

## PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS SOMETIDAS A HEMODIÁLISIS CRÓNICA

### PERCEPTION ABOUT THE QUALITY OF LIFE IN PEOPLE WITH CHRONIC HEMODIALYSIS

**Claudia Pérez\***

Enfermera Matrona, Licenciada en Enfermería, especialista en Enfermería Nefrourológica, Mg en Psicología, Universidad Católica de Chile, Profesora Auxiliar, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Judith Scharager**

Psicóloga, Mg en Salud Pública, Universidad de Chile, Profesor Adjunto Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile

**Iván Armijo**

Psicólogo, candidato a Mg en Ciencias, Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas, Universidad de Chile, Profesor Auxiliar, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

---

Artículo recibido el 20 de agosto, 2007. Aceptado en versión corregida el 25 de octubre, 2007

#### RESUMEN

*Una de las enfermedades crónicas es la insuficiencia renal crónica, esta puede evolucionar a insuficiencia renal crónica terminal, que requiere tratamiento de sustitución renal por diálisis o trasplante renal (Ministerio de Salud [MINSAL], 2004). La diálisis como alternativa de tratamiento mejora la supervivencia pero no necesariamente lo que se considera calidad de vida. Objetivos: Describir la percepción de calidad de vida e identificar factores asociados en personas sometidas a hemodiálisis crónica. Material y Método: Se realizó un estudio no experimental, con diseño descriptivo, correlacional. Se aplicó un instrumento que midió la percepción de la calidad de vida (KDQOL-SF) a 100 personas en la unidad de hemodiálisis de un hospital privado. De los resultados se desprende que la percepción de calidad de vida general en la dimensión psicológica y social es mejor que la dimensión física; y la percepción en la calidad de vida específica también es mejor que la general. Existiendo una asociación negativa entre las variables edad y trabajo con algunas de las dimensiones de la calidad de vida. Conclusión: Los hallazgos son similares a lo encontrado en diferentes investigaciones que demuestran que la edad y desarrollar una actividad laboral son factores favorecedores de la percepción de la calidad de vida. Este punto es importante para planificar y desarrollar intervenciones que consideren la rehabilitación laboral y contar con diversidad de horarios, que permitan acceder a trabajos físicos menos exigentes y con horarios flexibles en la población que permanece activa laboralmente. Palabras clave: Calidad de vida, hemodiálisis crónica, Chile.*

#### ABSTRACT

*The chronic renal insufficiency is a chronic disease that can evolve to terminal chronic renal insufficiency, which requires treatment of renal substitution by dialysis or renal transplants (Ministerio de Salud [MINSAL], 2004). The dialysis allows life, but not necessarily that the person considers the quality of life. Objective: To describe the perception of life quality and to identify the factors associated with it in the people submitted chronic hemodialysis. Material and method: A non-experimental study was made, with a transversal, descriptive, correlational design. The instrument applied measured the perception of the quality of life (KDQOL-SF) to 100 people in hemodialysis unit of the private hospital. The results showed that the perception of quality of general life in the psychological and social dimension is better than the physical dimension; and the perception in the quality of specific life is better than the general. There is a negative association between the variables age and work with some of the dimensions of the quality of life. There are similar investigations that demonstrate that the age and to develop work activity is a factors that support the perception of the quality of life. This point is important in order to plan and developing interventions which they consider the work of rehabilitation or to have diversity of schedules, that allows to access to less demanding physical works and with a more flexible schedule, in the population that remains in active work. Key words: Quality of life, chronic hemodialysis, Chile.*

---

\* Correspondencia e-mail: cperezac@uc.cl



## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas se describen como un trastorno orgánico o funcional que obliga a una modificación del modo normal de vida y que persiste durante largo tiempo (Ministerio de Salud [MINSAL], 2004). Entre estas últimas se encuentra la insuficiencia renal crónica [IRC] definida por el Ministerio de Salud de Chile "como una situación clínica derivada de la pérdida de función renal permanente y con carácter progresivo a la que puede llegarse por múltiples etiologías, tanto de carácter congénito y/o hereditario como adquiridas" (MINSAL, 2004a, p. 3).

Esta puede evolucionar a Insuficiencia Renal Crónica Terminal [IRCT] constituyéndose en un problema de salud pública, con una incidencia y prevalencia creciente, pronóstico pobre y alto costo, la cual requiere tratamiento de sustitución renal por diálisis o trasplante renal (MINSAL, 2004b).

En Estados Unidos la prevalencia de IRCT es de 1.131 pacientes por millón de habitantes y la incidencia es de 296 nuevos pacientes por año por millón (MINSAL, 2004a). En Chile, tal como sucede a nivel mundial, existe un ascenso progresivo de los pacientes que requieren hemodiálisis; la razón de esta tendencia es el aumento de la sobrevida en la población. Esta realidad epidemiológica tiene un impacto en el acceso a la terapia de diálisis, el que se ve reflejado en el crecimiento del número de personas con IRCT en tratamiento, la que ha ido en aumento en forma progresiva, según lo publicado por la Sociedad Chilena de Nefrología (2005b), al determinar que el número de usuarios durante el año 2003 era de 9.193 y en el 2005 esta cifra asciende a 10.693 personas, lo que refleja un aumento del 14%, con una distribución por género de un 53% masculino y 46,6% femenino.

Mientras la diálisis ayuda a sostener la vida al sustituir los riñones no funcionantes, la enfermedad sistémica subyacente responsable de la insuficiencia renal continúa habitualmente progresando y afectando otros órganos y sistemas. En estas

condiciones la diálisis mejora la sobrevida pero no necesariamente lo que la persona considera Calidad de Vida [CV].

La persona en diálisis no tiene una vida normal. La hemodiálisis es un tratamiento desagradable que implica punciones para la conexión al monitor, estar cuatro horas por sesión de diálisis, dependiendo de una máquina para poder vivir, con un alto riesgo de morir si no asiste en forma continua al tratamiento. Este procedimiento altera todas las actividades cotidianas, principalmente el segundo día posterior a la terapia, donde se manifiesta la sintomatología del déficit funcional del riñón, como es la retención de líquido y cansancio, entre otros, afectando así las actividades cotidianas y provocando cambios psicológicos, sociales, familiares, económicos y laborales muy importantes, que deterioran significativamente la CV de la persona y su familia desde un punto de vista multidimensional (Hurtado, Enamorado, Oteroy & Bohorques, 2000).

Para este estudio se considera la definición de CV entregada por Borthwick-Duffy en 1992 (citado en Felce & Perry, 1995) y complementada por Felce y Perry en 1995, por ser completa ya que hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de la percepción de cada persona, definiéndola como "una combinación de las condiciones de vida (objetivas) y de la satisfacción experimentada por dicha persona con estas condiciones vitales (subjetiva), o modulada por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales" (p. 62).

En los últimos años se han realizado numerosos estudios de las personas con IRCT sometidos a hemodiálisis, lo que ha permitido reconocer muchos de los factores específicos que influyen en la calidad de vida. Entre estos se pueden mencionar algunos como:

### Factores sociodemográficos

**Edad.** Existe importante evidencia que demuestra que a mayor edad declina la CV de las personas hemodializadas, afectando



tando la dimensión física, funcional y en menor medida la psicosocial (Arenas et al., 2004; Baiardi et al., 2002; Chiang et al., 2004; Kimmel & Levy, 2003; Martín et al., 2004; Mittal, Ahern, Flaster, Maesaka & Fishbane, 2001; Ruiz, Román, Martín, Alférez & Prieto, 2003). No obstante, Álvarez-Ude (2001) y Mittal et al. (2001) destacaron que esta mejoraba en enfermos de más de 65 años que estaban en tratamiento con hemodiálisis. Es probable que los hallazgos mencionados se expliquen porque los pacientes añosos ven menos afectadas por la hemodiálisis su vida laboral, familiar y sexual; encontrando en las unidades de hemodiálisis, donde son atendidos, nuevas fuentes de contacto social y apoyo.

**Género.** Numerosos estudios demuestran menor CV en las mujeres que los hombres. Esta situación se debería a que las mujeres tienen menor capacidad de adaptación a la IRCT y a la existencia de factores psicológicos como la ansiedad y la depresión, que serían variables que explicarían las diferencias en la calidad de vida entre las mujeres y los hombres (Álvarez-Ude et al., 2001; Arenas et al., 2004; Chiang et al., 2004; Kimmel & Levy, 2003; Mingardi et al., 1999; Mittal et al., 2001; Rocco, Gassman, Wang & Kaplan, 1997; Vázquez et al., 2004).

**Nivel socioeconómico y educacional.** Diversos estudios señalan que el nivel socioeconómico y educacional tiene un efecto sobre las dimensiones físicas y psicosociales de la CV, encontrándose mejor evaluación en la personas con mayor nivel socioeconómico y educacional (Kimmel & Levy, 2003; Mozes, Shabtai & Zucker, 1997; Rocco et al., 1997). El bajo nivel educacional y socioeconómico contribuye al empeoramiento de la CV debido a que se relaciona con menor grado de información que maneja el usuario sobre su enfermedad, tratamiento y condiciones de vida más precarias (Álvarez-Ude, 2001; Mingardi et al., 1999; Mollaoglu, 2004).

**Situación laboral.** Algunos estudios demuestran que el trabajo activo es un factor protector de la CV, sin embargo la progresión de la patología va determinando la manifestación de limitaciones físicas, que obstaculizarían el desempeño laboral (Álvarez-Ude, 2001; Arenas et al., 2004; Mingardi et al., 1999; Mollaoglu, 2004; Rebollo, Bobes, González, Saiz & Ortega, 2000; Rodríguez, Castro & Merino, 2005), repercutiendo en una menor CV.

#### **Factores clínicos**

**Comorbilidad.** El desarrollo de patologías crónicas concomitantes influyen en la sobrevida de los usuarios hemodializados (Martín et al., 2004; García, Fajardo, Guevara, González & Hurtado, 2002), presentando peor calidad de vida. Las personas con IRCT van manifestando enfermedades crónicas concomitantes, como por ejemplo diabetes mellitus, hipertensión arterial y cardiopatía coronaria, entre otras, con una prevalencia prospectiva del 22,3%, 48,6% y 7,7%, respectivamente, siendo estas enfermedades las predominantes a nivel nacional, según lo publicado por la Sociedad Chilena de Nefrología (2005a). La comorbilidad influye de forma muy significativa en la calidad de vida. La diabetes como diagnóstico principal de la enfermedad renal en la mayoría de los estudios tiene puntuaciones significativamente peores en mediciones de CV (Castro, Caiuby, Santesso, Draibe & Canziani, 2003; Elgueta, Manalich & Saffie, 1994; Kimmel & Levy, 2003; Vázquez et al., 2004; Mingardi et al., 1999).

**Síntomas físicos.** El malestar inducido por los síntomas (cansancio, sed, dolores osteoarticulares, insomnio, hipotensión, calambres y cefaleas, entre otros) se asocian a menor CV. Sin duda, este hallazgo es importante, puesto que pacientes que presentan síntomas físicos durante o después del procedimiento permanecen las horas siguientes incapaces de realizar su actividad normal (Hurtado et al., 2000; Rebollo et al., 2000).



**Nivel de hematocrito y hemoglobina.**

Existe un efecto beneficioso sobre las dimensiones físicas y psicosociales de la CVRS, al tratar la anemia de los pacientes en diálisis con eritropoyetina. Aquellos tratados con eritropoyetina refieren aumento en la energía, aumento del apetito, disminución en los trastornos del sueño, menor depresión y disminución de síntomas físicos como la angina (Beusterien et al., 1996; Gregory, 2003).

A partir de trabajos que han utilizado el instrumento "Kidney Disease Quality of Life— short Form" [KDQOL] para medir la percepción de calidad de vida, se ha evidenciado un deterioro en todas las dimensiones en las personas en programas de hemodiálisis respecto a la población general, potenciándose esta condición con el tiempo en que el usuario se encuentra en tratamiento con hemodiálisis (Martín et al., 2004; Carmichael, Popoola, John, Stevens & Carmichael, 2000).

Se puede afirmar que la dimensión física es la más afectada, en comparación con la percepción de mejor calidad de vida en las dimensiones psicológica y social (García et al., 2002; Arenas et al., 2004; Martín et al., 2004; Mittal et al., 2001; Mollaoglu, 2004; Castro et al., 2003). Al revisar la evidencia de los estudios que utilizan el KDQOL-SF y el SF-36 para evaluar la percepción de calidad de vida, se puede mencionar con puntuaciones altas las dimensiones función física, el rol emocional y la función social, mientras que el rol físico, vitalidad y salud general tienen las puntuaciones más bajas (Baiardi et al., 2002; Martín et al., 2004; Vázquez et al., 2004).

En la escala específica del KDQOL para personas con IRCT se encuentra evidencia de puntuaciones más altas en las dimensiones: sintomatología, función cognitiva, interacción social, apoyo social y apoyo del personal de diálisis; encontrándose puntuaciones más bajas en carga de la enfermedad renal y condición laboral (Martín et al., 2004; Vázquez et al., 2004).

En Chile, solo se han encontrado dos publicaciones referidas a esta problemática; la primera realizada por la sección de Nefrología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, en la cual se hizo una revisión sobre las personas atendidas entre 1986 y 1990. En este estudio se reconoce deterioro de la CV en sujetos diabéticos y con múltiples hospitalizaciones; las personas que realizan un trabajo remunerado, que no tienen hospitalizaciones frecuentes, tienen una mejor CV (Elgueta et al., 1994). La segunda es un estudio descriptivo de corte transversal, con una muestra de 90 personas de dos centros de diálisis de la ciudad de Concepción; la calidad de vida se midió a través del cuestionario genérico de salud SF-36. Se encontraron puntuaciones altas en la función física, rol social y rol emocional, obteniendo puntuaciones bajas en rol físico, vitalidad y salud mental (Rodríguez et al., 2005). Ambos resultados son concordantes con lo encontrado a nivel mundial.

La investigación cuyos resultados se informan en este artículo, pretendió evaluar la percepción de calidad de vida en las personas sometidas a hemodiálisis crónica en la unidad especializada de un hospital docente privado.

El propósito es contribuir a una mejor comprensión en la percepción de la calidad de vida, para diseñar estrategias que contribuyan a que estas personas tengan una mejor calidad de vida. Los objetivos del presente estudio son (i) describir la percepción de calidad de vida general que tienen las personas sometidos a hemodiálisis en su dimensión física, psicológica y social, (ii) describir la percepción de calidad de vida específica relacionada con la IRCT en las personas sometidas a hemodiálisis y (iii) identificar factores asociados con la calidad de vida.

**METODOLOGÍA**

Se realizó un estudio no experimental, de corte transversal de tipo descriptivo correlacional con metodología cuantitativa. El universo está constituido por 160 per-



sonas sometidas a hemodiálisis crónica en la unidad del hospital participante del estudio. La muestra no probabilística, intencional, constituida por 100 personas que se atendían en la unidad, durante los meses de diciembre del año 2005 y enero del 2006.

El carácter intencionado o no probabilístico de la muestra está definido por la selección de un grupo de sujetos típicos, es decir, se ha realizado una cuidadosa elección de personas con características previamente definidas. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: personas (hombres y mujeres) de más de 20 años de edad; alfabetos y analfabetos; diagnosticados con IRCT; en tratamiento en hemodiálisis definitiva por más de un año y sin dificultad a nivel comunicacional. La recolección de la información se hizo a través de dos instrumentos: encuesta sobre datos sociodemográficos y clínicos construida por la investigadora principal, y escala para medir la calidad de vida "Kidney Disease Quality of Life- short Form" (KDQOL-SF).

**Encuesta sobre datos sociodemográficos y clínicos.** Incluye preguntas que apuntan a identificar antecedentes personales, datos sociodemográficos y aspectos clínicos relativos a la IRCT y su tratamiento, diseñado especialmente para este estudio.

**Instrumento para medir la calidad de vida.** Para valorar la CV de la persona con patología renal en tratamiento en diálisis se utilizó el "Kidney Disease Quality of Life- short Form" (KDQOL-SF) en la versión para población española. Este instrumento ha sido ampliamente utilizado en publicaciones extranjeras para medir la percepción de calidad de vida (Kimmel & Levy, 2003; Martín et al., 2004; Vásquez, et al., 2004) y cuenta con la validación a nivel internacional de la versión española (García, López, De Álvaro, Álvarez-U de & Alonso, 1998). Además, reúne la doble condición de instrumento genérico y espe-

cífico, lo que permite combinar en un solo cuestionario las ventajas de comparabilidad (propia de los instrumentos genéricos) y la especificidad y sensibilidad al cambio (característica de los instrumentos específicos). Compuesto por dos partes:

- genérica, constituida por el cuestionario SF-36, con 36 ítemes, el cual mide ocho dimensiones del estado de salud, distribuido en 8 escalas: función física (10 ítemes), rol físico (4 ítemes), dolor (2 ítemes), salud general (5 ítemes), vitalidad (4 ítemes), función social (2 ítemes), rol emocional (3 ítemes) y salud mental (5 ítemes).
- específica para personas en hemodiálisis, que incluye 43 ítemes específicos de la enfermedad renal que conforman un total de 11 escalas: sintomatología (12 ítemes), efecto de la enfermedad renal (8 ítemes), carga de la enfermedad renal (4 ítemes), trabajo (2 ítemes), función cognitiva (3 ítemes), calidad de la interacción social (3 ítemes), función sexual (2 ítemes), sueño (4 ítemes), apoyo social (2 ítemes), apoyo del personal de diálisis (2 ítemes) y satisfacción del paciente (1 ítem) (Vásquez et al., 2004).

En cada ítem la puntuación obtenida es transformada en una escala de 0 a 100 según el porcentaje alcanzado de la máxima puntuación posible, donde los valores más altos indican en todos los casos una mejor calidad de vida. La puntuación correspondiente a cada escala del KDQOL-SF se obtiene calculando la media de las puntuaciones directas transformadas.

La consistencia interna del KDQOL-SF para la población española en una muestra de 306 pacientes procedentes de 35 centros de diálisis, indicó coeficientes de alfa de Cronbach superiores a 0.65 para todas las escalas, excepto para trabajo (alfa= 0.39) y calidad de la interacción social (alfa= 0.61) (García et al., 1998). La medición en este estudio reporta en la mayoría de las dimensiones de la escala genérica y específica del KDQOL-SF un coeficiente de alfa de Cronbach superior a



0,70 con excepción de interacción social (alfa= 0,41), apoyo social (alfa= 0,54), función cognitiva (alfa= 0,60) y carga de la enfermedad renal (alfa= 0,64), muy similares a los encontrados en los estudios de Vásquez et al. (2004), (Tabla 1).

Para el presente estudio se realizó la adaptación del KDQOL-SF, con autorización de los autores, quienes facilitaron dos cuestionarios traducidos al español y autorizaron su utilización, con la salvedad de verificar y realizar las correcciones correspondientes en algunas frases en relación al uso del artículo más adecuado, las cuales fueron revisadas y adaptadas a nuestro lenguaje. Para comprobar la comprensión del contenido y determinar si el lenguaje es adecuado, se realizó una prueba piloto aplicando el cuestionario en 5 entrevistas individuales en personas con características similares a la población en la cual se realizaría el estudio. Como resultado se mantiene el formato entregado por los autores en su versión española para ser utilizado como instrumento definitivo para la aplicación de la investigación.

La recolección de datos se realizó durante la sesión de hemodiálisis, se le explicó a todas las personas acerca del estudio,

y después de aceptar la participación se les leyó el consentimiento informado, realizado sobre la base del informe Belmont (1979). Posteriormente, a través de una entrevista individual, un encuestador capacitado aplicó los dos instrumentos.

El análisis de datos se realizó con el programa estadístico SPSS 12.0, calculándose estadísticos descriptivos: promedio, desviación estándar y frecuencias. Para el instrumento de calidad de vida se aplicó la prueba t de Student para muestras relacionadas. Para determinar la consistencia interna de las subescalas se calculó el coeficiente alpha de Cronbach y para establecer asociación entre factores biodemográficos y calidad de vida se utilizó prueba de correlación de Pearson.

## RESULTADOS

### Descripción de la muestra

La muestra estuvo constituida por un 53% de hombres y 47% de mujeres con edades entre 21 y 85 años (DS 16,01 años). El tiempo promedio de permanencia en hemodiálisis es de 64,37 meses (DS 57,25 meses), con un mínimo de 12 y máximo de 348 meses. La mayoría (68%)

**Tabla 1:** Resultados de los coeficientes de Cronbach de las diferentes dimensiones que se recogen en el cuestionario KDQOL-SF

Medida genérica: SF-36	Coefficientes Cronbach	Medida específica para pacientes renales	Coefficientes Cronbach
Función física	0.92	Sintomatología	0.71
Rol físico	0.93	Repercusión en la vida diaria	0.75
Rol emocional	0.93	Carga de la enfermedad renal	0.64
Dolor corporal	0.87	Condición laboral	0.75
Función social	0.79	Función cognitiva	0.60
Salud mental	0.85	Interacciones sociales	0.41
Vitalidad	0.82	Función sexual	0.99
Salud general	0.78	Sueño	0.77
		Apoyo social	0.54
		Apoyo del personal de diálisis	0.73
		Satisfacción del paciente	-



de las personas estaba casado(a). Un 51% había realizado estudios superiores ya sea técnico o universitario. Más de la mitad de la muestra (53%) no está realizando ningún trabajo remunerado al momento del estudio.

En el perfil médico-clínico se encontró que el 64% tiene hipertensión arterial y un 21% padece Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, la media del hematocrito fue de 29,38% (DS 5,27) y el 60% de la muestra recibe eritropoyetina.

### Descripción de la percepción de calidad de vida

Los resultados de las diferentes dimensiones obtenidas en el cuestionario KDQOL-SF de percepción de calidad de vida corresponden a todas las preguntas que se plantean en el instrumento, excepto en 39 casos, en las que omitieron únicamente aquellas preguntas que se planteaban aspectos relativos a la función sexual, argumentando ser viudo(a), no tener actividad sexual o por razones personales. En la Tabla 2 se recogen las puntuaciones medias y desviación estándar de las diferentes dimensiones del cuestionario, basándose en una escala de 0-100.

En la medida genérica o general casi todas las puntuaciones fueron superiores a 60, excepto en los dominios de salud general donde se encuentra la puntuación más baja con un 44,36; hallándose en los ítems de esta categoría que la mitad (50%) de las personas considera que "su salud es regular a mala" y un 47% piensa que "su salud va a empeorar"; el dominio de vitalidad también tiene una puntuación baja de 58, encontrándose que los sujetos refieren solamente en un 44% "sentirse lleno de vitalidad" siempre o casi siempre, en un 36% refiere "tener mucha energía" siempre o casi siempre, un 44% "se sintió agotado" algunas veces o muchas veces y un 51% se "sintió cansado" algunas veces o muchas veces.

Destacan en esta medida genérica altos puntajes en salud mental (69,72) y rol emocional (69,33). Encontrándose en la categoría de salud mental que un 47% de las personas "estuvo muy nervioso" solo alguna vez o nunca, un 66% solo alguna vez o nunca "se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle", un 72% "se sintió calmado y tranquilo" siempre o muchas veces, un 45% solo alguna vez o nunca se "sintió desanimado o triste" y un 62% "se sintió siempre o muchas veces feliz".

**Tabla 2:** Resultados de las diferentes dimensiones que se recogen en el cuestionario KDQOL-SF

Medida genérica: SF-36	Media	DS	Medida específica para pacientes renales	Media	DS
Función física	62,80	29,39	Sintomatología	78,19	13,85
Rol físico	60,75	44,27	Repercusión en la vida diaria	66,72	22,65
Rol emocional	69,33	43,08	Carga de la enfermedad renal	48,00	24,17
Dolor corporal	68,80	32,30	Condición laboral	49,50	44,66
Función social	67,87	32,67	Función cognitiva	82,86	18,03
Salud mental	69,72	23,59	Interacciones sociales	81,33	17,85
Vitalidad	58,00	24,20	Función sexual	78,96	28,73
Salud general	44,36	22,12	Sueño	69,22	22,44
ISF	59,17	25,21	Apoyo social	75,88	21,17
ISP	65,68	24,52	Apoyo del personal de diálisis	76,12	18,55
ISS	67,87	32,67	Satisfacción del paciente	71,00	17,82



La percepción de la calidad de vida específica para este grupo tiene valores más altos que la genérica, alcanzando puntuaciones sobre 70. Destacan bajo esta puntuación los dominios de carga producida por la enfermedad renal (48,00) donde un 66% considera que "la enfermedad del riñón interfiere demasiado en su vida y le ocupa mucho tiempo". La condición laboral también tuvo una puntuación baja (49,50) debido a que un 56% durante las últimas cuatro semanas "no ha realizado un trabajo remunerado" y en un 45% de las personas "la salud actual le ha impedido realizar un trabajo remunerado". Es importante destacar los altos puntajes en la medida específica para enfermos renales en la función cognitiva (82,86) e interacción social (81,33), en la primera las personas casi en la mitad de la muestra (49%) nunca "reaccionaron lentamente a las cosas que le decían o hacían", un 55% nunca "tuvo dificultad para concentrarse o pensar" y un 74% nunca "se sintió desorientado". En la interacción social un 57% nunca "se aisló, o se apartó de la gente que le rodeaba", un 62% nunca o solo alguna vez "estuvo irritable con los que le rodeaban" y la mayoría de la muestra (87%) siempre o casi siempre "se llevó bien con los demás".

Los puntajes obtenidos en el índice sumario de la dimensión física, psicológica y social, fueron más altos en las dimensiones social y psicológica (67,87 y 65,68, respectivamente) que en la física (59,17).

Las personas sometidas a hemodiálisis tienen una percepción mejor en la calidad de vida general en la dimensión psicológica que en la física, lo que fue estadísticamente significativo a través de la prueba t para diferencia de promedios ( $t= 3,023$ ;  $g= 99$ ;  $p < 0,003$ ), también se confirmó estadísticamente a través de la prueba de t para diferencia de promedios ( $t= 3,123$ ;  $g= 99$ ;  $p < 0,002$ ), que las personas sometidas a hemodiálisis tienen una percepción mejor de su calidad de vida general en la dimensión social que en la física.

En la percepción de la calidad de vida específica versus la general, los resultados indican que existe diferencia significativa ( $t= 4,858$ ;  $g= 99$ ;  $p < 0,000$ ). Ello confirma que las personas sometidas a hemodiálisis tienen una percepción mejor en la calidad de vida específica que la general.

Finalmente, se puede confirmar que la percepción de calidad de vida general en la dimensión psicológica y social es mejor que la dimensión física; y la percepción en la calidad de vida específica también es mejor que la general en las personas sometidas a hemodiálisis.

El análisis de la asociación entre factores biodemográficos como edad, tiempo en hemodiálisis, trabajo y nivel de hematócrito y las diferentes dimensiones de la parte genérica y específica del cuestionario KDQOL-SF, mostró una correlación estadísticamente significativa de la "función física" con las variables edad ( $r = -0,46$ ;  $p < 0,01$ ) y trabajo ( $r = -0,38$ ;  $p < 0,01$ ), de "salud general" con trabajo ( $r = -0,22$ ;  $p < 0,05$ ), y de "vitalidad" también con trabajo ( $r = -0,20$ ;  $p < 0,05$ ). De las diferentes dimensiones de la parte específica se encontró una correlación significativa de la "condición laboral" con las variables edad ( $r = -0,44$ ;  $p < 0,01$ ) y trabajo ( $r = -0,87$ ;  $p < 0,01$ ), de la "sintomatología" también con edad ( $r = -0,33$ ;  $p < 0,01$ ) y trabajo ( $r = -0,22$ ;  $p < 0,05$ ).

## DISCUSIÓN

Entre los antecedentes personales que presenta la muestra destaca el porcentaje similar de hombres y mujeres (53% y 47%, respectivamente); resultado semejante a los entregados a nivel nacional en la última cuenta de hemodiálisis crónica en Chile (Sociedad Chilena de Nefrología, 2005).

En segundo lugar el perfil médico-clínico muestra una prevalencia del 64% de Hipertensión Arterial y de un 21% de comorbilidad de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, concordando con los antecedentes epidemiológicos chilenos e



internacionales que muestran a la diabetes, la hipertensión y la comorbilidad de ambas como factores de riesgo de la IRCT (García et al., 2002; Sociedad Chilena de Nefrología, 2005).

En relación a los resultados de la percepción de CV, se identifica una valoración de CV general menor que la que tienen en el ámbito específico, al igual que lo comunicado por Castro et al. (2003), Chiang et al. (2004), Martín et al. (2004), Mingardi et al. (1999) y Rodríguez et al. (2005).

En la evaluación de percepción de calidad de vida específica se encontraron puntajes bajos en estrés o carga por la enfermedad, condición laboral y repercusiones en la vida diaria, resultados similares a los referidos por Martín et al. (2004) y Vásquez et al. (2004). Lo que es además esperable dado que más del 50% de la muestra no realizaban ningún trabajo remunerado. Esto puede estar relacionado con la condición de discapacidad de la IRCT, lo que se manifiesta en la dificultad para la realización de actividades de la vida diaria, asimismo la progresión de la patología va determinando la manifestación de limitaciones físicas, lo que también obstaculiza el desempeño laboral (Álvarez-Ude, 2001; Arenas et al., 2004; Mingardi et al., 1999; Mollaoglu, 2004; Rebollo et al., 2000; Rodríguez et al., 2005).

Todos estos resultados se pueden interpretar como efectos no deseados, aunque esperables del tratamiento con hemodiálisis, en donde las personas deben tener disponible además, de las cuatro horas para el procedimiento, el tiempo que ocupan en el traslado del hogar al centro de diálisis y viceversa, y que inevitablemente interfiere en el resto de las actividades consideradas importantes para el individuo, representando una gran carga adicional para la persona.

Lo anterior confirma un hecho evidente, como es la interdependencia de las diferentes dimensiones de la CV; de tal manera, que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enfer-

ma, esto le repercute en los aspectos afectivos, psicológicos y sociales (Felce & Perry, 1995; Schwartzmann, 2003).

La dimensión física se describe como la más afectada por sobre la psicológica y social en la escala genérica, resultados similares a los señalados en investigaciones que han utilizado este y otros instrumentos de medida (Castro et al., 2003; Martín et al., 2004; Mingardi et al., 1999; Rodríguez et al., 2005).

Sin embargo, los hallazgos de este estudio muestran que a pesar de estar disminuida la dimensión física de la CV, las dimensiones psicológica y social son valoradas con mejores puntuaciones. Esto se puede producir debido a que la persona con IRCT vive un proceso de adaptación que a medida que la enfermedad progresa, lo lleva a desarrollar ajustes internos y un proceso de adaptación psicológica que le permiten preservar la satisfacción que las personas sienten con la vida, llegando incluso a aumentar la percepción de CV en estas dimensiones (Martín et al., 2004; Vinokur & Bueno, 2002). Otra explicación posible, se relaciona con que un gran porcentaje de las personas participantes del estudio recibía eritropoyetina para el tratamiento de la anemia, lo cual estaría actuando sobre la dimensión física y psicosocial de la CV ya que según algunos autores al disminuir la sintomatología física, mejora la percepción en la CV (Beusterien et al., 1996; Gregory, 2003). Este antecedente sugiere profundizar en futuros estudios la relación entre niveles de hematocrito y CV en las personas sometidas a hemodiálisis en nuestro país.

Entre las variables biodemográficas que se analizaron la edad y el trabajo fueron las que se asociaron negativamente con algunas dimensiones de la CV. Es decir, las personas que tienen mayor edad y no están trabajando tienen una menor percepción de la CV en algunas de sus dimensiones.

Este es un hallazgo similar a lo encontrado en diferentes investigaciones que demuestran que a menor edad y el desarro-



llar una actividad laboral son factores favorecedores de la percepción de la calidad de vida (Arenas et al., 2004; Chiang et al., 2004; Kimmel & Levy, 2003; Mingardi et al., 1999; Mittal et al., 2001; Vázquez et al., 2004). Este punto es importante cuando se planifican y desarrollan intervenciones dirigidas a mejorar la CV, las que deberían considerar la rehabilitación laboral o diversidad de horarios, que permita acceder a trabajos físicos menos exigentes y con un horario más flexible, en la población que permanece activa laboralmente.

A pesar que las personas en hemodiálisis son tratadas por equipos que disponen de protocolos de intervención para realizar diagnósticos precoces, prescribir tratamientos adecuados o realizar los cuidados pertinentes, no es frecuente encontrar protocolos de evaluación e intervención para identificar la calidad de vida, añadiendo un sesgo que no permite mejorar la adaptación a la enfermedad, al tratamiento, a la rehabilitación y la readaptación social, ya que muchas de las personas viven múltiples situaciones sociales incómodas o de riesgo que junto a los síntomas físicos repercute en una menor calidad de vida.

Por lo tanto, es necesario plantear intervenciones sistemáticas y planificadas, para que su eficacia no sea limitada, considerando al equipo de salud que trabaja con las personas durante el procedimiento, los cuales son de gran apoyo frente a la enfermedad y sus consecuencias.

Para favorecer la rehabilitación de los enfermos es importante plantear dentro de los objetivos de tratamiento la evaluación e intervención psicosocial, resultando fundamental el abordaje interdisciplinario para lograr la mayor eficacia, ampliando la intervención de los médicos y enfermeras a la de psicólogos y asistentes sociales.

Los modelos de intervención utilizados en el sector salud han ido cambiando su enfoque desde paradigmas biomédicos hacia paradigmas con una orientación biopsicosocial, lográndose de esta forma una aproximación más integral hacia los

individuos. También el sector salud ha modificado su enfoque desde un concepto de la salud centrada en el tratamiento de la enfermedad a un énfasis en favorecer una buena calidad de vida para las personas.

El modelo de factores psicológicos determinantes de la calidad de vida relacionado con la salud planteado por Schwartzmann (2003), tienen un enfoque biopsicosocial y fomentan la participación de los individuos en el ciclo salud-enfermedad, transformándolos en los principales protagonistas de este proceso, para lo cual es importante tomar en cuenta la percepción del usuario, sus deseos y motivaciones en el proceso de toma de decisiones en salud, así como en la evaluación de la calidad de vida, lo que permitiría su empoderamiento y de esta manera una mayor responsabilidad respecto de su enfermedad.

Una de las limitaciones de este estudio son las características de la muestra intencionada lo que no permite una generalización de los resultados a personas con características diferentes. Se sugiere replicar este estudio con una muestra mayor y en un población atendida en el sector público de salud.

Es imperativo estudiar la CV de las personas que se hemodializan, abordando esta temática desde la perspectiva cuantitativa y cualitativa con el fin de conocer al ser humano en su totalidad, de tal manera de realizar intervenciones atingentes de acuerdo a las necesidades detectadas.

**Agradecimientos** a cada una de las personas que participaron en el estudio, por la generosidad de compartir sus experiencias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez-Ude, F. (2001). Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 14, 64-68.



- Arenas, M., Moreno, E., Reig, A., Millán, I., Egea, J., Amoedo, M., et al. (2004). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas Coop-Wonca en una población de hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología*, 24, 470-479.
- Baiardi, F., Esposti, E. D., Cocchi, R., Fabbri, A., Sturani, A., Valpiani, G., et al. (2002). Effects of clinical and individual variables on quality of life in chronic renal failure patients. *Journal of Nephrology*, 15(1), 61-67.
- Beusterien, K. M., Nissenson, A. R., Port, F. K., Kelly, M., Steinwald, B., & Ware, J. E. Jr. (1996). The effects of recombinant human erythropoietin on functional health and wellbeing in chronic dialysis patients. *Journal of the American Society of Nephrology*, 7(5), 763-773.
- Carmichael, P., Popoola, J., John, I., Stevens, P., & Carmichael, A. (2000). Assessment of quality of life in a single centre dialysis population using the KDQOL-SF questionnaire. *Quality of Life Research*, 9(2), 195-205.
- Chiang, C. K., Peng, Y. S., Chiang, S. S., Yang, C. S., He, Y. H., Hung, K. Y., et al. (2004). Health-related quality of life of hemodialysis patients in Taiwan: a multicenter study. *Blood Purification*, 22, 490-498. Recuperado el 6 de octubre, 2005, de la base de datos PUBMED.
- Chile, Ministerio de Salud. (2004a). *Protocolo AUGE. Tratamiento Insuficiencia renal crónica terminal*. Documento de trabajo. Santiago, Chile: autor.
- Chile, Ministerio de Salud. (2004b). *Medicinas de calidad de vida*. Red Chilena de calidad de vida. Santiago, Chile: autor.
- Castro, M., Caiuby, A., Santesso, V., Draibe, S., & Canziani, M. (2003). Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada a través do instrumento genérico SF-36 [Versión electrónica], *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49(3), 245-249.
- Elgueta, L., Manalich, J., & Saffie, A. (1994). Hemodiálisis crónica: programa para evaluar la calidad de vida de los pacientes mayores de 60 años. *Revista Médica de Chile*, 122(6), 679-685.
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74.
- García, F., Fajardo, C., Guevara, R., González, V., & Hurtado, I. (2002). Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: papel de los síntomas ansiosos y depresivos [Versión electrónica], *Nefrología*, 22, 245-252.
- García, F., López, K., De Álvaro, F., Álvarez-Ude F., & Alonso, J. (1998). Salud percibida en pacientes que comienzan tratamiento renal sustitutivo: validación preliminar de la versión española del KDQOL-SF. *Nefrología*, 18(3), 66.
- Gregory, N. (2003). Effect of higher hemoglobin levels on health-related quality of life parameters. *Nephrology Nursing Journal* 30(1), 75-78.
- Hurtado, I., Enamorado, A., Otero, H., & Bohorques, R. (2000). Estudio de calidad de vida en pacientes con hemodiálisis iterada, antes y después del empleo de eritropoyetina. *Nefrología*, XX(5). Recuperado el 11 de enero, 2006, de <http://www.revistanefrologia.com/mostrarfile.asp?ID=993>
- Informe Belmont. (1979). *Principios y Guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación*. Recuperado el 11 de enero, 2006, de [http://www.bioeticaweb.com/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=1060](http://www.bioeticaweb.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=1060)
- Kimmel, P., & Levy, N. (2003). Psicología y rehabilitación. En J. Daugirdas, P. Blake, & T. Ing (Eds.). *Manual de Diálisis* (pp. 433-434). Barcelona: Masson.
- Martín, F., Reig, A., Sarró, F., Ferrer, R., Arenas, D., González, F., et al. (2004). Evaluación de la calidad de vida en pacientes de una unidad de hemodiálisis con el cuestionario Kidney Disease Quality of life - short form (KDQOL-SF). *Revista Diálisis y Transplante*, 25(2), 79-92.
- Mingardi, G., Cornalba, L., Cortinovis, E., Ruggiata, R., Mosconi, P., & Apolone, G. (1999). Health-related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 Health Survey. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 14(6), 1503-1510. Recuperado el 4 de octubre, 2005, de la base de datos PUBMED.
- Mittal, S., Ahern, L., Flaster, E., Maesaka, J., &



- Fishbane, S. (2001). Self-assessed physical and mental function of haemodialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, *16*, 1387-1394. Recuperado el 4 de octubre, 2005, de la base de datos MEDLINE.
- Mollaoglu, M. (2004). Depression and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Dialysis & Transplantation*, *33*, 544-549. Recuperado el 4 de octubre de 2006, de la base de datos CINAHAL.
- Moreno, E., Arenas, M., Porta, E., Escalant, L., Cantó, M., Castell, G., et al. (2004). Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis [Versión electrónica]. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, *7*, 225-233.
- Mozes, B., Shabtai, E., & Zucker, D. (1997). Differences in quality of life among patients receiving dialysis replacement therapy at seven medical centers. *Journal of Clinical Epidemiology*, *50*(9), 1035-1043.
- Rebollo, P., Bobes, J., González, M. P., Saiz, P., & Ortega, F. (2000). Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes en terapia renal sustitutiva. *Nefrología*, *XX*(2), 171-181.
- Rodríguez, M., Castro, M., & Merino, J. (2005). Calidad de vida en pacientes renales hemodializados [Versión electrónica], *Ciencia y Enfermería*, *XI*(2), 47-57.
- Rocco, M. V., Gassman, J. J., Wang, S. R., & Kaplan, R. M. (1997). Cross-sectional study of quality of life and symptoms in chronic renal disease patients: the Modification of Diet in Renal Disease Study. *American Journal of Kidney Diseases*, *29*(6), 888-96. Recuperado el 4 de octubre, 2005, de la base de datos PUBMED.
- Ruiz, M., Román, M., Martín, G., Alférez, M. J., & Prieto, D. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud en las diferentes terapias sustitutivas de la insuficiencia renal crónica. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, *6*(4), 6-16.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, *IX*(2), 9-21.
- Sociedad Chilena de Nefrología. (2005a). *Estudio prospectivo de hemodiálisis*. Recuperado el 11 de enero, 2006, de <http://www.sochnefrologia.cl/frameest.htm>
- Sociedad Chilena de Nefrología. (2005b). *Registro de diálisis*. Recuperado el 11 de enero, 2006, de <http://www.nefro.cl/hd2005.pdf>
- Vásquez, I., Valderrabano, F., Fort, J., Jofré, R., López, M., Gómez, J., et al. (2004). Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres en tratamiento en hemodiálisis. *Sociedad Española de Nefrología*, *24*, 167-178.
- Vinokur, E., & Bueno, D. (2002). Aspectos psicológicos del paciente renal. *Nefrología, Diálisis y Transplante*, *56*, 11-14.