Sociedad española de angiología y cirugía vascular, año 2003. *Revista de Angiología*, 56(6), 595-611.

Orrego A. (2008) Tratamiento endovascular de la insuficiencia de los ejes safenos mediante laser diodo 980 NM. *Revista Chilena de Cirugía* 60(3), 212-218.

Oudhoff j.P., Timmermans D.R., Knol D.L., Bijnen A.B. & Van der Wall G. (2007). Waiting for elective general surgery impact on health related quality of life and psychosocial consequences. *BMC Public Health* 7, 164. Obtenido el 26 de Agosto de 2009 desde <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/164>

Palomino-Medina M.A., Tárraga-López P.J., García-Olmo D., Rodríguez-Montes J.A., Robayna-Elvira A.V. y López-Cara M. (2004). Factores epidemiológicos de la insuficiencia venosa crónica en una zona básica de salud. *Revista de Angiología*, 56(5), 445-457.

Palomino-Medina M.A., Tárraga-López P.J., Robayna-Elvira A.V., López-Cara M., García-Olmo D. y Rodríguez-Montes J.A. (2006). Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica y calidad de vida en una Zona Básica de Salud. *Revista de Medicina General* 86, 452-463.

Pizarro I. (2009). Insuficiencia venosa superficial de las extremidades inferiores. Obtenido el 4, Septiembre, 2009, desde http://www.cirugiahsalvador.cl/ed_continua/tema_mes_14.php

Rodríguez-Camarero S.J. (2006). Tratamiento endoluminal de las varices mediante radiofrecuencia VNUS-Closure^R. *Revista de Angiología*, 58(supl.2), S25-S34.

Rosas M. A., Serrano A., Henestroza K., Zarraga J., Cal y Mayor I., Meza M. y Sánchez N. (2006). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia venosa crónica. *Cirujano General*, 28(3), 153-159.

Schwartz S. (2000). *Principios de cirugía* (7° ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.

Selaya N., Telleria O. y Telleria T. (2005). Várices en miembros inferiores. *Revista Paceyña de Medicina Familiar*, 2(2), 104-109.

Sigler L., Castañeda R. y Rish L. (2004). Insuficiencia venosa crónica en la República Mexicana. *Revista Mexicana de Angiología*, 32(2), 44-46.

Sonnebron R. (2007). Insuficiencia venosa crónica de extremidades inferiores. Consideraciones Generales. Obtenido el 4, Septiembre, 2009, desde <http://cirugiavascularactual.blogspot.com/2007/07/insuficiencia-venosa-crnica-de.html>

Tárrago-Villalba S., González-González M.E., García-Gimeno M., Vicente-Santiago M. y Rodríguez-Camarero S.J. (2005). Insuficiencia venosa superficial de miembros inferiores. ¿Cual es el punto de fuga? *Revista de Angiología*, 57(4), 329-334.

Tuesca R. (2005). La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte*, 21, 76-86.

13. ANEXOS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Se me solicita participar de forma voluntaria en el estudio “Calidad de Vida de pacientes portadores de várices en extremidades inferiores con residencia en Valdivia que se encuentran en lista de espera para cirugía en el Hospital Clínico Regional Valdivia durante Octubre y Noviembre del 2009”, realizado por la tesista Srta. Leyla Aleuy Arteaga perteneciente a la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, cuyo objetivo es conocer la percepción de calidad de vida que tienen los pacientes portadores de várices residentes en Valdivia que se encuentran en lista de espera para cirugía en el HCRV.

Yo _____

- Afirmando que el estudiante me ha entregado información suficiente sobre el objetivo de estudio y que al participar en él estoy de acuerdo en responder un cuestionario.
- Comprendo que puedo hacer preguntas sobre el estudio y sobre el cuestionario y que puedo retirarme cuando lo estime conveniente.
- Entiendo que no implica riesgos para mi salud ni para la de mi familia.
- Comprendo que la información que yo proporcione corresponde a la que voluntariamente deseo expresar y que será tratada de forma confidencial, resguardando mi identidad.
- Entiendo que los resultados obtenidos podrán ser publicados.

Firmo este documento para dar mi deliberada conformidad para participar en este estudio.

Firma

Firma Tesista

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES PERSONALES.

1. Sexo

Hombre _____

Mujer _____

2. Edad

25 a 35 años _____

36 a 45 años _____

46 a 55 años _____

56 a 65 años _____

Mayor de 65 años _____

3. Previsión

FONASA _____

Isapre _____

Otra _____

4. Estado Civil

Soltero _____

Casado _____

Separado _____

Viudo _____

5. Nivel Educativo

Básica Completa _____

Básica Incompleta _____

Media Completa _____

Media Incompleta _____

Técnico o superior _____

6. Enfermedades Crónicas

Sí _____

No _____

7. ¿Hace cuanto tiempo le diagnosticaron várices en las piernas?

8. ¿Ha sido operado de várices antes?

9. ¿Cuánto tiempo se encuentra esperando para cirugía de várices?

- C I V I Q 2 -
CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA

En español para los Estados Unidos

REPERCUSIONES DE LA INSUFICIENCIA VENOSA EN SU VIDA

- 1)** Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido **dolor** en los **tobillos** o **piernas** y qué tan severo ha sido ese dolor?

Marque con un círculo el número que se aplica a usted.

Sin dolor	Poco dolor	Dolor moderado	Mucho dolor	Dolor severo
1	2	3	4	5

- 2)** Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan molesto(a) se ha sentido en su **trabajo** o durante sus **actividades diarias usuales debido a sus problemas de piernas**?

Marque con un círculo el número que se aplica a usted.

Nada Molesto(a)	Un poco molesto(a)	Más o menos molesto(a)	Muy molesto(a)	Extremadamente molesto(a)
1	2	3	4	5

- 3)** Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha **dormido mal** debido a sus problema de piernas, y con qué frecuencia?

Marque con un círculo el número que se aplica a usted.

Nunca	Raramente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Cada noche
1	2	3	4	5

- C I V I Q 2 -
CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA

En español para los Estados Unidos

<p>Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan molesto(a) se ha sentido al hacer las actividades indicadas a continuación, debido a sus problemas de piernas?</p> <p><i>En la tabla siguiente, para cada declaración, indique qué tan molesto(a) se ha sentido, marcando con un círculo el número elegido.</i></p>					
	Nada Molesto(a)	Un poco molesto(a)	Más o menos molesto(a)	Muy molesto(a)	No lo pude hacer
4. permanecer parado(a) por mucho tiempo	1	2	3	4	5
5. Subir varios pisos por las escaleras	1	2	3	4	5
6. agacharse / arrodillarse	1	2	3	4	5
7. caminar rápidamente	1	2	3	4	5
8. Viajar en auto, autobús o avión	1	2	3	4	5
9. Hacer ciertos trabajos en casa (ej. estar parado(a) y trabajar en la cocina, cargar un niño en brazos, planchar, limpiar el piso o los muebles, hacer pequeños trabajos manuales...)	1	2	3	4	5
10. Salir de noche, ir a brodas, fiestas...	1	2	3	4	5
11. Practicar un deporte / hacer esfuerzos físicos	1	2	3	4	5

- CIVIQ 2 -
CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA

En español para los Estados Unidos

Los problemas de piernas también pueden afectar su estado de ánimo . ¿Qué tanto corresponden las siguientes declaraciones a lo que ha sentido durante las últimas cuatro semanas? <i>En la tabla siguiente, para cada declaración, marque con un círculo el número que se aplica a usted.</i>					
	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Completamente
12. Me he sentido nervioso(a)/tenso(a)	1	2	3	4	5
13. Me he cansado rápidamente	1	2	3	4	5
14. He sentido que era una carga para los demás	1	2	3	4	5
15. Siempre he tenido que ser cuidadoso(a)	1	2	3	4	5
16. He tenido vergüenza de mostrar mis piernas	1	2	3	4	5
17. Me he irritado fácilmente	1	2	3	4	5
18. Me he sentido como si hubiera estado incapacitado(a)	1	2	3	4	5
19. Me ha sido difícil empezar el día	1	2	3	4	5
20. No he tenido ganas de salir	1	2	3	4	5