



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

ESCUELA DE PSICOLOGIA

Tema:

**CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A LA SALUD DE PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL DE LATACUNGA**

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciada en
Psicología**

Línea de Investigación:

SALUD INTEGRAL, DETERMINACIÓN SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

Autora:

Melina Brishyth Mosquera Chacón

Director:

Lic. Dayamy Lima Rojas, MsC.

Ambato – Ecuador

Octubre 2023

DECLARACIÓN DE AUTENCIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **MELINA BRISHYTH MOSQUERA CHACON**, con cédula de ciudadanía 0503957359, autora del trabajo de graduación titulado: "CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A LA SALUD DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL DE LATACUNGA", previa a la obtención del título profesional de **LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**, en la escuela de **PSICOLOGÍA**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, octubre 2023



Melina Brishyth Mosquera Chacon

CC. 0503957359

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
SEDE AMBATO
APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Tema:

CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A LA SALUD DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL DE LATACUNGA

Línea de Investigación:

SALUD INTEGRAL, DETERMINACION SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

Autora:

Melina Brishyth Mosquera Chacon

Dayamy Lima Rojas, Lic. Msc.

CALIFICADOR

f. 

Narcisa de Jesús Villegas Villacrés, Psc. Mg.

CALIFICADOR

f. 

Chaterine Nataly Shuguli Zambrano, Psc. Cl. Mg

CALIFICADOR

f. 

Varna Hernández Junco, PhD.

DIRECTOR ESCUELA DE PSICOLOGÍA

f. 

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.

SECRETARIO GENERAL PUCESA

f.   Pontificia Universidad Católica del Ecuador
SECRETARÍA GENERAL PROCURADURÍA

**Ambato – Ecuador
Octubre 2023**

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a Dios por bendecir mi camino, a mis padres por ayudarme en mi formación personal y por su apoyo incondicional, ya que han sido un pilar fundamental para alcanzar una de mis metas.

A mis hermanos Danna, Poleth y Ricardo quienes me han dado su amor y motivación. A Anita quien ha sido una persona incondicional en mi vida y con sus palabras de aliento me animo para lograr con mi objetivo.

A mi amiga Evelyn por ser mi confidente y la causante de muchas alegrías y aventuras. A mi tutora de este proyecto Dayamy, por guiarme e impartir sus conocimientos para realizar un buen trabajo, además, a mis profesores y directivos por la paciencia que han mostrado en mi formación.

DEDICATORIA

A mis padres DIGNA Y WILLYANS son las personas por las que todo esto es posible, este y el resto de mis logros se los debo a ellos, son mi fuente de inspiración.

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo caracterizar la calidad de vida en relación a la salud de pacientes con insuficiencia renal tratados en la clínica privada Cedralcon de Latacunga. Se utilizó un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental de corte transversal y alcance descriptivo. La población de estudio estuvo constituida por los pacientes atendidos durante el periodo de recolección de datos y con un muestreo no probabilístico por conveniencia se obtuvo una muestra de 76 personas. Los resultados revelan que tanto la Salud física como la Salud Mental tienen un nivel Regular en la población. Por género se puede apreciar que en ambos las medias de salud mental son más altas que las de salud física. En los diferentes grupos de edad, las subdimensiones con las medias más altas son "Salud general" en salud física y "Bienestar emocional" en salud mental. En Salud Física, las personas solteras tienen la media más alta en Función Física mientras que en las personas casadas, divorciadas, viudas y en unión libre la media más alta es Salud General. En Salud Mental, la subdimensión con la media más alta fue Bienestar emocional. En todos los niveles de instrucción las medias de Salud Mental fueron superiores a los niveles de Salud Física. Con respecto al tiempo de diagnóstico, a medida que este avanza, las medias van aumentando, tanto en salud física como en salud mental; excepto en el rango de 16 o más años donde la salud física decrece, sin embargo, salud mental mantiene el aumento.

PALABRAS CLAVE: Calidad de Vida, Salud, Insuficiencia Renal

ABSTRACT

The objective of this study was to characterize the quality of life in relation to the health of patients with renal failure treated at the Cedralcon private clinic in Latacunga. A quantitative approach was used, with a nonexperimental cross-sectional design and descriptive scope. The study population consisted of patients treated during the data collection period and a non-probabilistic convenience sample of 76 people was obtained. The results reveal that both Physical Health and Mental Health have a Regular level in the population. By gender, it can be seen that in both the mental health averages are higher than those of physical health. In the different age groups, the subdimensions with the highest averages are "General Health" in physical health and "Emotional Well-being" in mental health. In Physical Health, single persons have the highest mean in Physical Function while in married, divorced, widowed and cohabiting persons the highest mean is General Health. In Mental Health, the subdimension with the highest mean was Emotional Well-being. At all levels of education, the means for Mental Health were higher than those for Physical Health. With respect to the time of diagnosis, as the diagnosis progresses, the means are increasing, both in physical health and mental health; except in the range of 16 years or more where physical health decreases, however, mental health maintains the increase.

Keywords: Quality of life, Health, Kidney failure

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTENCIDAD Y RESPONSABILIDAD.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA	5
1.1. Antecedentes históricos de calidad de vida.....	5
1.2. Calidad de vida.....	6
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO	24
2.1. Tipo de Investigación.....	24
2.2. Población y muestra.....	25
2.3. Recolección de la información.....	28
2.4. Procesamiento de los datos	40
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	42
3.1. Análisis descriptivo de resultados por dimensiones	42
3.2. Análisis de dimensiones según datos sociodemográficos.....	44
CONCLUSIONES.....	55
RECOMENDACIONES	57
BIBLIOGRAFÍA	58
ANEXOS	77

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos sociodemográficos.....	27
Tabla 2. Características de las diferentes versiones del cuestionario.....	30
Tabla 3. Proceso de transformación de las escalas	33
Tabla 4. Contenido de las escalas del SF-36	34
Tabla 5. Evaluación de medias en escala de 0 – 100.....	34
Tabla 6. Fiabilidad de las escalas del SF-36 español.....	37
Tabla 7. Características de la distribución de las puntuaciones y validez de constructo del SF-36 español	38
Tabla 8. Aspectos técnicos validados del SF / 36.....	40
Tabla 9. Medias por dimensiones y subdimensiones	42
Tabla 10. Resultados de subdimensiones por género.....	44
Tabla 11. Análisis de subdimensiones según la edad.....	45
Tabla 12. Análisis de subdimensiones según estado civil.....	47
Tabla 13. Análisis de subdimensiones con respecto a la educación	49
Tabla 14. Análisis de subdimensiones con respecto a la ocupación	51
Tabla 15. Análisis de subdimensiones con respecto al tiempo de diagnóstico	52

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal es conocida como uno de los problemas a nivel de la salud pública entre otras razones por dificultades que produce a nivel biológico, psicológico y sociales, los pacientes al estar en esta condición pueden enfrentar modificaciones a nivel conductual y en su estilo de vida como al adaptarse a horarios en su tratamiento restricciones en su comida o reuniones sociales entre otros. Estos aspectos pueden afectar a la calidad de vida de los individuos, por lo que ha sido estudiada desde diferentes enfoques, en este caso se identificaron en pacientes con enfermedades renales.

En el estudio propuesto por Perales, Duschek y Reyes (2016) sobre la calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica en pacientes de España, el objetivo fue comparar la capacidad predictiva de los síntomas somáticos informados y el estado anímico sobre la calidad de vida relacionada con la salud. Evaluaron a 52 pacientes en tratamiento de hemodiálisis mediante la escala de funcionamiento y calidad de vida (SF-36), escala de síntomas somáticos-revisada (ESS-R) y escala de ansiedad y depresión en hospital (HAD). Concluyeron que el estado anímico es el mejor predictor de los componentes físico y mental de las CVRS, a comparación de los síntomas físicos identificados por los pacientes.

En la recolección de la información propuesta por Costa, Pinheiro, Medeiros, Costa y Cossi (2016) en su investigación sobre la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis buscaron evaluar la calidad de vida, así como caracterizarlos e identificar los factores que influyen en la misma. Se trata de un estudio de campo, descriptivo, transversal y cuantitativo realizado en el Alto Sertão da Paraíba, municipio Cajazeiras. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico y el WHOQOL-BREF y se obtuvo como resultado que estos pacientes tienen una calidad de vida regular, y el conocimiento de los profesionales sobre este tema es de suma importancia para alcanzar una optimización en el cuidado de los pacientes con IRC sometidos a hemodiálisis

Pasa lo mismo en estudios realizados por Barros, Herazo y Aroca (2015) en Colombia sobre la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica, plantearon como objetivo general, determinar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y su relación con variables sociodemográficas y datos clínicos. El método utilizado se trata de un estudio analítico realizado a 80 personas con diagnóstico de enfermedad renal crónica, se aplicó el cuestionario Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-SF). La conclusión a la cual llegaron los autores fue que la enfermedad renal crónica tiene una carga sobre la calidad de vida de los pacientes en términos de física, salud mental y carga de la enfermedad.

De igual manera, en la indagación hecha por Baldeón (2022) sobre el mejoramiento de la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal terminal en el Ecuador, el objetivo fue abordar la enfermedad renal crónica basado en su adherencia al tratamiento sustitutivo renal/hemodiálisis. Las técnicas utilizadas fueron la entrevista clínica, mediante la psicoanamnesis obtener la historia personal del paciente y la aplicación de escala de Ansiedad de Beck. Los resultados demostraron que la mitad de los pacientes registran un nivel leve de ansiedad, estados depresivos leves a moderados, siendo estos los más relacionados con la adherencia al tratamiento.

Los pacientes con insuficiencia renal crónica sufren un cambio drástico en sus vidas al comenzar con esta enfermedad ya que dependen de las diálisis para sobrevivir, lo cual genera en muchos casos angustia, preocupación y limitaciones para el desempeño de las actividades habituales. Los procesos de diálisis suelen causar agotamiento, tanto físico como psicológico, debido a la gran cantidad de horas que tienen que permanecer sometidos a los mismos (Moreno y Cruz, 2015). Si la enfermedad es detectada en una fase muy avanzada se considera una enfermedad terminal, lo cual tiene una mayor connotación en el paciente.

La insuficiencia renal es una enfermedad silenciosa que no se presenta con síntomas desde un inicio y, por ello, en ocasiones se diagnostica cuando hay menos alternativas

de solución. Puede afectar a personas de todas las edades o condiciones económicas y la gran mayoría gastan gran cantidad de dinero en este tratamiento (Moreno y Cruz, 2015). Dado que, la clínica Cendialcon es privada y las diálisis tienen un elevado costo, la afectación tanto económica como psíquica es aún mayor para el paciente que, por demás, se encuentra limitado para trabajar como habitualmente lo hacía. Después de las diálisis suelen sufrir dolores y otros síntomas que interfieren con el funcionamiento habitual de la persona.

Por lo tanto, es notorio el cambio que padecen estas personas en su vida diaria, ya que dejan de realizar actividades que acostumbraban, como el hacer ejercicio y consumir alimentos de todo tipo, ahora se ven prohibidos a realizar por lo que se ha planteado la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo es la calidad de vida en relación a la salud de pacientes con insuficiencia renal atendidos en la clínica Cendialcon de la Latacunga? La Hipótesis del trabajo de investigación es que la calidad de vida en relación a la salud de los pacientes con insuficiencia renal tratados en la clínica Cendialcon de Latacunga es baja en las dimensiones de salud física y mental

Objetivo general de la investigación:

- Caracterizar la calidad de vida en relación a la salud de pacientes con insuficiencia renal tratados en la clínica privada Cendialcon de Latacunga.

Objetivos específicos de la investigación:

- Fundamentar teóricamente la calidad de vida en relación a la salud en pacientes con insuficiencia renal.
- Diagnosticar la calidad de vida en relación a la salud en pacientes con insuficiencia renal tratados en la clínica privada Cendialcon de Latacunga.
- Analizar la calidad de vida en relación a la salud de pacientes con insuficiencia renal según el género, la edad, la ocupación y el tiempo de evolución de la enfermedad.

Se realiza una investigación básica de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, alcance descriptivo de corte transversal. La población está constituida por los pacientes que se encuentran siendo atendidos en la clínica durante el periodo de recolección de los datos y se realiza un muestreo no probabilístico por conveniencia con los criterios de inclusión de tener 18 años o más y contar con el consentimiento informado para la participación en la investigación.

Se recolectan datos sobre calidad de vida en relación a la salud utilizando el test SF-36 (versión 2) que mide las dimensiones salud física y salud mental, cada una con sus respectivos subdimensiones. Para el análisis de los datos se utilizan estadísticos descriptivos del SPSS v.25 como la media y desviación estándar, además del análisis categórico de frecuencia y porcentaje.

Justificación

Con la presente investigación se caracteriza la calidad de vida en relación a la salud de pacientes con insuficiencia renal de Latacunga, debido que la calidad de vida es la base fundamental para mantener el equilibrio en diversas áreas de la vida de las personas. En pacientes con enfermedad renal crónica gracias a diversos estudios, se reconoce que asocian la calidad de vida con mantener un estado clínico estable, sentirse aptos para realizar actividades en cada uno de sus entornos y, por tanto, llevar una vida activa acorde a su condición, a favor del impacto relativo en la calidad de vida de los pacientes.

La investigación es de relevancia teórica al estado de arte porque aporta una caracterización de la calidad de vida en relación a la salud en pacientes que padecen de insuficiencia renal en una población ecuatoriana. En la vida diaria las personas sufren cambios permanentes y ciclos positivos como negativos que pueden generar modificaciones que afecten a la calidad de vida, pero esto sucede de manera significativa cuando se tiene el diagnóstico de una enfermedad crónica que además, degenera la integridad física.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Antecedentes históricos de calidad de vida

Para conceptualizar la calidad de vida es importante conocer la aparición de este término. La primera expresión de Calidad de Vida menciona que fue en debates públicos con hincapié en el medio ambiente y al deterioro que se presentaba en las condiciones de vida de las personas (Gómez y Sabel, 2001). Además, a inicios de la década de los 60, se expande el interés por identificar el bienestar de las personas y conocer las consecuencias de las habilidades que tiene la sociedad, por lo que se necesitaron datos estadísticos que ayudaran a medir hechos vinculados al bienestar social de un entorno.

El concepto de calidad de vida ha comenzado a utilizarse cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud o como medida de bienestar. Sin embargo, no existe una definición única del concepto ni una completa diferenciación con otros conceptos similares, siendo frecuentemente mal utilizado (Urzúa, 2010). Los conceptos mencionados permiten entender y comprender el concepto de calidad de vida para tener referencias de los datos a tomar en cuenta, además, en el mundo, las situaciones que viven las personas están en constante cambio.

Organizaciones como la Conferencia de Sociedad Internacional de Estudios de Calidad de Vida, conocido por sus siglas en inglés (ISQOLS), Organización Mundial para la Calidad de Vida (WHOQOL) y el Centro Australiano para la calidad de vida de la Universidad de Deakin, han permitido que las investigaciones en calidad de vida alcancen una mayor madurez metodológica y conceptual para que sea valorada dentro del campo de la investigación. (Mieles, Tonon y Alvarado, 2012). Una vez que se ha definido en las ciencias sociales, ha suscitado interés entre investigadores de diversos campos como la economía, la filosofía, la sociología, la psicología y las ciencias políticas.

1.2. Calidad de vida

Conceptualización

Es fundamental conceptualizar la calidad de vida y conocer con qué principios se encuentra arraigado, ya que la sociedad de manera continua atraviesa por varias transformaciones, ya sea de tipo tecnológico, político y económico (Gómez y Sabeh, 2001). De esta manera, es determinante que las personas adopten principios y técnicas que ayuden en dichos cambios, ya que de una u otra manera esto puede ser un mecanismo de defensa ante situaciones de riesgo, con la finalidad de saber cómo actuar y junto con ello mejorar su calidad de vida. Además, es de mucha utilidad para valorar las necesidades que carecen las personas y juntamente con ello los niveles de satisfacción.

El interés que las personas le dan a la calidad de vida actualmente pasa a un plano secundario, ya que muchos de ellos se centran especialmente en satisfacer sus necesidades básicas, como son: vivienda, alimentación y trabajo (Ardila, 2003). Es decir, cada persona tiene su vida ya proyectada, dentro de la cual no se toma en cuenta el bienestar propio. Además, en muchos casos el tema económico cumple un rol fundamental, ya que, las personas de clase social baja por lo general no cuentan con un conocimiento vasto de la deficiencia que tiene el ser humano, especialmente en el crecimiento personal y junto con ello el bienestar.

La Calidad de Vida (CV) es considerada como el componente que comprende el bienestar humano, junto con ello las consecuencias que ha causado dentro de la sociedad, en las personas (Gómez y Sabeh, 2001) Por esta razón, es importante conocer los indicadores, tanto económicos como sociales, pues tienen influencia en la calidad de vida de cada una de las personas. Además, se tiene que identificar los indicadores que sirven para cotejar elementos favorables para llevar una buena calidad de vida y junto con ello un desarrollo adecuado para cada una de las personas, de lo cual serán favorecidas a largo plazo.

En este sentido, se considera calidad de vida una etapa en la que una persona encuentra satisfacción plena a nivel general; hace énfasis en ámbitos como: el bienestar psicológico, físico y social (Ardila, 2003). Sin dejar de lado aspectos secundarios como son la satisfacción sexual, emocional y la productividad, los mismos que aportan para que exista una calidad de vida satisfactoria. Para ello las personas, deben conocer cuáles son sus potenciadores y sus debilidades e ir trabajando en ello, para obtener una adecuada realización personal y una adecuada calidad de vida.

En la vida del ser humano existe la relación entre el bienestar material (vivienda y alimentación) con la calidad de vida, por lo que se ha investigado con énfasis el área de la felicidad (Ardila, 2003). De esta manera, es importante pensar cómo las personas dan paso la felicidad a sus vidas, para proporcionar satisfacción, tanto en necesidades básicas como en otras que son alternas, así mismo aceptar la presencia de la insatisfacción en la vida de las personas. El ser humano debe mantener un equilibrio en su vida, con la finalidad de estar preparado ante una situación de alegría o crítica sin importar que estos alteren su estado anímico y, por tanto, su CV.

La sociedad influye en diferentes contextos de las personas. Ardila (2003) indica que “el dinero no compra la felicidad” (p. 163). Dicho de otro modo, las personas hoy en día se entregan completamente a sus áreas laborales, esto debido a la falta de recursos económicos que existe en el entorno que habitan. Dichas personas cumplen con sus necesidades básicas, por otra parte, existen personas de bajos recursos los mismos que no logran saciar sus necesidades por lo que, no obtienen la felicidad deseada y son bastantes despreocupados con el cuidado de su salud, al punto de encontrarse deteriorados y llevando una mala calidad de vida.

Por otro lado, la calidad de vida hace referencia a la experiencia que tiene el ser humano al contar con un buen bienestar, dentro de las cuales se encuentra el sentirse bien (Robles, Rubio, De la Rosa, y Nava, 2016). La calidad de vida se encuentra conformado por varios componentes como son: actividades diarias que realizan las personas, lo cual genera bienestar físico y psicológico. Cabe recalcar que otra forma

de encontrar satisfacción es contando con un excelente funcionamiento en su cuerpo, por esta razón, es importante conocer si existe una enfermedad dentro del individuo y tratarla a tiempo con la finalidad de estar en buenas condiciones y satisfacer las necesidades de las personas.

Dimensiones de la calidad de vida

La calidad de vida es un concepto que abarca varias dimensiones, a saber: bienestar emocional, material, físico, además del enlace que tiene con las relaciones interpersonales e inclusión social (Giúdice y Diez, 2017) Las personas para sostener una buena calidad de vida es necesario mantener el equilibrio en las dimensiones mencionadas. De lo contrario de afecta el área personal y social de la persona, lo que causa malestar e insatisfacción en actividades de su vida cotidiana.

Según el modelo teórico presentado por Schalock, Verdugo y Braddock (2002), la calidad de vida consta de ocho dimensiones: bienestar emocional, bienestar material, bienestar físico, relaciones humanas, bienestar social, inclusión, desarrollo personal, autodeterminación y derechos. El modelo de calidad de vida supone una guía importante para la evaluación de resultados personales, la planificación de servicios para agencias y proveedores, la puesta en práctica de estrategias de mejora de la calidad de dichos servicios y es también un marco de referencia para evaluar el impacto de políticas sociales (Vega, Jenaro, Cruz y Artaza, 2013).

Estas dimensiones se encuentran estrechamente relacionadas, por lo que, es fundamental conocer sus características. Cada persona posee aspectos relacionados con el bienestar emocional, por lo que la personalidad dentro de la CV es un factor primordial, pues la estabilidad emocional, las habilidades y la autoconfianza contribuyen al desarrollo de una mejor calidad de vida. Cabe mencionar que, el estado emocional de las personas es importante para estudiar a la calidad de vida a nivel general y conocer cuáles son sus habilidades y sus competencias (Prieto et al., 2008).

Por otra parte, la CV tiene relación con el bienestar material, por lo que se ha investigado que la felicidad cumple un papel fundamental dentro del mismo. Según (Ardila, 2003) es importante el ingreso que posee cada una de las personas y su relación con la felicidad; con base en ello es la presencia de satisfacción o insatisfacción que obtendrá la persona. Para obtener lo antes mencionado, se fundamenta en las necesidades básicas u otros factores influyentes que se obtenga o se pierda. No obstante, en diferentes contextos, países o culturas es necesario realizar comparaciones entre estos y conocer cuáles son sus deficiencias.

Se considera relaciones interpersonales al vínculo que existe entre dos o más individuos. Las relaciones sociales con otras personas que permita conocer que es lo que realmente quiere para su vida, que le hace bien y qué es lo que causa malestar en las personas (Giúdice y Diez, 2017). Es decir, el contar con habilidades comunicativas positivas ayuda en el desarrollo de las personas, por ende, en que se lleve una buena calidad de vida, sin ocasionar consecuencia alguna con el pasar de los años.

Factores de riesgo de la Calidad de Vida

Es trascendental hablar sobre los factores de riesgo que están entrelazados para poseer una adecuada calidad de vida. Acorde con lo expuesto por Ramírez, Acevedo, y González (2008) “los factores influyentes son: la edad, sexo, estatus económico, el consumo de sustancias como el tabaco, alcohol y drogas” (p. 106). Los factores de riesgo inciden en la calidad de vida de las personas, pues determina la presencia de signos y síntomas. Estos deben considerarse en la atención de dicho malestar de dicho malestar, a fin de garantizar decisiones que contribuyan a una buena calidad de vida en el presente y futuro de la persona.

La edad es vista como un factor de riesgo que influye para que se lleve a cabo una buena calidad de vida. A medida que las personas van envejeciendo aumenta la posibilidad de que se presenten deficiencias a nivel funcional (Aponte, 2015). Las

personas que atraviesan los 65 años son más propensas a presentar deficiencias a nivel mental y físico. La preocupación de los adultos mayores ocasiona depresión y preocupación en periodos posteriores dado que pierden el control de actividades que en su juventud las realizaba con normalidad.

Es importante tener en cuenta que, es esta una de las razones por las que los ancianos se aíslan y sienten que son seres inservibles llegando así, a pensar que su vida cada día es más complicada (Aponte, 2015). El cambio que presentan los adultos mayores claramente en su calidad de vida, por lo que, su deterioro es notable. Se tiende a dejar de realizar actividades como el salir a caminar o reducen el asistir a reuniones sociales, además de presentar dificultades a nivel emocional esto debido, que ven un cambio negativo en sus vidas, cabe recalcar que, pueden llegar a poseer enfermedades crónicas.

El consumo de tabaco y alcohol son los responsables de que las personas adolescentes hasta la edad adulta no mantengan una buena actividad física. Esta condición se ha convertido en un problema para la salud en general ya que, esto conlleva a consecuencias negativas. Latorre, Gallego, Mejía y García (2015), indican que hoy en día el consumo de dichas sustancias afecta de forma directa en su calidad de vida, por lo que se generan accidentes, homicidios y poseen conductas de riesgo. Cabe recalcar que esto puede producir satisfacción en las personas, sin embargo, no toman en cuenta las consecuencias que se presentan a futuro, como pueden ser enfermedades crónicas ya sean físicas o psicológicas.

El realizar actividad física es considerada como una alternativa, mas no, como algo prioritario, teniendo en cuenta que es útil para reducir actividades cotidianas que son consideradas insanas para la vida de las personas (Latorre et al., 2015). De esta manera, lo que se anhela es que las personas realicen actividades físicas con la finalidad de reducir el consumo de alcohol y drogas, sin embargo, los adolescentes manifiestan mayor consumo de dichas sustancias esto debido al entorno en el que se encuentran. De tal modo que, con el pasar de los años tendrán que hacerse frente a

las consecuencias de sus actos, lo cual resulta en una baja calidad de vida y junto con ello, vulnerabilidad a otras enfermedades.

Existen personas que llevan su vida realizando deportes y se mantienen en constante actividad física. Es necesario reconocer esto debido a que, dentro de las dimensiones de la calidad de vida, se encuentra el bienestar físico, por lo tanto, se pone énfasis en actividades recreativas, el deporte y el desarrollo que favorezca al cuidado del cuerpo (Cuesta, Vidriales, Layna, Plaza y González, 2017). Existen investigaciones que se relacionan con la salud, por lo general se encuentran entrelazados con la percepción en aquellas personas que presentan una discapacidad ya que, tiene relación con sus vidas. En especial la actividad física que se encarga de disminuir el deterioro del cuerpo, así como también ayuda en un buen desarrollo personal.

Importancia de calidad de vida

La importancia de mantener una estable CV es indispensable para mantener un buen desarrollo y un alto grado de satisfacción en la vida de las personas. Razón por la cual, se encuentra estrechamente relacionado con el satisfacer necesidades propias del individuo y del entorno en el que habita, es decir, en la vida cotidiana, el trabajo y reuniones sociales (Molina, 2015). Además, el contar con un buen desarrollo es importante para poder afrontar ciertas reglas y normas que impone la sociedad, además de respetar creencias que coexisten dentro de la población.

El impacto de la CV depende de la percepción que tiene cada individuo de este, es decir, si existe un inadecuado cuidado de la salud como resultado se obtendrá deficiencias en el bienestar de las personas. Según Mendoza (2018) “las personas felices o aquellas que obtengan un alto grado de afecto positivo, presentan menor sintomatología en la salud física y mental” (p. 15). Es decir, estas personas tienen un buen funcionamiento a nivel personal y es integrada a la sociedad sin dificultad alguna, por lo que se satisfará sus necesidades y por ende llevar una calidad de vida tranquila sin complicaciones.

Se conoce que la CV cumple un rol fundamental dentro del ámbito familiar, por lo que, tanto adultos mayores como adolescentes reflexionan sobre el mantener buenas relaciones familiares para convertirlo en uno de los factores protectores con mayor valor en comparación con otros (Mendoza, 2018). Los adolescentes inician relaciones con amigos y conocen a sus parejas, sin embargo, conservan aquella relación afectiva con sus cuidadores principales, los mismos que son su fuente de apoyo en situaciones difíciles y son quienes se encargan de darle contención emocional en casa. Lo cual contribuye con su desarrollo psicosocial y calidad de vida.

La percepción que posee cada persona sobre la calidad de vida es indispensable; se presentan limitaciones para que se lleve a cabo un adecuado desarrollo de acciones de la vida diaria de las personas. Lo cual, es una variable extensa en la que la condición de salud de las personas es esencial, donde se diferencia el “estar bien” con el “sentirse bien” (Gayoso, 2012). No obstante, es esencial conocer las condiciones en las que se encuentra la persona a fin de prevenir anomalías o deterioros significativos, o bien, brindar una atención temprana.

Calidad de vida en relación a la salud

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud entró en el campo de la atención a la salud. Así pues, el sentido de que el bienestar de los pacientes es un aspecto importante por considerar, tanto en el tratamiento como en la preservación de la vida. Desde su introducción como medida de la salud humana, ha sido uno de los términos más utilizados en el campo de la salud, intercambiado con calidad de vida. Pocos autores han hecho la distinción con el término calidad de vida total. La calidad de vida relacionada con la salud, a menudo se usa indistintamente como una evaluación del estado de salud, el estado funcional, la calidad de vida o las necesidades (Nanda y Andresen, 1998). Para algunos autores, la calidad de vida en relación con la Salud suele definirse como parte de la calidad de vida total.

Por otra parte, se sugiere que su uso suele ser intercambiable con la calidad de vida, por lo que ambos constructos evalúan dimensiones similares (Burke, 2001). A pesar de esta diferencia, la gran mayoría recomiendan separar la calidad de vida de la calidad de vida relacionado a la salud. Además, este término se utiliza en el campo médico para evaluar la calidad de los cambios resultantes de la intervención médica (Guyat, Feeny y Patrick, 1993), por lo que, debe limitarse a la experiencia del paciente sobre su enfermedad. Al evaluarse se describe la experiencia del paciente como resultado del tratamiento o para conocer el impacto de la enfermedad en la vida diaria (Nanda y Andresen, 1998), es una medida de la salud desde la perspectiva del paciente.

Otros investigadores han sugerido que la calidad de vida en relación con la salud se centra en atributos como los ingresos, la libertad y la calidad ambiental porque estos indicadores están fuera del ámbito de los resultados médicos y pueden asociarse más fácilmente que con otros indicadores de las ciencias sociales como la felicidad, la satisfacción con la vida o el bienestar subjetivo (Wilson y Cleary, 1995). La medición de la calidad de vida en relación con la salud es un proceso complejo que implica la recopilación de datos tanto objetivos como subjetivos. A continuación, se presenta una metodología general para la toma de datos en este campo:

1. **Identificación de la población de interés:** En primer lugar, se identifica la población a la que se desea medir su calidad de vida en relación con la salud. Esta población puede ser muy amplia o estar restringida a un grupo específico de personas, como pacientes con una determinada enfermedad o personas mayores (Urzúa, 2010). Es importante conocer las posibles limitaciones que se pueden presentar en la población de interés.
2. **Selección de las herramientas de medición:** Existen diversas herramientas para medir la calidad de vida relacionada con la salud, como el cuestionario SF-36, el EuroQol, entre otros (Urzúa, 2010). Se debe seleccionar la herramienta que mejor se adapte a la población de interés y los objetivos de la medición.

3. **Recopilación de datos:** La recopilación de datos puede realizarse de forma presencial o a distancia (por ejemplo, a través de encuestas en línea) (Urzúa, 2010). Es importante que las personas que respondan las preguntas sean representativas de la población de interés. Además, se deben tomar medidas para garantizar la privacidad y la confidencialidad de la información.
4. **Análisis de los datos:** Una vez que se han recopilado los datos, se pueden analizar utilizando técnicas estadísticas. Por ejemplo, se pueden calcular promedios, desviaciones estándar y correlaciones entre las diferentes variables (Urzúa, 2010). Es importante tener en cuenta que los resultados de la medición deben interpretarse en el contexto de la población de interés y los objetivos de la medición.
5. **Interpretación y difusión de los resultados:** Finalmente, se deben interpretar los resultados de la medición y difundirlos a la comunidad científica y al público en general (Urzúa, 2010). Es importante que se comuniquen los hallazgos de manera clara y accesible para que las personas puedan comprender la importancia de la medición de la calidad de vida en relación con la salud y los beneficios que puede tener para mejorar la atención médica y la toma de decisiones.

Calidad de vida en enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas son aquellas que tienen una duración prolongada y pueden afectar la calidad de vida de las personas. Algunas de las enfermedades crónicas más comunes incluyen la diabetes, la artritis, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la enfermedad cardiovascular, la depresión y la ansiedad, entre otras (Murray y Frenk, 2008). La medición de la calidad de vida en enfermedades crónicas es importante porque puede proporcionar información sobre la percepción

subjetiva de las personas afectadas por estas enfermedades y ayudar a identificar las áreas que requieren atención y mejora.

La calidad de vida en enfermedades crónicas se refiere a cómo se siente una persona sobre su vida y su bienestar, y puede incluir aspectos físicos, psicológicos, sociales y emocionales. (Ware y Sherbourne, 1992) Algunos de los factores que pueden influir en la calidad de vida en enfermedades crónicas incluyen el dolor, la fatiga, la limitación funcional, los problemas emocionales, la interferencia con la vida diaria y las relaciones sociales, entre otros.

Además, la medición de la calidad de vida en enfermedades crónicas se puede realizar utilizando diversas herramientas, como cuestionarios específicos para enfermedades crónicas, como el cuestionario de calidad de vida en diabetes. En resumen, la calidad de vida en enfermedades crónicas es determinante en el manejo y tratamiento de estas enfermedades, ya que puede proporcionar información valiosa para mejorar la atención médica y la calidad de vida de las personas afectadas.

Calidad de vida en enfermedades terminales

Se le llama paciente terminal a aquella persona que sufre de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable y que tiene una esperanza de vida inferior a los 6 meses. La mayor parte de estos pacientes sufre de algún tipo de cáncer, aunque también pueden tratarse de personas con insuficiencia renal grave, hepática, cardíaca, enfermos de SIDA, etc. (Buisán y Delgado, 2007). Los factores que merman su salud son múltiples, intensos y variables, pero no se tratan únicamente de problemas médicos. La presencia explícita o no de la muerte tienen un gran impacto emocional, tanto en el paciente como en su familia.

Por otra parte, se encuentra el cuestionario de calidad de vida en artritis, o el cuestionario de calidad de vida en enfermedades cardiovasculares (MacNew), entre otros (Häfiner y Ander, 1996). Estas herramientas pueden medir diferentes aspectos

de la calidad de vida, como la salud física y mental, la satisfacción con la vida, la actividad física, el dolor y la fatiga. La medición de la calidad de vida en enfermedades crónicas puede ayudar a los profesionales de la salud a comprender mejor cómo las enfermedades crónicas afectan la vida de las personas y proporcionar información valiosa para guiar la atención médica y la toma de decisiones (Brooks, 1996). También puede ayudar a las personas afectadas por enfermedades terminales a comprender mejor su propia salud y mejorar su calidad de vida.

- **Insuficiencia Renal**

La insuficiencia renal aguda es un síndrome clínico caracterizado por una disminución brusca (horas a semanas) de la función renal y como consecuencia de ella, retención nitrogenada. La etiología es múltiple y aún en la actualidad la morbilidad y mortalidad es elevada (Arakaki, 2003). Su incidencia en pacientes hospitalizados es aproximadamente 5% y hasta de 30% en admisiones a Unidades de Cuidados Intensivos. La característica fundamental es la elevación brusca de las sustancias nitrogenadas en la sangre (azotemia) y puede acompañarse o no de oliguria que afectan a la insuficiencia renal aguda.

La insuficiencia renal crónica se define como la disminución de la función renal, establecida por un filtrado glomerular estimado inferior a 60 ml/min/1,73 m² y/o la existencia de daño renal, durante al menos tres meses de duración, independientemente de la causa subyacente (Pendón, García, Ojeda, Moyano y Soriano, 2019). La insuficiencia renal crónica es una patología que afecta al 10% de la población española y supone una elevada morbilidad y mortalidad se requiere hábitos de vida saludables y control de los factores de riesgo cardiovascular. Cuando el daño renal es irreversible, precisa tratamiento renal sustitutivo.

La insuficiencia renal es una condición médica en la que los riñones no pueden filtrar adecuadamente los desechos y el exceso de líquidos de la sangre. Esto puede llevar a una acumulación de toxinas en el cuerpo y a una serie de complicaciones de salud

grave, puede ser aguda o crónica y puede ser causada por una variedad de factores, como enfermedades crónicas, lesiones renales, infecciones y ciertos medicamentos (Parrales y Durán, 2022). El tratamiento puede incluir cambios en la dieta, medicamentos y, en casos graves, diálisis o trasplante de riñón.

La insuficiencia renal aguda (IRA) puede tener múltiples causas, pero se pueden dividir en tres categorías principales: prerrenal, postrenal e intrínseca. La azotemia prerrenal se produce cuando hay una disminución de la perfusión renal, como ocurre en deshidratación, hipotensión arterial, hemorragia aguda, insuficiencia cardiaca congestiva, hipoalbuminemia severa, entre otras (Arakaki, 2003). La insuficiencia renal aguda postrenal es un problema obstructivo que puede ocurrir en diferentes niveles: uretral, vesical o ureteral. Si la obstrucción persiste por periodos prolongados, el paciente puede desarrollar insuficiencia renal aguda intrínseca.

La insuficiencia renal aguda intrínseca se produce por daño tisular agudo del parénquima renal y la localización del daño puede ser glomerular, vascular, tubular o intersticial. Las causas más frecuentes de insuficiencia renal aguda intrínseca son la necrosis tubular aguda y la necrosis cortical (Arakaki, 2003). La necrosis tubular puede ser causada por hipoperfusión renal prolongada, injuria directa (por ejemplo, por el uso de antibióticos nefrotóxicos) o por otros factores como sepsis, hipotensión, cirugía mayor, entre otros. Las causas de la insuficiencia renal crónica son multifactoriales, pero las principales son la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y las glomerulonefritis.

Se incluyen enfermedades autoinmunitarias, renales hereditarias, infecciones urinarias recurrentes, obstrucción de las vías urinarias, consumo crónico de analgésicos y otros medicamentos nefrotóxicos, enfermedades cardiovasculares (Pendón, García, Ojeda, Moyano y Soriano, 2019). La insuficiencia renal crónica muestra algunas de las causas en pacientes adultos incluyen hipertensión arterial asociada a diabetes mellitus, hipertensión arterial, nefropatía obstructiva, colagenosis, poliquistosis renal, diabetes mellitus y amiloidosis (Real Delor et al., 2022). También se menciona que la

insuficiencia renal crónica puede ser causada por enfermedades crónicas, lesiones renales, infecciones y ciertos medicamentos, del mismo modo, conocer que las causas de la insuficiencia renal pueden variar según la edad, el sexo y factores de riesgo.

La insuficiencia renal con COVID causa los mismos síntomas puede ser causada por una variedad de factores, entre ellos:

- Enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión arterial.
- Enfermedades autoinmunitarias como el lupus y la enfermedad de Goodpasture.
- Infecciones renales como la pielonefritis.
- Lesiones renales causadas por traumatismos o cirugías.
- Consumo excesivo de medicamentos que pueden dañar los riñones, como los antiinflamatorios no esteroideos (AINE).
- Enfermedades hereditarias como la poliquistosis renal.
- Obstrucción de las vías urinarias por cálculos renales o tumores.
- Exposición a sustancias tóxicas como el plomo y el mercurio.

Es importante destacar que la insuficiencia renal puede ser aguda o crónica y que las causas pueden variar según el tipo de insuficiencia renal.

Los síntomas de la insuficiencia renal aguda pueden variar dependiendo de la causa subyacente y la gravedad de la enfermedad, algunos pacientes pueden no presentar síntomas o presentar síntomas leves, especialmente en las formas no oligúricas de la enfermedad (Arakaki, 2003). Por lo tanto, es importante realizar pruebas de laboratorio para detectar la insuficiencia renal aguda.

- Hinchazón en las piernas, tobillos o pies
- Náuseas y vómitos
- Dolor abdominal o en la espalda

- Dificultad para respirar
- Confusión o dificultad para concentrarse
- Presión arterial alta o baja
- Palidez de la piel
- Convulsiones o coma (en casos graves)

El Servicio de Nefrología del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba en España dice que los síntomas de la insuficiencia renal crónica pueden ser inespecíficos y no aparecer hasta que la enfermedad está avanzada (Gayoso, 2012). Algunos de los síntomas que pueden presentarse son:

- Anorexia, náuseas, vómitos y alteraciones del gusto
- Cambios en la orina, como poliuria (aumento de la cantidad de orina), oliguria (disminución de la cantidad de orina), nicturia (necesidad de orinar durante la noche) y orina espumosa (indica proteinuria)
- Calambres en las extremidades inferiores, que pueden empeorar durante la noche
- Edema periférico, que se produce por la retención renal de sodio y se incrementa en situaciones de hipoalbuminemia
- Disfunción sexual, como impotencia, disminución de la libido y amenorrea, que se produce en la IRC terminal y pueden estar relacionados con la etiología (diabetes mellitus, etc.) o fármacos.

Es importante destacar ser asintomática en sus primeras etapas, por lo que es importante realizar exámenes de detección temprana en personas con factores de riesgo, los síntomas de la insuficiencia renal pueden variar según la gravedad y la causa de la enfermedad, en las etapas tempranas, la insuficiencia renal puede no presentar síntomas notables. Sin embargo, a medida que la enfermedad progresa, pueden aparecer los siguientes síntomas:

- Cambios en la micción, como orinar con más frecuencia o en menor cantidad, o tener orina oscura o espumosa
- Dolor o presión en el pecho
- Cambios en el estado mental, como confusión, dificultad para concentrarse o problemas de memoria
- Picazón en la piel
- Presión arterial alta
- Anemia
- Dificultad para concentrarse y cambios en el estado de ánimo.
- Dolor de cabeza y mareo.
- Pérdida de apetito y náuseas.
- Cambios en la frecuencia y cantidad de orina.
- Dolor en la parte baja de la espalda o en el costado.
- Picazón en la piel y cambios en el color de la piel.

Es importante destacar que algunos de estos síntomas pueden ser causados por otras condiciones médicas, por lo que es importante consultar a un médico si se experimentan estos síntomas.

El tratamiento de la insuficiencia renal aguda tiene dos componentes: el tratamiento conservador y la terapia dialítica o intervención, el tratamiento conservador tiene como objetivo evitar o reducir las complicaciones de la IRA (Arakaki, 2017). Las medidas indicadas en el tratamiento médico conservador incluyen mantener una adecuada perfusión renal, evitar el uso de drogas nefrotóxicas y, si es imprescindible su uso, utilizar las dosis corregidas, usar racionalmente los estudios con sustancia de contraste, cuidado meticuloso de los catéteres intravenosos, sonda vesical, etc., evitar la atelectasia y la aspiración pulmonar, entre otras.

En cuanto a la terapia dialítica o intervencional, se indica en casos de uremia sintomática, hiperkalemia, hiponatremia, edema o congestión pulmonar, encefalopatía

urémica, pericarditis urémica, hemorragia digestiva por uremia, acidosis metabólica refractaria a tratamiento médico, nutrición/hipercatabolismo, entre otras complicaciones (Arakaki, 2017). Las modalidades de tratamiento dialítico incluyen la diálisis peritoneal, la hemodiálisis, la hemofiltración arterio-venosa continua o venosa, la hemodiafiltración y la ultrafiltración pura. El tratamiento va encaminado a retrasar el deterioro de la función renal y evitar las complicaciones derivadas del mismo.

Se requiere hábitos de vida saludables y control de los factores de riesgo cardiovascular. Cuando el daño renal es irreversible, se requiere tratamiento renal sustitutivo, como la diálisis o el trasplante renal. Además, se describen los fármacos a emplear, su posología, los posibles efectos secundarios más importantes, las contraindicaciones y las principales interacciones farmacológicas. También se mencionan los criterios de respuesta para la anemia y las alteraciones del metabolismo óseo mineral (Gómez y Sabeh, 2001). En resumen, el tratamiento de la insuficiencia renal crónica es complejo y requiere un enfoque multidisciplinario para lograr una gestión adecuada de la enfermedad.

El tratamiento para la insuficiencia renal depende de la causa y la gravedad de la enfermedad. En general, el objetivo del tratamiento es prevenir la progresión de la enfermedad y controlar los síntomas. Algunas opciones de tratamiento, según Parrales y Durán (2022), incluyen:

- Cambios en la dieta: Una dieta baja en proteínas y sodio puede ayudar a reducir la carga de trabajo de los riñones y prevenir la acumulación de líquidos y toxinas en el cuerpo.
- Medicamentos: Los medicamentos pueden ayudar a controlar la presión arterial alta, reducir la inflamación y prevenir la formación de coágulos sanguíneos.
- Terapia de reemplazo renal: La diálisis y el trasplante de riñón son opciones de tratamiento para la insuficiencia renal avanzada. La diálisis implica la eliminación de los desechos y el exceso de líquidos de la sangre mediante una

máquina, mientras que el trasplante de riñón implica la sustitución del riñón dañado por uno sano de un donante.

- **Tratamiento de la enfermedad subyacente:** Si la insuficiencia renal es causada por una enfermedad subyacente, como la diabetes o la hipertensión arterial, el tratamiento de esa enfermedad puede ayudar a prevenir la progresión de la insuficiencia renal. Es importante destacar que el tratamiento de la insuficiencia renal debe ser personalizado y supervisado por un médico especialista en nefrología.

Cambios en la vida de pacientes con insuficiencia renal

La insuficiencia renal es una enfermedad crónica que puede requerir cambios significativos en la vida de los pacientes. Estos cambios pueden incluir aspectos relacionados con la dieta, el estilo de vida y la toma de medicamentos. A continuación, se presentan algunos de los cambios comunes que pueden experimentar los pacientes con insuficiencia renal:

- **Dieta:** Los pacientes con insuficiencia renal a menudo necesitan seguir una dieta específica para ayudar a reducir la carga de trabajo en los riñones. Esto puede implicar limitar la ingesta de sodio, proteína, potasio y fósforo, y aumentar la ingesta de ciertos nutrientes. Los pacientes pueden necesitar trabajar con un dietista especializado en nefrología para desarrollar un plan de dieta adecuado.
- **Tratamiento médico:** El tratamiento de la insuficiencia renal a menudo requiere medicamentos para controlar la presión arterial, reducir el colesterol y tratar otras complicaciones médicas. Los pacientes pueden necesitar tomar múltiples medicamentos y monitorear su ingesta y efectos secundarios.
- **Control de líquidos:** En algunos casos, los pacientes con insuficiencia renal pueden necesitar limitar su ingesta de líquidos para evitar la acumulación de líquido en el cuerpo. Esto puede requerir monitoreo regular del peso corporal y la ingesta de líquidos.

- **Tratamiento de la anemia:** La insuficiencia renal puede provocar anemia, lo que puede requerir tratamiento con medicamentos para aumentar los niveles de glóbulos rojos.
- **Cambios en el estilo de vida:** Los pacientes con insuficiencia renal pueden necesitar hacer cambios en su estilo de vida para reducir el estrés en los riñones. Esto puede incluir reducir la ingesta de alcohol, dejar de fumar y hacer ejercicio regularmente (Empa, 2003; Shirin, Binu y Kurland, 2022).

En resumen, la insuficiencia renal requiere cambios significativos en la vida de los pacientes, incluyendo cambios en la dieta, tratamiento médico, control de líquidos, tratamiento de la anemia y cambios en el estilo de vida. Es importante que los pacientes trabajen de cerca con su equipo de atención médica para desarrollar un plan de tratamiento adecuado y abordar cualquier preocupación o cambios necesarios en la vida diaria.

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de Investigación

En la metodología de la investigación se tiene en cuenta las herramientas que se usan para llevar a cabo una investigación de forma ordenada y estricta. Dentro de la cual se menciona el enfoque, diseño, corte y el alcance que tiene la investigación. Se describe a profundidad las herramientas que se usaron para la recolección de datos, además, de la validez y fiabilidad de este. Finalmente, se detalla la institución y con ello a la población en la que se realizó la investigación.

Enfoque

Esta investigación cuenta con un enfoque cuantitativo, que según los autores Alan y Cortez (2018), es una forma estructurada de recopilar y analizar datos de varias fuentes, donde se utilizan computadoras, herramientas estadísticas y matemáticas para producir resultados. Es definitivo en su propósito; busca cuantificar el problema y comprender su naturaleza generalizada al encontrar resultados predecibles para la población en general, para crear una hipótesis para probar o refutar, se recolectaron datos numéricos, con el fin de realizar un análisis para la caracterización de la variable de estudio y comprobar si se cumple con la hipótesis planteada al inicio de la investigación (Hernández y Mendoza, 2018).

Diseño y corte

El presente trabajo es realizado sobre un tipo de diseño no experimental de corte transversal, es decir, el investigador no manipula la variable de estudio como sucede en los estudios experimentales y cuasiexperimentales y recolecta datos en un único momento. Mejía, Naranjo y Santamaría (2018) señala que en ellos el investigador observa fenómenos tal y como ocurren naturalmente sin obstaculizar su desarrollo. En este caso, se evalúa la realidad por la que pasa cada uno de los pacientes en su vida

cotidiana, teniendo en cuenta que el evaluador no participa de la investigación, solo se dedica a evaluar a los participantes con la finalidad de conocer su situación actual.

Lo transversal o transeccional es un método de recolección no experimental y analiza datos en un momento dado. Es ampliamente utilizado en la ciencia social, cuyo sujeto es la sociedad humana donde se compara con otros estudios. Los estudios con este tipo de diseño proporcionan resultados fundamentalmente descriptivos (Montano, 2019).

Alcance

El alcance que tiene esta investigación es descriptivo porque se encarga de describir las cualidades de la variable a partir de los resultados obtenidos, en este caso, con el instrumento utilizado se puede caracterizar la condición de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia renal. Ramos (2015) define la investigación descriptiva en forma del alcance de la investigación, ya que se conocen las características del fenómeno y lo que se busca, es exponer su presencia en una población como la de pacientes con insuficiencia renal.

2.2. Población y muestra

La población de estudio es un conjunto de casos, definido, limitado y accesible, que formará el referente para la elección de la muestra que cumple con una serie de características. La población de una investigación está compuesta por todos los elementos (personas, objetos, organismos, historias clínicas) que participan del fenómeno que fue definido y delimitado en el análisis del problema de investigación (Arias, Villacís y Miranda, 2016). Es importante definir la población de estudio porque al final con una muestra de la población mencionada, es posible generalizar o extrapolar los resultados obtenidos para el resto de la población o universo.

El muestreo no probabilístico no realiza procedimientos de selección al azar, sino que se basan en el juicio personal del investigador para realizar la selección de los elementos que pertenecerán a la muestra. En esta técnica no se conoce la probabilidad de seleccionar a cada elemento de la población y también no todos cuentan con las mismas probabilidades de ser seleccionados para la muestra (Martínez, 2017). Los autores Otzen y Manterola (2017) definen a la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia como aquella que permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador.

La población de estudio en la presente investigación está conformada por 85 pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal en la sucursal de la clínica CENDIALCON ubicado en la ciudad de Latacunga en el periodo de enero y febrero de 2023. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia con los criterios de inclusión siguientes:

- Ser mayor de edad.
- Ser partícipe de la investigación de manera voluntaria.
- Firmar el consentimiento informado
- Completar al 100% el cuestionario del SF – 36

Finalmente se logró una muestra de 76 participantes ya que hubo 9 que no quisieron participar por malestares propios de la enfermedad o por ser de edad muy avanzada y no sentirse con el estado de ánimo necesario para responder a todas las preguntas de cuestionario.

Tabla 1.*Datos sociodemográficos*

Variable sociodemográfica	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	45	59,20%
Femenino	31	40,80%
Nivel de instrucción		
Persona analfabeta	9	11,80%
Primarios	37	48,70%
Secundarios	26	34,20%
Superior	4	5,30%
Estado civil		
Soltero	16	21,10%
Casado	46	60,50%
Divorciado	7	9,20%
Viudo	5	6,60%
Unión libre	2	2,60%
Ocupación		
Ninguna	37	48,70%
Quehaceres domésticos	20	26,30%
Comerciante	4	5,30%
Empleado	11	14,50%
Otros	4	5,30%
Tiempo de diagnóstico		
0 meses – 3años	39	51,30%
4 años – 7 años	27	35,50%
8 años – 11 años	7	9,20%
12 años – 15 años	2	2,60%
16 años o más	1	1,30%
Edad		
Joven adulto (18 – 30)	6	7,90%
Adulto intermedio (31 – 60)	32	42,10%
Edad avanzada (61+)	38	50,00%

Fuente: elaboración propia

En cuanto al sexo, se observa que el 59,20% de los participantes son hombres, mientras que el 40,80% son mujeres. Con respecto del nivel de instrucción, se evidencia que el grupo más numeroso corresponde a personas con educación primaria (48,70%), seguido por aquellos con educación secundaria (34,20%). Además, se identifica que un porcentaje significativo de participantes (11,80%) son personas analfabetas.

En cuanto al estado civil, la mayoría de los participantes están casados (60,50%), seguidos por aquellos que están solteros (21,10%). En menor medida, se encuentran

participantes divorciados (9,20%), viudos (6,60%) y en unión libre (2,60%). Con relación a la ocupación, se destaca que un porcentaje considerable de participantes (48,70%) no tienen ninguna ocupación, mientras que una parte significativa se dedica a los quehaceres domésticos (26,30%). Un número menor de participantes son comerciantes (5,30%), empleados (14,50%) y tienen otras ocupaciones (5,30%).

En cuanto al tiempo de diagnóstico de la enfermedad, se observa que la mayoría de los participantes (51,30%) han sido diagnosticados en un período de 0 meses a 3 años. Las personas con un tiempo de diagnóstico de 4 a 7 años representan el 35,50% de la muestra. Para la edad, se observa una distribución variada. Los grupos de edad de 60 a 65 años (19,70%) y 66 a 71 años (18,40%) son los más representados, seguidos por los grupos de 48 a 53 años (13,20%) y 72 a 77 años (9,20%). Los grupos de edad más jóvenes, de 18 a 35 años, tienen una representación menor en la muestra.

2.3. Recolección de la información

Para la recolección de los datos en la investigación se utilizó el consentimiento informado (Ver Anexo 1), una Ficha de Datos sociodemográficos (Ver Anexo 2) y el Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2) (Ver Anexo 3).

Cuestionario de Salud SF-36

Se elaboró el cuestionario de salud SF-36 A principios de la década de 1990 en los Estados Unidos para la investigación de resultados médicos (Ware y Sherbourne, 1992). Es una escala general que proporciona una visión general del estado de salud y esto se aplica tanto a los pacientes como a la población en general. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) fue útil en la población general y en subgrupos específicos para descubrir los beneficios para la salud de muchas enfermedades diferentes, métodos de tratamiento y evaluar el estado de salud pacientes individuales (Ware, 2000). Sus buenas propiedades psicométricas han sido evaluadas en más de 400 artículos (Garratt, 2002).

El cuestionario de salud SF-36 consta de 36 preguntas (ítems) que evalúan el estado de salud tanto positivo como negativo. Fue desarrollado en base a extensos cuestionarios de empleados en Medical Outcomes Study (MOS), que contenía 40 conceptos salud. Para crear un cuestionario el número mínimo de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas de la prueba letrada inicial El cuestionario final incluye 8 escalas que representan los conceptos de salud más utilizados, prevalencia en importantes estudios de salud, así como como aspectos más relacionados con las enfermedades y el tratamiento (Ware, 2000).

Las 36 partes del dispositivo incluyen las escalas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud espiritual Además, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre un cambio de estado salud general en comparación con el año pasado (Lu, Yang, Wang, Zhao, Han, Chen, ... Xia, 2014). Este artículo no se usa para calcular ninguna escala, pero proporciona información útil sobre el cambio observado en enfermedad dentro del año anterior a la emisión del SF-36.

Existen 2 versiones del estudio con periodo de retorno: "estándar" (4 semanas) y "agudo" (1 semana). El cuestionario está dirigido a ≥ 14 años, aplicado de manera personal y autoadministrada, aunque también es aceptable la administración por conversación personal y telefónica. La consistencia interna no mostró diferencias en los cuestionarios autoadministrados y en los cuestionarios de entrevista (Lu et al., 2014).

Versiones en español del SF-36

Para la traducción al español del cuestionario se siguió un protocolo uniforme de los países participantes en el proyecto internacional adaptación del cuestionario original, International Assessment of Quality of Life (IQOLA) (Aaronson, Acquadro, Alonso, et al., 1992). El cuestionario original desarrollado en los Estados Unidos fue traducido

al idioma de España por dos personas bilingües cuya lengua materna era el español, cada uno de ellos realizó una traducción independiente de los ítems del cuestionario y opciones de respuesta (Bullinger et al., 1998). Además, dieron en el blanco con las dificultades de traducción en una escala de 0 (ninguna dificultad) a 100 (muy difícil). Posteriormente, los traductores se reunieron con el investigador principal (J.A.) para acordar la traducción.

La traducción consensuada se envió a dos revisores que calificaron su calidad en una escala de 0 (totalmente inadecuado) 100 (perfecto) según tres criterios: claridad, lenguaje general y equivalencia conceptual. Según ellos, se llegó a un consenso traducción directa original a dos nuevos traductores cuya lengua materna era el inglés americano. Recibieron una nueva versión en inglés (traducción inversa), que se comparó con la versión original para evaluar la equivalencia conceptual. Después hubo una reunión con los autores del libro con las versiones ya disponibles en otros países donde se intentó armonizar el contenido de la encuesta (Bullinger et al., 1998). Finalmente, se realizaron estudios piloto con diferentes grupos de pacientes crónicos para evaluar la comprensión y la factibilidad de administrar el cuestionario.

Tabla 2.

Características de las diferentes versiones del cuestionario.

Puntuaciones	Nº de ítems		Nº de Niveles		Puntuación	
	SF-36	SF-36 V1	SF-36 V2	SF-36 V1	SF-36 V2	
PCS	-	-	-	50 (10)	50 (10)	
MCS			-	50 (10)	50 (10)	
Función física	10	21	21	0-100	50 (10)	
Rol Físico	4	5	17	0-100	50 (10)	
Dolor Corporal	2	11	11	0-100	50 (10)	
Salud General	5	21	21	0-100	50 (10)	
Vitalidad	4	21	17	0-100	50 (10)	
Función Social	2	9	9	0-100	50 (10)	
Rol emocional	3	4	13	0-100	50 (10)	
Salud mental	5	26	21	0-100	50 (10)	
Ítem de Transición de salud	1	5	5	-	-	

Fuente: tomado de Vilagut et al. (2005)

Nota: Las puntuaciones 0-100 tienen este rango y se interpretan como el peor y el mejor estado de salud, respectivamente; en las puntuaciones 50 (10), la población de referencia tiene una media de 50

con una desviación estándar de 10, por lo que valores superiores o inferiores a 50 indican un mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la población de referencia

El cuestionario abarca preguntas que están relacionados con la salud, por lo que se aplica a pacientes que pasen por un estado de salud agudo o grave y también en otras personas en general (Lugo y García, 2006). El SF-36 ha sido de mucha utilidad, ya que ayuda a conocer cuál es la Calidad de Vida en Relación a la Salud en las personas, además ayuda a diagnosticar cambios que presenta la población en general a raíz de la presencia de una enfermedad. Con la nueva versión del SF-36 describe que se lo ha usado durante la mejoría de los pacientes con angioplastia coronaria, por lo tanto, se lo puede aplicar en los pacientes con Insuficiencia Renal.

Asimismo, hay una versión en catalán que fue desarrollada a partir de la española, mediante una doble traducción y consenso entre los traductores y el equipo investigador. Para esta investigación se usó el cuestionario SF-36 que tiene relación con la salud, el mismo que consta de 36 preguntas que se subdividen en 8 dimensiones y una que es útil para conocer el cambio de la salud de los pacientes en el último año (González, Padierna, Quintana, Aróstegui y Horcajo, 2001). A continuación, se menciona con detalle lo que abarca el cuestionario:

Escalas

Se realizan una descripción sintética de las 8 escalas las cuales son:

- **Función física:** esta dimensión consta de 10 ítems en la cual se refiere a todas las actividades físicas, es decir desde las más complicadas hasta la más simple de realizarse.
- **Rol físico:** dentro de esta área se encuentran 4 ítems, el que se refiere a los problemas que se presenten dentro del ámbito laboral o en sus actividades cotidianas que posiblemente no se puede realizar debido a su condición actual de salud.

- **Dolor corporal:** para evaluar esta área se encuentran 2 ítems dentro del cuestionario, lo cual se refiere al dolor o limitaciones presentes debido a la enfermedad que tengan las personas.
- **Salud general:** dentro del cuestionario están 5 ítems que es útil para medir la salud general, es decir evaluar la salud propia de cada uno de los pacientes, si es excelente o todo lo contrario, es decir mala salud y saber si con el tiempo puede empeorar
- **Vitalidad:** dentro de este apartado se encuentran 4 ítems, en la cual se puede evaluar en los pacientes que tan cansado o exhausto se siente, así como conocer si las personas se sienten llenos de vitalidad o con energía durante el día.
- **Función social:** esta área consta de 2 ítems, que se encargan de evaluar las actividades sociales que realiza el paciente, además de conocer si se cohíbe de las mismas, debido a su condición de salud actual.
- **Rol emocional:** dentro de esta área se encuentran 3 ítems, los que se encargan de medir la presencia de problemas dentro del trabajo o actividades cotidianas por que se encuentra atravesando problemas emocionales.
- **Salud mental:** para medir esta área se requiere de 5 ítems y sirve para conocer la presencia del sentimiento de intranquilidad, angustia, depresión o a la vez si la persona se encuentra feliz y tranquila.

Es posible agrupar en dos categorías: salud física y salud mental con las dimensiones siguientes:

Salud física:

1. Función física
2. Rol físico
3. Dolor corporal
4. Salud general

Salud Mental:

- Vitalidad
- Función social
- Rol emocional
- Bienestar emocional

Para calificar el test hay que hacer un proceso de transformación de las escalas como se indica a continuación:

Tabla 3.

Proceso de transformación de las escalas

Escala	Suma final de los valores de los ítems (después de recodificar los ítems según las tablas 6.1-6.8)	Puntuaciones crudas mínimas y máximas posibles	Máximo recorrido posible de la puntuación cruda
Función Física	3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j	10, 30	20
Rol Físico	4a+4b+4c+4d	4, 8	4
Dolor Corporal	7+8	2, 12	10
Salud General	1+11a+11b+11c+11d	5, 25	20
Función Social	6-10	2, 10	8
Vitalidad	9a+9c+9g+9i	4, 24	20
Función Social	6-10	2, 10	8
Rol Emocional	5a+5b+5c	3, 6	3
Salud Mental	9b+9c+9d+9f+9h	5, 30	25

Fuente: tomado de Institut Municipal d'Investigació Mèdica (2020, p.23)

$$E_{\text{escala transformada}} = \left(\frac{\text{Puntuación n real cruda} - \text{puntuación cruda más baja posible}}{\text{Máximo recorrido posible de la puntuación cruda}} \right) \times 100$$

“Esta transformación convierte las puntuaciones más bajas y las más altas posibles en 0 y 100 respectivamente. Las puntuaciones situadas entre estos valores representan el porcentaje del posible total de puntuación logrado” (Institut Municipal d'Investigació Mèdica, 2020, p.24). A modo de referencia, se toma en cuenta la siguiente tabla para la interpretación de resultados del cuestionario SF-36. Este proceso de transformación

no se aplica en el ítem de transición correspondiente a Salud Integral. En este caso la media es la de la escala de Likert de la pregunta que va del 1 hasta el 5.

Tabla 4.

Contenido de las escalas del SF-36

Dimensión	Nº de ítems	<<Peor>> puntuación (0)	<<Mejor>> puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más
Rol Físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor Corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud General	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función Social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos interferencia o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Ítem de Transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año

Fuente: tomado de Vilagut et al. (2005)

Para la interpretación de los resultados, el *Institut Municipal d'Investigació Mèdica* (2020), plantea las categorías siguientes:

Tabla 5.*Evaluación de medias en escala de 0 – 100*

Categorías	Puntuaciones de 0 – 100
Excelente	100
Muy buena	84 – 99
Buena	61 – 83
Regular	25 – 60
Mala	0 -24

Fuente: tomado de Institut Municipal d'Investigació Mèdica (2020, p.21)

Fiabilidad del cuestionario SF-36 (versión 2)

En la mayoría de los estudios, el coeficiente de consistencia interna α de Cronbach superó el valor mínimo recomendado para las comparaciones de grupos (α de Cronbach = 0,7), en todas las escalas excepto en actividades sociales de igual manera en la escala de Rol físico de función. De tal forma que el rol físico y emocional recibió los mejores resultados de confiabilidad y superó en su mayoría el límite recomendado de 0,90 para las comparaciones individuales. Para obtener una estimación común del Coeficiente α de Cronbach para cada escala se realizó un metaanálisis de varios estudios con una plantilla de efectos aleatorios, ya que en todos los casos se observó heterogeneidad entre los estudios (Vilagut et al., 2005).

Los coeficientes α de Cronbach en las estimaciones agrupadas del metaanálisis fueron $\geq 0,9$ escalas Actividad Física, Rol Físico y Rol Emocional. Las valoraciones comunes de las restantes escalas superaron el valor de 0,7. La repetibilidad del cuestionario se evaluó comparando las medias obtenidas en dos administraciones del cuestionario (t de Student) y cálculo del ICC en un estudio de pacientes con enfermedad arterial coronaria estable (Egger, 2001). Puntuaciones medias de gestión al inicio y a las dos semanas fueron muy similares, con una diferencia marginal en la dimensión de actividad física ($-3,7$; $p = 0,04$). El ICC varió entre 0,58 para la escala de rol emocional y 0,99 para la escala de rol físico (Alonso, Prieto y Antó 1995).

En el estudio de Solano Mora et al. (2015) el coeficiente de Cronbach del cuestionario fue superior a 0,80. Las escalas con valores superiores a 0,90 fueron salud mental, dolor y actividad física. Dado que este estudio tuvo buena confiabilidad, se encontró que el instrumento es adecuado para su uso en la población ecuatoriana debido al contexto cultural similar. Este autor muestra que la confiabilidad de la prueba SF36 con coeficientes varió entre 0,70 y 0,80, aunque varios superaron 0,80. En el trabajo de Palacios (2022) la investigación que se aplicó Alfa de Cronbach con un resultado de 0.804 en 10 elementos en el cuestionario aplicado en el Hospital de Solca Ambato, los datos fueron obtenidos a partir de la evaluación a 145 participantes

Tabla 6.*Fiabilidad de las escalas del SF-36 español*

Autor		Muestra		Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
(Iurov et al., 2011)		Población general española (n = 9.151)	α de Cronbach	0,94	0,96	0,92	0,82	0,78	0,81	0,94	0,79
(Ayuso-Mateos et al., 1999)		Población general de Santander (n = 1.250)	α de Cronbach	0,90	0,70	0,7	0,81	0,71	0,73	0,85	0,79
(García et al., 2003)		Población general española de ≥ 60 años (n = 3.949)	α de Cronbach	0,93	0,87	0,87	0,79	0,85	0,84	0,91	0,85
(Alonso et al., 1995)		Pacientes con enfermedad coronaria estable (n = 50)	α de Cronbach	0,84	0,90	0,88	0,71	0,74	0,45	0,94	0,77
			Coeficiente de correlación Inter clase	0,83	0,99	0,65	0,85	0,70	0,65	0,58	0,76
(Failde y Ramos, 2000)		Pacientes con posible cardiopatía isquémica (n = 185)	α de Cronbach	0,92	0,91	0,82	0,74	0,78	0,72	0,94	0,80
(Alonso et al., 1998)		Pacientes con EPOC, varones (n = 312)	α de Cronbach	0,92	0,90	0,84	0,77	0,86	0,55	0,91	0,85
(Espinosa de los Monteros et al., 2002)		Pacientes con asma (n = 219)	α de Cronbach	0,79	0,79	0,80	0,79	0,77	0,78	0,80	0,78
(García Ordóñez et al., 2001)		Pacientes con VIH (n = 300)	α de Cronbach	0,91	0,90	0,92	0,77	0,84	0,71	0,87	0,80
(Gómez-Besteiro et al., 2004)		Pacientes en lista de espera de trasplante de riñón o trasplantados en 1997 (n = 285)	α de Cronbach	0,88	0,92	0,87	0,70	0,82	0,78	0,89	0,82
Estimación conjunta		(IC del 95%)	α de Cronbach	0,9	0,91	0,86	0,78	0,8	0,74	0,9	0,81
				(0,87-0,92)	(0,87-0,94)	(0,8-0,9)	(0,76,0,8)	(0,76-0,83)	(0,69-0,79)	(0,87-0,93)	(0,78-0,83)

Fuente: tomado de Egger (2001)

Nota: EPOC significa enfermedad pulmonar obstructiva crónica; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; IC: intervalo de confianza. Obtenida a partir de metaanálisis.

Validez del SF- 36

Tabla 7.

Características de la distribución de las puntuaciones y validez de constructo del SF-36 español

Autores (citados en Vilagut et al., 2005)	Muestra	Correlación ítem-dimensión (éxito del escalaje, %)^a	Efecto suelo (%)^b	Efecto techo (%)^b	Modelo de medida	Discriminación entre grupos	Correlación con indicadores
(Bullinger et al., 1998)	Población general española (n = 9.151)	NR	0,2-13,3	2,8-86,0	Análisis factorial	NR	NR
(Aaronson et al., 1992)	Población general española (n = 9.151)	NR	NR	NR	Ecuaciones estructurales	NR	NR
(Ayuso-Mateos et al., 1999)	Muestra aleatoria población de Santander (n = 1.250)	NR	0,1-5,7	3,2-89,1	Análisis factorial	Enfermedades crónicas Edad y sexo	GHQ-12
(García et al., 2003)	Población general española de ≥ 60 años (n = 3.949)	NR	0,5-21,5	0,9-78,6	NR	NR	NR
(Bullinger et al., 1998)	Pacientes con posible cardiopatía isquémica (n = 185)	0,53-0,95 (100%)	0,0-33,0	3,0-65,0	Análisis factorial	Enfermedades crónicas Factores de riesgo Gravedad Edad y Sexo	GHQ-28
(Espinosa de los Monteros et al., 2002)	Pacientes con EPOC, varones (n = 312)	0,39-0,85 (56,3-100%)	0,39-0,85 (56,3-100%)	0,6-20,1	NR	Gravedad Clínica	SGRQ Disnea VEMS
	Pacientes con asma (n = 219)	NR	NR	0,0-5,8	NR	Gravedad Sexo	VEMS PEF Años de evolución
(Gómez-Besteiro et al., 2004)	Pacientes en lista de espera de trasplante de riñón o trasplantados en 1997 (n = 285)		0,12-15,8	0,4-77,6	0,87	NR	NR

Fuente: Vilagut et al. (2005)

Nota: ^aRango por ítems del cuestionario. ^bRango por dimensión. NR: no reportado; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; GHQ: General Health Questionnaire; SGRQ: St George's Respiratory Questionnaire; VEMS: volumen espiratorio máximo por segundo.

En la presente investigación no se toma en cuenta el Alfa de Cronbach que fue de 0,40, la cual se considera baja, debido a que la cantidad de participantes (76) es insuficiente para realizar un análisis de esta naturaleza en un instrumento que tiene 36 reactivos. Campos-Arias y Oviedo (2008) citado en Frías – Navarro (2022) recomienda, desde un punto de vista conservador, utilizar muestras con al menos 400 participantes. Por otra parte, Cortina (1993) citado en Frías – Navarro (2022) plantea que se debe contar con al menos cinco participantes por cada ítem de la escala.

Modelo de medida y validez de contenido

Una muestra compuesta por 9.151 individuos de la población general (Wanger et al., 1998) cumplió la hipótesis anterior de dos factores, físico y mental. Como era de esperar, las escalas de funcionamiento físico, rol físico y dolor corporal tuvieron correlaciones más altas. Se incrementó el componente físico ($r \geq 0,74$) y las escalas de salud mental, rol emocional y funcionamiento social. Correlacionó más con el componente mental ($r \geq 0.62$). Las escalas generales de salud y vitalidad mostraron correlaciones significativas con ambos componentes principales, se encontró que este patrón factorial era estable en diferentes en países y submuestras por grupos de edad y género (Wanger et al., 1998).

Se realizó un análisis de ecuaciones estructurales la misma muestra (Egger, 2001) confirmó las asociaciones anteriores hipótesis entre ítems y escalas del SF-36 los que pertenecen a los resultados también indicaron una se ajusta bien al modelo si se tienen en cuenta dos factores orden 2, que podría interpretarse como salud física y mental, aunque se obtuvo un mejor ajuste al considerar un factor adicional de segundo orden que podría considerarse bienestar general.

En la presente investigación se realizó una validación por criterios de especialistas, para lo cual se consideró que fueran psicólogos clínicos con experiencia en el tratamiento a pacientes con problemáticas de salud y con títulos de tercer nivel. La primera validadora fue una psicóloga clínica con más de 5 años de experiencia

profesional y maestría en Neuropsicología. La segunda validadora de similar forma es psicóloga clínica con más de 5 años de experiencia en el propio centro donde se realizó la investigación y maestría en psicología clínica mención en psicoterapia infantil y de adolescentes. Los criterios técnicos valorados fueron:

Tabla 8.

Aspectos técnicos validados del SF / 36

Diseño técnico del test [Asigne valores del 1 al 6; 1 siendo el valor mínimo (cuando se conoce poco del tema); y 6, si se conoce a profundidad].	Validadora 1	Validadora 2
Planeación de la prueba	6	6
Pasos esenciales de la construcción	6	6
Formato de los reactivos	6	6
Análisis de reactivos	6	6
Procedimientos y normas de aplicación	6	6
Criterios de corrección de las pruebas	6	6
Construcción de escalas, baremos y formas de interpretación	6	6
Validez, confiabilidad y sesgo	6	6

Fuente: Validación del test.

Como se puede apreciar, ambas validadoras evaluaron con la máxima puntuación todos los aspectos técnicos del test para su aplicación en la población de estudio (Ver Anexo 1).

2.4. Procesamiento de los datos

Los datos se procesaron en el programa estadístico SPSS v.25 y se hizo un análisis de las medias, la desviación estándar, el mínimo y el máximo por cada dimensión y por preguntas. Además, se realizaron tablas de contingencias para el análisis de los resultados por datos sociodemográficos.

Caracterización de CEDIALCON

En la página web de la institución se puede encontrar la información siguiente:

El Centro de Diálisis Contigo CENDIALCON CIA LTDA., es una empresa constituida el 3 de diciembre de 2010, en respuesta a las necesidades de las personas que padecen Enfermedad Renal Crónica en el centro del país, es así como brinda su servicio a pacientes de cualquier edad y nivel socioeconómico, ya que cuenta con Convenios con el Ministerio de Salud, IESS, entre otras entidades estatales.

Desde el día de su constitución el Centro de Diálisis Contigo CENDIALCON CIA LTDA., ha contribuido a mejorar la calidad de vida de aquellas personas que padecen Enfermedad Renal Crónica, brindándoles un servicio de calidad, poniendo a disposición profesionales calificados y con la experiencia necesaria para asegurar que el servicio que se presta a la ciudadanía siempre será el mejor.

CENDIALCON es una clínica privada ubicada en la ciudad de Latacunga, cuenta con una sucursal, se encarga de atender a 90 pacientes con insuficiencia renal, ya que, esto no es tratado en los hospitales de la ciudad por lo que se realizan las diálisis en dicho lugar. Además, la clínica tiene convenio con el Ministerio de Salud Pública y cuenta con atención especializada como es nutricionista, psicólogos, fisioterapia y variedad de paramédicos especializados.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

3.1. Análisis descriptivo de resultados por dimensiones

Tabla 9.

Medias por dimensiones y subdimensiones

Dimensiones	Media	Subdimensiones	Media	Min	Max	Ds
Salud física	53,23	Función física	65,26	10,00	100,00	22,86
		Rol físico	37,50	0,00	100,00	41,13
		Dolor corporal	36,84	0,00	90,00	27,19
		Salud general	70,00	35,00	105,00	15,90
Salud mental	46,44	Vitalidad	48,55	5,00	95,00	16,53
		Función Social	59,38	12,50	112,50	20,32
		Rol Emocional	60,53	0,00	100,00	40,99
		Bienestar emocional	64,84	20,00	84,00	14,73
Salud integral	2,47			1	5	0,28

Fuente: elaboración propia

La tabla 8 proporciona información sobre la media de la dimensión "Salud física" y sus subdimensiones, que incluyen "Función física", "Rol físico", "Dolor corporal" y "Salud general". Al analizar los datos, se puede observar que, en promedio, las personas evaluadas muestran un nivel Regular de salud física, con una media del 53,23. En cuanto a los subdimensiones, la de media más alta es "Salud general", con 70,00 que corresponde con el rango de salud general "Buena".

Por otra parte, la más baja es "Dolor corporal" (36,84) por ser la que menos afectación causa a la salud física pues las personas experimentan cierto grado de dolor corporal, pero esto puede variar e incluso no estar presente en algunos pacientes. Este valor corresponde a un nivel Regular. Los resultados presentados se compaginan con los de Palacios (2022) quien en su investigación encontró puntuaciones similares al respecto de la dimensión "Salud Física" con sus respectivas subdimensiones.

Para la dimensión "Salud mental" y sus subdimensiones: "Vitalidad", "Función Social", "Rol Emocional" y "Bienestar Emocional" se puede observar que, en promedio, las

personas evaluadas tienen un nivel Regular de salud mental, con una media del 46,44. La media más alta corresponde a "Bienestar Emocional", con un valor de 64,84, es decir, de nivel Bueno. Pueden experimentar emociones positivas y tener una satisfacción general con su estado emocional.

Por otra parte, la media más baja es de la subdimensión "Vitalidad" con un valor de 48,55. Esto sugiere que, en promedio, las personas tienen un nivel Regular de vitalidad o energía ya que pueden experimentar altibajos en su nivel de energía. Estos datos están acordes a Mosquera (2020) que muestra que la población tiene resultados más bajos en la dimensión de salud mental. Sin embargo, para Palacios (2020) estos datos no concuerdan, su estudio muestra que los pacientes tienen mayor salud mental que física. Por otra parte, no concuerda con López – Pérez (2014) quien en su investigación observó que la puntuación más alta se obtuvo en la dimensión del rol emocional, con un 83%. Por otro lado, se identificaron áreas de mayor deterioro como la salud general con un 54%, la vitalidad con un 59% y el desempeño físico con un 72%.

En general se puede apreciar que, tanto en la dimensión de Salud Física como en Salud Mental, las medias se corresponden con un nivel Regular, pero en Salud Física el resultado es más favorable (53,23) que en Salud Mental (46,44). Este resultado indica la necesidad de trabajar con algún tipo de intervención psicológica en esta población.

Por último, el ítem de transición de Salud Integral, al cual no se le hace la transformación a la escala de 100 puntos, sino que se analiza su media en función de la escala de Likert del 1 al 5, obtuvo una media de 2,47 que se corresponde con el rango de Muy Buena. Esto quiere decir que la media de la población percibe su salud actual comparada con su salud hace un año atrás, como Muy Buena.

3.2. Análisis de dimensiones según datos sociodemográficos

La tabla presenta datos descriptivos de diferentes dimensiones de salud, discriminados por género.

Tabla 10.

Resultados de subdimensiones por género

Dimensión Subdimensión	Género							
	Hombre				Mujer			
	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Dimensión salud física	0,00	100,0	52,30	26,71	0,00	100,0	52,54	27,12
Función Física	15,00	100,00	67,33	22,95	10,00	95,00	62,26	22,76
Rol Físico	0,00	100,00	37,22	40,81	0,00	100,00	37,90	42,26
Dolor Corporal	0,00	90,00	34,89	27,69	0,00	90,00	39,68	26,64
Salud general	35,00	105,00	69,78	15,41	40,00	100,00	70,32	16,83
Dimensión Salud Mental	0,00	100,00	58,53	24,41	0,00	100,00	65,10	21,24
Bienestar emocional	20,00	84,00	63,91	16,44	40,00	84,00	65,81	11,99
Vitalidad	5,00	95,00	49,11	18,56	15,00	70,00	47,74	13,28
Función Social	25,00	100,00	61,11	19,07	12,50	112,50	56,85	22,09
Rol emocional	0,00	100,00	60,00	43,58	0,00	100,00	61,29	37,61

Fuente: elaboración propia

En ambos géneros se puede apreciar que las medias de salud mental son más altas que las de salud física, en el caso de los hombres la salud mental tiene una media de 58,53 y la de salud física de 52,30, mientras que en las mujeres la media de Salud Mental es 65,10 y la de Salud Física es 52,54.

Por subdimensiones, los hombres en Salud Física tienen la mayor media en Salud General (68,78) y la media más baja en Dolor Corporal (34,89). En Salud Mental la media más alta la tienen en Bienestar Emocional (63,91) y la más baja en Vitalidad (49,11). En el caso de las mujeres se aprecia un resultado similar en la Dimensión de salud Mental pues en ellas puntúan más alto y más bajo, las mismas subdimensiones

que en los hombres (Vitalidad con 47,74 y Bienestar Emocional con 65,81). Sin embargo, en la Salud Física a las mujeres les puntúa más alto la Salud General (70,32) al igual que los hombres pero en ellas la más baja es Rol Físico con 37,90.

Tabla 11.

Análisis de subdimensiones según la edad

	RANGOS DE EDAD											
	Joven Adulto (18 - 30)				Adulto intermedio (31 - 60)				Edad Avanzada (61 +)			
	Míni mo	Máxi mo	Med ia	Des v. tít.	Míni mo	Máxi mo	Med ia	Des v. tít.	Míni mo	Máxi mo	Med ia	Des v. tít.
Dimensi ón de salud física	0,00	100,0	54,5	24,0	0,0	100,0	47,6	27,0	0,0	100,0	54,8	26,5
Función Física	40,00	80,00	59,1	16,5	10,00	100,0	63,5	25,1	15,00	100,0	67,6	21,8
Rol Físico	0,00	100,0	37,5	49,3	0,00	100,0	32,0	38,7	0,00	100,0	42,1	42,3
Dolor Corporal	40,00	80,00	56,6	13,6	0,00	90,00	32,1	27,2	0,00	90,00	37,6	27,7
Salud general	40,00	85,00	65,0	16,7	35,00	100,0	68,2	17,4	50,00	105,0	72,2	14,3
Dimensi ón de salud mental	0,0	100,0	56,1	40,3	0,0	100,0	57,7	22,8	0,0	100,0	58,9	23,3
Bienestar emocional	40,00	80,00	62,6	15,1	20,0	84,00	65,2	15,2	32,0	84,0	64,5	14,6
Vitalidad	30,00	60,00	46,6	12,1	5,00	95,00	52,6	17,4	10,0	80,0	45,3	15,9
Función Social	25,00	75,00	54,1	18,8	12,50	100,0	55,0	18,2	12,5	112,5	63,8	21,7
Rol emocional	0,00	100,0	61,1	49,0	0,00	100,0	58,3	40,6	0,00	100,0	62,2	41,1

Fuente: elaboración propia

Al analizar los datos de los diferentes grupos de edad en las dimensiones de salud física y salud mental, se pudo determinar que las subdimensiones con las medias más altas para todos los grupos son "Salud general" en la dimensión de salud física y "Salud Mental" en la dimensión de salud mental. En contraste, se identificaron las subdimensiones con las medias más bajas para todos los grupos de edad. En la

dimensión de salud física, la subdimensión "Rol Físico" presentó las medias más bajas en cada grupo: 37,50 en Joven Adulto (18 - 30), 32,0 en Adulto intermedio (31 - 60) a excepción de en Edad Avanzada (61+) que tuvo 42,1. Por otro lado, en la dimensión de salud mental, la subdimensión "Vitalidad" registró las medias más bajas para todos los grupos: 46,67 en Joven Adulto (18 - 30), 52,66 en Adulto intermedio (31 - 60) y 45,39 en Edad Avanzada (61+).

Tabla 12.*Análisis de subdimensiones según estado civil*

ESTADO CIVIL		Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Dimensión Salud Física		0,00	100,00	58,44	26,18
Soltero	Función Física	50,00	100,00	79,69	15,54
	Rol Físico	0,00	100,00	50,00	42,82
	Dolor Corporal	0,00	90,00	34,38	29,20
	Salud general	40,00	105,00	69,69	17,17
	Dimensión Salud Mental	0,00	100,00	59,17	20,98
	Bienestar Emocional	40,00	84,00	65,50	13,54
	Vitalidad	30,00	60,00	44,38	8,54
	Función Social	25,00	112,50	60,16	23,37
	Rol emocional	0,00	100,00	66,67	38,49
Dimensión Salud Física		0,00	100,00	50,89	27,12
Casado	Función Física	10,00	100,00	61,85	23,29
	Rol Físico	0,00	100,00	34,24	40,26
	Dolor Corporal	0,00	90,00	37,17	27,86
	Salud general	35,00	100,00	70,33	15,07
	Dimensión Salud Mental	0,00	100,00	58,90	23,20
	Bienestar Emocional	32,00	84,00	65,04	14,05
	Vitalidad	20,00	95,00	51,74	17,17
	Función Social	25,00	100,00	60,87	17,99
	Rol emocional	0,00	100,00	57,97	43,57
Dimensión Salud Física		0,00	100,00	53,75	27,01
Divorciado	Función Física	45,00	95,00	71,43	15,74
	Rol Físico	0,00	100,00	42,86	42,61
	Dolor Corporal	0,00	70,00	28,57	29,11
	Salud general	50,00	100,00	72,14	20,59
	Dimensión Salud Mental	0,00	100,00	57,98	27,01
	Bienestar Emocional	32,00	80,00	61,71	15,98
	Vitalidad	10,00	60,00	46,43	18,42
	Función Social	12,50	75,00	57,14	20,23
	Rol emocional	0,00	100,00	66,67	38,49
Dimensión Salud Física		0,00	100,00	41,00	21,27
Viudo	Función Física	10,00	70,00	39,00	21,62
	Rol Físico	0,00	75,00	15,00	33,54
	Dolor Corporal	30,00	70,00	50,00	15,81
	Salud general	50,00	85,00	60,00	14,14
	Dimensión Salud Mental	0,00	100,00	44,42	27,15
	Bienestar Emocional	20,00	84,00	59,20	25,04
	Vitalidad	5,00	60,00	36,00	24,60
	Función Social	12,50	87,50	42,50	31,37
	Rol emocional	0,00	66,67	40,00	27,89
Dimensión Salud Física		0,00	100,00	62,50	24,75
Unión Libre	Función Física	65,00	80,00	72,50	10,61
	Rol Físico	0,00	100,00	50,00	70,71
	Dolor Corporal	40,00	50,00	45,00	7,07
	Salud general	75,00	90,00	82,50	10,61
	Dimensión Salud Mental	0,00	100,00	72,56	8,39
	Bienestar Emocional	64,00	84,00	74,00	14,14
	Vitalidad	40,00	55,00	47,50	10,61
	Función Social	62,50	75,00	68,75	8,84
	Rol emocional	100,00	100,00	100,00	0,00

Fuente: elaboración propia

Es evidenciable que las medias de Salud Física son más altas que las de Salud Mental en todos los estados civiles. En las personas solteras en la dimensión de Salud Física la media más alta corresponde a Función Física (79,69), mientras que en las personas casadas, divorciadas, viudas y en unión libre la media más alta es en Salud General considerando en la puntuación superior a (60,00) por lo que se le considera "Buena". Por otra parte, la media más baja es en Dolor Corporal esto sucede en las personas solteras, divorciadas y en unión libre, mientras que las personas viudas y casadas presentaron menor media en Rol Físico, lo cual se encuentran en la puntuación de (0-24) "Mala" y (25-60) "Regular".

En cuanto a la dimensión de Salud Mental las subdimensiones con la media más alta fueron Bienestar emocional que presenta valores superiores a 60,00, lo que quiere decir que es "Buena". Mientras que la media mas baja en es evidenciable en Vitalidad esto sucede con todos los participantes, solteros casados, viudos, divorciados y unión libre.

Tabla 13.*Análisis de subdimensiones con respecto a la educación*

Dimensión	Educación															
	Persona analfabeta				Primarios				Secundarios				Superior			
	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Dimensión Salud Física	0,00	100,00	53,89	24,94	0,00	100,00	51,38	27,58	0,00	100,00	52,50	25,67	0,00	100,00	57,81	23,44
Función Física	35,0	80,0	57,78	15,23	10,00	100,00	62,70	26,53	35,00	100,00	70,19	19,92	65,00	90,00	73,75	11,81
Rol Físico	0,00	100,00	47,22	47,51	0,00	100,00	37,16	41,51	0,00	100,00	31,73	39,09	0,00	100,00	56,25	42,70
Dolor Corporal	0,00	70,00	48,89	20,28	0,00	90,00	37,57	28,13	0,00	90,00	35,00	27,31	0,00	50,00	15,00	23,80
Salud general	35,00	85,00	61,67	16,77	40,00	100,00	68,11	14,16	40,00	105,00	73,08	16,38	65,00	100,00	86,25	15,48
Dimensión Salud Mental	0,00	100,00	62,73	20,41	0,00	100,00	57,93	22,94	0,00	100,00	57,23	23,64	0,00	100,00	58,34	24,07
Bienestar Emocional	20,00	84,00	68,44	19,13	32,00	84,00	63,89	14,22	40,00	84,00	64,62	14,56	52,00	84,00	64,00	14,24
Vitalidad	5,00	80,00	50,56	20,22	10,00	80,00	46,89	16,89	30,00	95,00	49,42	16,21	45,00	60,00	53,75	6,29
Función Social	25,00	75,00	54,17	18,75	12,50	100,00	64,19	17,72	25,00	112,50	57,21	22,13	12,50	62,50	40,63	25,77
Rol emocional	33,33	100,00	77,78	23,57	0,00	100,00	56,76	42,94	0,00	100,00	57,69	41,69	0,00	100,00	75,00	50,00

Fuente: elaboración propia

El análisis en cuanto a nivel de instrucción en Salud Física la media más alta es en Salud General siendo así las personas analfabetas y con formación primaria y secundaria, cuentan con una puntuación por encima de (60,00) lo que corresponde a “Buena” mientras que las personas con formación superior puntúan (86,25) lo que corresponde a “Muy Buena”.

Por otra parte, en la Salud Mental las subdimensión de Rol Emocional la media es superior a 70,00 en personas analfabetas y nivel superior, lo que significa “Buena”. La Función Social (64,19) es la que predomina en nivel primario y Salud Mental (64,62) en secundaria, ambas con un nivel de calidad de vida “Buena”. Sin embargo, la media más baja fue en Vitalidad en todos los niveles, excepto en superior, que corresponde a “Regular”. En los de nivel superior la más baja fue Función Social (40,63), que corresponde de igual manera a “Regular”.

Tabla 14.*Análisis de subdimensiones con respecto a la ocupación*

Ocupación		Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Dimensión Salud Física		0,00	100,00	51,75	27,33
Ninguna	Función Física	10,00	100,00	59,05	23,09
	Rol Físico	0,00	100,00	39,19	43,12
	Dolor Corporal	0,00	90,00	39,46	28,86
	Salud general	35,00	95,00	69,32	14,25
	Dimensión Salud Mental	0,00	100,00	59,09	23,19
	Bienestar Emocional	20,00	84,00	65,95	15,07
	Vitalidad	5,00	90,00	50,14	16,89
	Función Social	25,00	100,00	60,81	19,13
	Rol emocional	0,00	100,00	59,46	41,67
Dimensión Salud Física		0,00	100,00	53,87	26,28
Quehaceres domésticos	Función Física	10,00	95,00	65,75	20,08
	Rol Físico	0,00	100,00	42,50	40,64
	Dolor Corporal	0,00	90,00	35,50	26,05
	Salud general	40,00	100,00	71,50	18,36
	Dimensión Salud Mental	0,00	100,00	58,43	20,48
	Bienestar Emocional	40,00	84,00	65,40	12,12
	Vitalidad	20,00	60,00	47,50	11,75
	Función Social	12,50	112,50	57,50	22,36
	Rol emocional	0,00	100,00	63,33	35,71
Dimensión Salud Física		0,00	100,00	55,00	23,02
Comerciante	Función Física	65,00	95,00	78,75	12,50
	Rol Físico	0,00	100,00	43,75	51,54
	Dolor Corporal	10,00	60,00	40,00	21,60
	Salud general	50,00	65,00	57,50	6,45
	Dimensión Salud Mental	0,00	100,00	51,83	29,57
	Bienestar Emocional	32,00	80,00	54,00	22,03
	Vitalidad	10,00	60,00	45,00	23,45
	Función Social	25,00	75,00	50,00	22,82
	Rol emocional	0,00	100,00	58,33	50,00
Dimensión Salud Física		0,00	100,00	50,90	26,36
Empleado	Función Física	35,00	100,00	80,00	23,45
	Rol Físico	0,00	100,00	25,00	38,73
	Dolor Corporal	0,00	70,00	28,18	25,62
	Salud general	45,00	105,00	70,45	17,67
	Dimensión Salud Mental	0,00	100,00	59,04	26,36
	Bienestar Emocional	36,00	84,00	62,55	16,90
	Vitalidad	20,00	80,00	44,09	17,86
	Función Social	25,00	100,00	65,91	20,23
	Rol emocional	0,00	100,00	63,64	50,45
Dimensión Salud Física		0,00	100,00	52,81	26,12
Otros	Función Física	35,00	95,00	66,25	24,62
	Rol Físico	0,00	50,00	25,00	28,87
	Dolor Corporal	0,00	80,00	40,00	33,67
	Salud general	55,00	95,00	80,00	17,32
	Dimensión Salud Mental	0,00	100,00	54,47	25,10
	Bienestar Emocional	52,00	80,00	66,00	11,55
	Vitalidad	35,00	95,00	55,00	27,08
	Función Social	25,00	62,50	46,88	18,75
	Rol emocional	0,00	100,00	50,00	43,03

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los resultados obtenidos en la dimensión de Salud Física la media más alta corresponde a Salud General y Función Social con puntuaciones que van (61-83) lo cual pertenece a “Buena” y la media más baja es en Rol Físico y Dolor Corporal ya que, arrojan puntuaciones (25 - 60) por lo que se lo denomina “Regular”.

En resumen, las ocupaciones parecen influir en las puntuaciones de calidad de vida en diferentes dimensiones. Alrawadieh, Cetin, Dinçer y Dincer (2020) explican que los hallazgos en su investigación revelan que existe una relación positiva entre la vida laboral y la calidad de vida.

Tabla 15.

Análisis de subdimensiones con respecto al tiempo de diagnóstico

Tiempo		Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Dimensión Salud Física		0,00	100,00	49,80	25,98
0 meses - 3 años	Función Física	10,00	100,00	65,64	23,54
	Rol Físico	0,00	100,00	29,49	37,55
	Dolor Corporal	0,00	90,00	33,59	26,90
	Salud general	40,00	100,00	70,51	15,93
	Dimensión Salud Mental	0,00	100,00	55,42	24,77
	Bienestar Emocional	20,00	84,00	62,97	16,64
	Vitalidad	5,00	90,00	45,90	17,39
	Función Social	12,50	112,50	61,54	21,91
	Rol emocional	0,00	100,00	51,28	43,15
Dimensión Salud Física		0,00	100,00	53,65	26,41
4 años - 7 años	Función Física	10,00	100,00	67,96	22,76
	Rol Físico	0,00	100,00	43,52	42,51
	Dolor Corporal	0,00	70,00	34,44	26,21
	Salud general	50,00	105,00	68,70	14,18
	Dimensión Salud Mental	0,00	100,00	59,13	21,38
	Bienestar Emocional	32,00	84,00	64,74	13,41
	Vitalidad	20,00	80,00	49,26	12,91
	Función Social	12,50	100,00	54,63	20,55
	Rol emocional	0,00	100,00	67,90	38,65
Dimensión Salud Física		0,00	100,00	59,46	28,18
8 años - 11 años	Función Física	35,00	80,00	60,00	17,08

	Rol Físico	0,00	100,00	60,71	45,32
	Dolor Corporal	0,00	80,00	50,00	27,08
	Salud general	35,00	100,00	67,14	23,25
	Dimensión Salud Mental	0,00	100,00	69,78	14,77
	Bienestar Emocional	60,00	80,00	72,00	8,00
	Vitalidad	20,00	95,00	57,14	24,64
	Función Social	50,00	75,00	64,29	8,63
	Rol emocional	66,67	100,00	85,71	17,82
	Dimensión Salud Física	0,00	100,00	63,12	34,47
12 años - 15 años	Función Física	15,00	65,00	40,00	35,36
	Rol Físico	0,00	100,00	50,00	70,71
	Dolor Corporal	60,00	90,00	75,00	21,21
	Salud general	80,00	95,00	87,50	10,61
	Dimensión Salud Mental	0,00	100,00	58,37	24,22
	Bienestar Emocional	60,00	72,00	66,00	8,49
	Vitalidad	55,00	55,00	55,00	0,00
	Función Social	50,00	75,00	62,50	17,68
	Rol emocional	0,00	100,00	50,00	70,71
	Dimensión Salud Física	0,00	100,00	48,75	
16 años o más	Función Física	65,00	65,00	65,00	
	Rol Físico	0,00	0,00	0,00	
	Dolor Corporal	60,00	60,00	60,00	
	Salud general	70,00	70,00	70,00	
	Dimensión Salud Mental	0,00	100,00	66,29	
	Bienestar Emocional	76,00	76,00	76,00	
	Vitalidad	60,00	60,00	60,00	
	Función Social	62,50	62,50	62,50	
	Rol emocional	66,67	66,67	66,67	

Fuente: elaboración propia

La tabla muestra el tiempo de diagnóstico de la enfermedad dividido en diferentes rangos de años, y se analizaron las medidas de rendimiento relacionadas con la enfermedad en cada grupo.

En el grupo de 0 meses a 3 años de diagnóstico, se observa que la Salud Física en la subdimensión de Salud General (70,51) corresponde a “Buena”. Y la media baja es en

el Rol Físico (29,49) y responde a “Regular”. En el grupo de 8-11 años de diagnóstico, al igual que el anterior grupo la media alta es Salud General (68,70), la media mas baja varia ya que, es el Dolor Corporal (34,44) y corresponde a “Regular”. En el grupo de 12-15 de igual forma sobresale la Salud General y la media mas baja al Dolor Corporal (50,00) indicando así que corresponde a “Regular”. En el último grupo, la media más baja es Rol Físico (0) por lo que es “Mala”.

En cuanto a la Salud Mental en el grupo de (0-3años), (12-15 años) y (16 o más) la media alta es en la subdimensión de Salud Mental con valores de 62- 83 por lo tanto esto corresponde a “Buena” por otra parte, el Rol Emocional en el grupo de (4-7años) corresponde a (67,90) de igual forma es “Buena” y en el grupo (8-11años) con una media alta de (85,71) lo que corresponde a “Muy Buena”. Sin embargo en la media baja todos los grupos pertenecen a vitalidad con valores de (25-60) lo que equivale a “Regular” a excepción del (12-15 años) por lo que la media de este grupo Rol Emocional (50,00) lo que equivale a “Regular”.

A medida que pasa el tiempo desde el diagnóstico, se observan variaciones en las puntuaciones medias en diferentes aspectos del rendimiento. Granillo-Velasco y Sánchez-Aragón (2021) afirman que en los pacientes con un tiempo de diagnóstico de dos años o menos, se observó un menor nivel de optimismo, calidad de vida y estrés en comparación con aquellos que tenían un diagnóstico más antiguo.

Las subdimensiones de Salud General (perteneciente a la dimensión de salud física) y Salud Mental (perteneciente a la dimensión de salud mental) suelen ser las que tienen las medias más altas en la mayoría de los grupos de edad, a excepción de los grupos de 4 a 7 años y de 8 a 11 años en la cual las medias más altas se encuentran en el rol emocional mientras que para la dimensión de salud física las subdimensiones de Rol Físico son menores para los rangos de 0 a 3 años y 16 años o más , dolor corporal para 4 a 7 años y 8 a 11 años, en cambio para la dimensión de salud mental, la Vitalidad tiene las medias más bajas en general.

CONCLUSIONES

- Con base en la fundamentación teórica realizada, se ha establecido que la calidad de vida en relación con la salud es un aspecto fundamental que considerar en pacientes con insuficiencia renal. La literatura científica respalda la importancia de evaluar y mejorar la calidad de vida de estos pacientes, ya que su condición de salud afecta diversos aspectos de su bienestar físico, psicológico y social.
- Los resultados de los pacientes diagnosticados revelan que la Salud física tiene una media de 53,23 correspondiente a nivel Regular, superior a la Salud mental que presenta un 46,44 aunque también es de nivel Regular. En salud física la subdimensión Salud General es la que tiene resultados más favorables con una media de 70% que significa un nivel Bueno. En salud mental la subdimensión más favorable es Bienestar emocional con una media de 64,84, también correspondiente al nivel Bueno.
- En el análisis descriptivo por género femenino y masculino, en ambos se puede apreciar que las medias de salud mental son más altas que las de salud física, en el caso de los hombres la salud mental tiene una media de 58,53 y la de salud física de 52,30, mientras que en las mujeres la media de Salud Mental es 65,10 y la de Salud Física es 52,54.
- En los diferentes grupos de edad en las dimensiones de salud física y salud mental, se pudo determinar que las subdimensiones con las medias más altas para todos los grupos son "Salud general" en la dimensión de salud física y "Salud Mental" en la dimensión de salud mental.
- Las medias de Salud Física son más altas que las de Salud Mental en todos los estados civiles. En las personas solteras en la dimensión de Salud Física la

media más alta corresponde a Función Física (79,69), mientras que en las personas casadas, divorciadas, viudas y en unión libre la media más alta es en Salud General considerando en la puntuación superior a (60,00) por lo que se le considera “Buena”. En cuanto a la dimensión de Salud Mental las subdimensiones con la media más alta fueron Bienestar emocional que presenta valores superiores a 60,00, lo que quiere decir que es “Buena”.

- En todos los niveles de instrucción las medias de Salud Mental fueron superiores a los niveles de Salud Física. En Salud Física la media más alta es en Salud General en las personas analfabetas y con formación primaria y secundaria, con una puntuación por encima de (60,00) lo que corresponde a “Buena” mientras que las personas con formación superior puntúan (86,25) lo que corresponde a “Muy Buena”. En la Salud Mental las subdimensión de Rol Emocional la media es superior a 70,00 en personas analfabetas y nivel superior, lo que significa “Buena”. La Función Social (64,19) es la que predomina en nivel primario y Salud Mental (64,62) en secundaria, ambas con un nivel de calidad de vida “Buena”.
- Con respecto al tiempo de diagnóstico, a medida que este avanza se observan variaciones en las medias de manera que van aumentando, tanto en la dimensión de salud física como de salud mental; excepto en el rango de 16 o más años donde la media de salud física decrece con respecto a todas las anteriores, sin embargo, salud mental mantiene el aumento.

RECOMENDACIONES

- Con base en la fundamentación teórica y en los resultados obtenidos, es recomendable realizar revisiones sistemáticas y actualizaciones periódicas del estado del arte sobre la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal. Esto permitirá recopilar y sintetizar la evidencia científica más reciente, identificar nuevas tendencias y enfoques, así como identificar posibles lagunas en el conocimiento existente.
- En la clínica privada Cedralcon de Latacunga, se sugiere utilizar los resultados del diagnóstico de calidad de vida en relación con la salud como una guía para la planificación de intervenciones y tratamientos específicos para los pacientes con insuficiencia renal. Es importante poner énfasis en el manejo de la salud física y mental, considerando las necesidades individuales de cada paciente.
- Al tener en cuenta las diferencias significativas encontradas en la calidad de vida en relación con la salud según variables como la edad, el género, el estado civil y el tiempo de diagnóstico de la enfermedad, se recomienda desarrollar estrategias de intervención personalizadas. Es importante adaptar los planes de atención a las características individuales de cada paciente, considerando su edad, género, estado civil y tiempo de evolución de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

Alrawadieh, Z., Cetin, G., Dinçer, M., & Dincer, F. (2020). The impact of emotional dissonance on quality of work life and life satisfaction of tour guides. *The Service Industries Journal*. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/02642069.2019.1590554>.

Aponte, D. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 13(2), 152-182. Obtenido de <https://bit.ly/3Z7Gfbw>

Aguayo, C. (2013). Cómo realizar "paso a paso" un contraste de hipótesis con SPSS para Windows y alternativamente con EPIINFO y EPIDAT: (II) Asociación entre una variable cuantitativa y una categórica (comparación de medias entre dos o más grupos independientes). Fundación Andaluza Beturia para la Investigación en Salud. Obtenido de <https://es.slideshare.net/jacosol/cmo-realizar-paso-a-paso-un-contraste-de-hipotesis-con-spss-para-windows>

Alonso, J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*., 771-6. Obtenido de <http://www.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&nextAction=Ink&base=MEDLINE&exprSearch=7783470&indexSearch=UI&lang=e>

Alan, D., y Cortez, L. (2018). Procesos y fundamentos de la investigación científica. Editorial UTMACH. Recuperado de [http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/14232/1/Cap.4-Investigación cuantitativa y cualitativa.pdf](http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/14232/1/Cap.4-Investigación%20cuantitativa%20y%20cualitativa.pdf)

Alonso, J., Prieto, L., y Antó, J. M. (1995). [The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results]. *Medicina clinica*, 104(20), 771–776. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7783470/>

Alonso, J., Prieto, L., Ferrer, M., Vilagut, G., Broquetas, J. M., Roca, J., Batlle, J. S., y Antó, J. M. (1998). Testing the Measurement Properties of the Spanish Version of the SF-36 Health Survey Among Male Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1087–1094. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(98\)00100-0](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(98)00100-0)

Aaronson, N. K., Acquadro, C., Alonso, J., Apolone, G., Bucquet, D., Bullinger, M., Bungay, K., Fukuhara, S., Gandek, B., Keller, S., Razavi, D., Sanson-Fisher, R., Sullivan, M., Wood-Dauphinee, S., Wagner, A., y Ware, J. E. (1992). International quality of life assessment (IQOLA) project. *Quality of Life Research*, 1(5), 349–351. <https://doi.org/10.1007/BF00434949>

Arakaki, M. (2003). Insuficiencia renal aguda. *Rev Med Hered*, 14(1), 15–38. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v14n1/v14n1tr1.pdf>

Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de psicología* 35(2), 161-164. Obtenido de <https://bit.ly/2Ddqusu>

Arias, G. J., Villasís, K. M. Á., y Miranda, N. M. G. (2016). The research protocol III. Study population. *Revista Alergia Mexico*, 63(2), 201–206. <https://doi.org/10.29262/ram.v63i2.181>

Ayuso-Mateos, J. L., Lasa, L., Vázquez-Barquero, J. L., Oviedo, A., y Diez-Manrique, J. F. (1999). Measuring health status in psychiatric community surveys: internal and external validity of the Spanish version of the SF-36. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(1), 26–32. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb05381.x>

Baldeón, S. (2022). Mejoramiento de la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal terminal, basado en su adherencia al tratamiento sustitutivo renal. *Revista U-Mores*, 1(1), 1-16. Obtenido de <https://revista.uisrael.edu.ec/index.php/ru/article/view/556/570>

Barros, L., Herazo, Y., y Aroca, G. (2015). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica. *Rev. Fac. Med.*, 63(4), 641-7. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n4/v63n4a09.pdf>

Brooks, R. (1996). The current state of play. *Health Policy. EuroQoL*, 37(1), 53-72. doi:
[https://doi.org/10.1016/0168-8510\(96\)00822-6](https://doi.org/10.1016/0168-8510(96)00822-6)

Buisan, R y Delgadp, J. (2007). El cuidado del paciente terminal. In *Anales del Sistema de Navarra*, 30, 103-112. Recuperado de
<https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original7.pdf>

Bullinger, M., Alonso, J., Apolone, G., Leplege, A., Sullivan, M., Wood-Dauphinee, S....Ware, J. (1998). Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA Project approach. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol*, 51(11), 913-23. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(98\)00082-1](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(98)00082-1)

Burke C. (2001). Testing an Asthma quality of life model. *Journal of theory construction y testing*, 5, 1085 - 1095. Obtenido de
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5711601/pdf/nihms881431.pdf>

Campo-Arias, A., y Oviedo, H. C. (2008). Pshychometric properties of a scale: internal consistency. *Revista de salud pública*, 10 (5), 831-839. Recuperado de
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642008000500015&script=sci_abstract&tlng=pt

Castillo, I. I., Póo, M. y Iñaki, M. A. (2004). Valoración del índice de salud SF-#& aplicado a usuarios de programas metadona. Valores de referencia para la comunidad Autónoma Vasca. Rev. Esp. Salud Publica. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000500006

Costa, G., Pinheiro, M., Medeiros, S., Costa, R., y Cossi, M. (2016). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Enfermería Global, 15(43), 87-99. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300003

Cuesta, G., Vidriales, F., Layna, H., Plaza, S., y González, B. (2017). Bienestar físico, dimensión clave de la calidad de vida en las personas con autismo. INFAD Revista de Psicología, International Journal of Developmental and Educational Psychology., 4(1), 33-44. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349853537003.pdf>

Egger, M. (2001). Systematic Reviews in Health Care Meta-analysis in context (Second edition). Editorial: BMJ Publishing Group. Recuperado de https://alraziuni.edu.ye/uploads/pdf/Systematic-Reviews-in-Health-Care-Meta-Analysis-in-Context_2001.pdf

Empa, K. (2023). Empagliflozin in Patients with Chronic Kidney Disease. *the New England Journal of Medicine*, 388, 117-127 doi:10.1056/NEJMoa2204233

Espinosa de los Monteros, M. J., Alonso, J., Ancochea, J., y González, A. (2002). Calidad de vida en asma: fiabilidad y validez del cuestionario genérico SF-36 aplicado a la población asmática de un área sanitaria. *Archivos de Bronconeumología*, 38(1), 4–9. [https://doi.org/10.1016/S0300-2896\(02\)75139-9](https://doi.org/10.1016/S0300-2896(02)75139-9)

Failde, I., y Ramos, I. (2000). Validity and reliability of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with coronary artery disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(4), 359–365. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(99\)00175-4](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(99)00175-4)

García, E. L., Banegasa, J. R., Regadera, A. G. P., Fisaca, J. L. G., Alonsob, J., y Artalejo, F. R. (2003). Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años (pp. 568–573). Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-valores-referencia-version-espanola-del-13046436>

García Ordóñez, M. A., Mansilla Francisco, J. J., Nieto Aragón, E., Cereto, M. R., Salas Samper, F., Vallejo Díaz, M., y Martínez González, J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes infectados por VIH medida por el

Cuestionario de Salud SF-36. *Anales de Medicina Interna*, 18(2), 74–79.

<https://doi.org/10.4321/s0212-71992001000200005>

Garratt, A. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ*, 324(7351), 1417–1417.

<https://doi.org/10.1136/bmj.324.7351.1417>

Gayoso, D. (2012). La calidad de vida relacionada con la salud. Importancia en atención primaria. *National Library Medicine*, 31(5), 285 - 294. Obtenido de

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7679692/pdf/main.pdf>

Giúdice, M., y Diez, M. (2017). Percepción del bienestar emocional y relaciones interpersonales en la calidad de vida de personas sordas en la etapa escolar.

Conocimiento Educativo, 4, 95-110. Obtenido de <https://n9.cl/bigbr>

Gómez, M., y Sabeh, E. (2001). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Recuperado de

<https://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm> Guyat, G.,

Feeny, D., y Patrick, D. (1993). *Annals of Internal Medicine*. Measuring Health-related quality of life., 18:622-9. doi:10.7326/0003-4819-118-8-199304150-

00009

Gómez-Besteiro, M. I., Santiago-Pérez, M. I., Alonso-Hernández, Á., Valdés-Cañedo, F., y Rebollo-Álvarez, P. (2004). Validity and Reliability of the SF-36 Questionnaire in Patients on the Waiting List for a Kidney Transplant and Transplant Patients. *American Journal of Nephrology*, 24(3), 346–351. <https://doi.org/10.1159/000079053>

González, N., Padierna, A., Quintana, J. M., Aróstegui, I., y Horcajo, M. J. (2001).

Calidad de vida de los pacientes afectados de trastornos de la alimentación. *Gaceta Sanitaria*, 15(1), 18–24. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(01\)71513-0](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(01)71513-0)

Granillo-Velasco, A. D., & Sánchez-Aragón, R. (2021). Relación del optimismo y el estrés con la calidad de vida en pacientes oncológicos: Diferencias por tiempo de diagnóstico. *Psicología y Salud*, 45-56. Recuperado de <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2727/4604>

Haas, B. (1999). Clarification and integration of similar Quality of life concepts. *Journal of Nursing Scholarships*, 31:215-20. doi:10.1111/j.1547-5069.1999.tb00483.x

Häfiner, H., y Ander, H. W. (1996). Background and goals of evaluative research in community psychiatry. En Knudsen H. y Thornicroft G. (Eds.) *Mental Health Services Evaluation*. 1ª ed. Cambridge: Cambridge University Press, 19-36. doi:1017/CBO9780511752650

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (1997). Metodología de la Investigación. Colombia: McGRAW - HILL INTERAMERICANA DE MÉXICO, S.A. Obtenido de https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci3n_Sampieri.pdf

Hernández, R., y Mendoza, C. (2018). Metodología de la investigación: las rutas cuantativa, cualitativa y mixta. Editorial McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C. Recuperado de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/65000949/METODOLOGIA_DE_LA_INVESTIGACION_LAS_RUTA-libre.pdf?1606028883=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DMETODOLOGIA_DE_LA_INVESTIGACION_LAS_RUTA.pdf&Expires=1685024810&Signature=SNzQY0gfMMIGxXpK1tqDLP7vcUvZJAOV~Urx36B8judtWobF46NvsQPKvsPtUXRc4THFsip1Be~kDRwd3cpnMz1xLj8mFGPyFj0mK68RH4B~-ErSHI~~y6oyekjS2O-aRp1j0hJfEh70-4RF~D6yqBoovpg4NWDzZXt9lksH3cd8~zY1DYNuaGrt7XWCwPv97psNVVYbt6GRYdCUyYNeAleJK7Uj~jBs8R8chrL07BujmG9eBTz2jQ5Hh~1IDdsqZEIFp1tFCpZpio5Pa4A7w8pVwNt~MtYUBAJtUZFXLfmntTKDcInXEhOPH8b-uxa~0MYESd4f04sqUGj3r4s4dQ__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Institut Municipal d'Investigació Mèdica (2020). *Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36*. Recuperado de <https://ginvestigaciontmo.files.wordpress.com/2018/07/sf-36-cuestionario.pdf>

Latorre, R., Gallego, R., Mejía, M., y García, P. (2015). Consumo de tabaco y alcohol y práctica deportiva en universitarios mexicanos y españoles: asociación con la calidad de vida relacionada con la salud y la búsqueda de sensaciones. *Gac Med Mex*, 151(2), 197-205. Obtenido de <https://bit.ly/40un24U>

López-Pérez, P., Miranda-Navales, G., Segura-Méndez, N. H., Del Rivero-Hernández, L., Cambray-Gutiérrez, C., & Chávez-García, A. (2014). Estudio de la calidad de vida en pacientes adultos con inmunodeficiencia común variable usando el Cuestionario SF-36. *Revista Alergia México*, 61(2), 52-58. Recuperado de redalyc.org/pdf/4867/486755034003.pdf

Lugo, L., y García, H. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Publica*, 24(2), 37–50. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v24n2/v24n2a05.pdf>

Lu, Y., Yang, Y., Wang, Y., Zhao, A., Han, L., Chen, X., Zhang, J., y Xia, Q. (2014). Donors' Quality of Life after Live Liver Transplantation and Social Support: A Correlation Study. *Health*, 06(10), 879–885. <https://doi.org/10.4236/health.2014.610111>

Lurov, I. I., Vorsanova, S. G., Solov'ev, I. V., y Iurov, I. B. (2011). [Original molecular cytogenetic approach to determining spontaneous chromosomal mutations in the interphase cells to evaluate the mutagenic activity of environmental factors]. *Gigiena i sanitariia*, 5, 90–94. <https://scielosp.org/pdf/resp/2004.v78n5/609-621/es>

Martínez, M. V. (2017). Muestreo probabilístico y no probabilístico. 1–14. <https://www.gestiopolis.com/wp-content/uploads/2017/02/muestreo-probabilistico-no-probabilistico-guadalupe.pdf>

Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: a concept analysis 3; 18:. *Journal of Advanced Nursing*, 32-8. doi:10.1046/j.1365-2648.1993.18010032.x

Mejía, E. C., Naranjo, D. A., y Santamaría, J. T. (2018). Introducción a la metodología de la investigación científica. [https://repositorio.espe.edu.ec/bitstream/21000/15424/1/Introduccion a la Metodologia de la investigacion cientifica.pdf](https://repositorio.espe.edu.ec/bitstream/21000/15424/1/Introduccion%20a%20la%20Metodologia%20de%20la%20investigacion%20cientifica.pdf)

Mendoza, M. (2018). Importancia de la calidad de vida y la satisfacción laboral en las condiciones actuales de trabajo: Artículo de revisión. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud GESTAR*, 1(2), 10-24. doi:<https://bit.ly/42qdNEq>

Mieles Barrera, M. D., Tonon, G. y Alvarado Salgado, S. V. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas humanística*, (74), 195-225. Recuperado de <https://bit.ly/3M49vwo>

Montano, J. (2019). Investigación Transversal : Características, Metodología, Ventajas. 7. file:///C:/Users/USER/Downloads/Investigación Transversal.pdf

Molina, R. (2015). La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Salud uninorte*, (21), 76-86. Obtenido de <https://bit.ly/3TDGGJb>

Moreno, J., y Cruz, H. (2015). Ejercicio físico y enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *revista de nefrología, diálisis y trasplante*, 35(3), 212-219. Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttextpid=S2346-85482015000400007

Mosquera, M. L. R. (2020). Calidad de vida percibida por pacientes oncológicos en estadio III y IV, del Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca. 2018. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 38(1), 23-32. Recuperado de <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/3136/2363>

Murray, C., y Frenk, J. (2008). Health metrics and evaluation: strengthening the science. *Lancet*, 371, 1191-9. doi:10.1016/S0140-6736(08)60526-7

Nanda, U., y Andresen, E. (1998). Health related Quality of life, a guide por the health professional. *Evaluation y the Health Professions*, 21, 179-215. doi:10.1177/016327879802100204

Otzen, T., y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227–232. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>

Palacios, L. E. M. (2022). CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A LA SALUD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL SOLCA AMBATO. *Braz Dent J.*, 33(1), 1–12. Recuperado de <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/3886/1/78307.pdf>

Parrales, H. y Durán, D. (2022). Secuelas post covid - 19 y mortalidad asociada en pacientes con insuficiencia. *FIPCAEC Enfoques*, 7(4), 1717–1737. <https://doi.org/10.23857/fipcaec.v7i4.705>

Pendón, R., García, M., Ojeda, L., Moyano, P., y Soriano, C. (2019). Chronic renal insufficiency. *Medicine (Spain)*, 12(79), 4683–4692. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.05.022>

- Perales, C., Duschek, S., y Reyes, G. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología. *nefrología*, 36(3), 217-332. doi:10.1016/j.nefro.2015.12.002
- Prieto, M.E., Fernández, G., Rojo, F., Lardiés, R., Rodríguez, V., Ahmed, K., y Rojo, J.M. (2008). Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la Comunidad de Madrid. 2005. *Revista española de salud pública*, 82(3), 301-313. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000300006
- Ramos, C. A. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. *Avances en Psicología*, 32(1), 9-17. recuperado de <http://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/167/159>
- Ramírez, L., Acevedo, G., y González, P. (2008). Neuropatía diabética: frecuencia, factores de riesgo y calidad de vida en pacientes de una clínica de primer nivel de atención. *Archivos en medicina familiar*, 19(4), 105-111. Obtenido de <https://bit.ly/3Zhbcdq>
- Real Delor, R.E., Roy Torales, T., Brítez - Mendoza, J.D., Guzmán, D., Giménez, J.L...Torales - Velaztiqui, J.J. (2022). Fuerza muscular en pacientes adultos con insuficiencia renal crónica del Hospital Nacional y Hospital Militar en 2021.

Medicina Clínica y Social, 6(2), 45–52.
doi:<https://doi.org/10.52379/mcs.v6i2.239>

Robles, E., Rubio, J., De la Rosa, G., y Nava, Z. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El residente*, 11(3), 20-125. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>

Rodríguez, M., y Mendivelso, F. (2018). Diseño de investigación de corte transversa. *Revista medica sanitas*, 21 (3), 141-146. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Fredy-Mendivelso/publication/329051321_Disenos_de_investigacion_de_Corte_Transversal/links/5c1aa22992851c22a3381550/Diseno-de-investigacion-de-Corte-Transversal.pdf

Sánchez, R. Sierra, F., & Martín, E. (2015). ¿Qué es calidad de vida para un paciente con cáncer? *Avances en Psicología Latinoamericana* 33(3), 371-385. Obtenido de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/3215/3031>

Sandoval, C. (1996). La formulación y el diseño de los procesos de investigación social. págs. 31-55. Obtenido de <https://www.ugr.es/~erivera/PaginaDocencia/Posgrado/Documentos/DisenoInvestigacion.pdf>

Schalock, R, Verdugo, M y Braddock, D. (2002). Manual sobre calidad de vida para profesionales de servicios humanos (págs. 1-430). Washington, DC: Asociación Estadounidense de Retraso Mental. Recuperado de <https://bit.ly/3VEwz86>

Seguí, A., Amador, P., & Ramos, A. (2010). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 13(3), 155-160. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v13n3/original1.pdf>

Shirin, P., Binu, S., y Kurland, E. (2022). Patterns of Fruit and Vegetable Intake in Adults With and Without Chronic Kidney Disease in the United States. *Journal of renal nutrition*. doi:10.1053/j.jrn.2022.06.007

Solano Mora, L., Moncada Jiménez, J., Araya Vargas, G., y Jiménez Torres, J. (2015). Validez factorial del cuestionario de salud SF-36 en jubilados universitarios costarricenses. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 24(2), 143–152. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v24n2/1409-1429-rcsp-24-02-00143.pdf>

Sousa, V. D. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Diseños de investigación cuantitativa. *Revista Latino-am Enfermagem*, 1-6. doi:<https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300022>

- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile*; 138, 358-365. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>
- Ulin. (2006). Investigación aplicada en salud pública: Métodos cualitativos. Washington, págs. 24-55. Obtenido de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/729/9275316147.pdf?s>
- Vilagut, G., Ferrera, M. y Rajmilb, L. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135 - 150. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007
- Vega Córdova, V., Jenaro Río, C., Flores Robaina, N., Cruz Ortiz, M., & Artaza, C. (2013). Calidad de vida de adultos con discapacidad intelectual institucionalizados en Chile desde la perspectiva de los proveedores de servicios. *Universitas Psychologica*, 12(3), 923-932. Recuperado de <https://bit.ly/3HPESIC>
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., Santed, R., Valderas, J. M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., y Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos

- desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135–150. Recuperado de <https://doi.org/10.1157/13074369>
- Ware, J. E. (2000). SF-36 Health Survey Update. *Spine*, 25(24), 3130–3139. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00008>
- Ware, J. E., y Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey(SF-36). *Medical Care*, 30(6), 6. <https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>
- Wagner, A., Gandek, B., Aaronson, N., Acquadro, C., Alonso, J., Apolone, G.,... (1998). Cross-cultural comparisons of the content of SF-36 translations across 10 countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol.* 925-32. doi:[https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(98\)00083-3](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(98)00083-3)
- Ware, J., y Sherbourne, C. (1992). *Medical Care*. The MOS 36-Items Short-Form Health Survey., 30 (6): 473-83. Obtenido de <https://n9.cl/i5yhb>
- Wilson, I., y Cleary, P. (1995). Linking clinical variables with health related quality of life. *JAMA*, 273(1), 59-65. Obtenido de <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7996652/>

Yepes Delgado, C. E., Montoya Jaramillo, M., Orrego Orozco, B. E., Cuéllar Santaella, M. H., Yepes Núñez, J. J., López Muñoz, J. P., ... y Gómez Arias, R. D. (2009). Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica sin diálisis ni trasplante de una muestra aleatoria de dos aseguradoras en salud: Medellín, Colombia, 2008. *Nefrología (Madrid)*, 29(6), 548-556. Recuperado de <https://bit.ly/3xT>

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de evaluación para expertos

Estimado/a:

Usted ha sido seleccionado para validar el instrumento **SF-36**, que es parte del proyecto de investigación “CALIDAD DE VIDA EN RELACION A LA SALUD DE PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL DE LATACUNGA”, desarrollado por MELINA MOSQUERA

estudiante de OCTAVO semestre de la carrera Psicología General de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en Ambato.

La población con la que se trabajará está conformada por 76 pacientes.

La validación del instrumento es importante porque permite determinar la validez de los ítems, con lo cual se espera garantizar la confiabilidad de los resultados obtenidos.

Plantilla Juicio de Expertos Objetivo: Validar el instrumento por juicio de expertos en el área.

Instrucciones: A continuación se solicita responder las interrogantes sobre aspectos teóricos y metodológicos que presenta el instrumento. Adicionalmente, si lo cree necesario, aporte cualquier comentario que considere importante.

DISEÑO TÉCNICO DEL TEST [Asigne valores del 1 al 6; 1 siendo el valor mínimo (cuando se conoce poco del tema); y 6, si se conoce a profundidad].	Puntuación					
	1	2	3	4	5	6
Planeación de la prueba						X
Pasos esenciales de la construcción						X
Formato de los reactivos						X
Análisis de reactivos						X

Procedimientos y normas de aplicación						X
Criterios de corrección de las pruebas						X
Construcción de escalas, baremos y formas de interpretación						X
Validez, confiabilidad y sesgo						X

CUESTIONARIO DE CUMPLIMIENTO TÉCNICO GENERAL Y PERTINENCIA

Objetivo: Valorar el cumplimiento de criterios técnicos generales y la pertinencia del Cuestionario SF-36, conforme los propósitos del proyecto.

Instrucciones: Según su criterio, señale con una “X” si cumple con los criterios establecidos, si no cumple; si es pertinente o si no lo es. Por favor, contemple todos los ítems. Sus comentarios serán importantes.

Nota: Siga el ejemplo en gris.

#	Ítems	Cumplimiento de los criterios		Pertinencia de los criterios		Observaciones
		Sí cumple	No cumple	Si es pertinente	No es pertinente	
-	Ejemplo	X		X		
1	Nombre del test	X		X		
2	El formato para la prueba	X		X		
3	Número de ítems planteados	X		X		
4	El test se adecúa a las características culturales de la población	X		X		
5	Se adecúa a las características psicológicas-laborales de los beneficiarios	X		X		
6	Se ajusta a un análisis de necesidades de los beneficiarios	X		X		
7	Se ajusta a las exigencias de las orientaciones psicológicas-laborales	X		X		
8	El planteamiento tiene calidad científica	X		X		
9	Se identifica el objetivo principal del instrumento	X		X		
10	El diseño recoge aspectos esenciales sobre el tema	X		X		

11	Las instrucciones son claras y precisas	X		X		
12	La sintaxis es apropiada	X		X		
13	El tipo de pregunta es el adecuado	X		X		
14	El contenido semántico de los ítems se ajusta a la población	X		X		
15	El cuestionario puede ser aplicado en el sector público y en el privado	X		X		
16	Se ha determinado parámetros de calificación	X		X		
17	Se especifican los criterios de interpretación	X		X		
18	Se brinda facilidad para comprender la tarea	X		X		
19	Se brinda facilidad para registrar las respuestas	X		X		
20	Se detecta algún conflicto en el planteamiento de los ítems	X		X		

Área de formación profesional del/a evaluador/a:

Nombre: Mgs. Psc. Cl. Evekyn Mireya Espinoza Gallardo

Institución: FisiMed – Centro Médico

Cargo que ocupa: Psicóloga Clínica

Tiempo dentro del cargo: 4 año

Último grado académico alcanzado: Cuarto nivel



PSICÓLOGA CLÍNICA
Mg. Mireya Espinosa Ψ
FISI MED

Firma y sello de la institución

Anexo 2. Cuestionario de Evaluación para expertos

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA EXPERTOS

Estimado/a:

Usted ha sido seleccionado para validar el instrumento **SF-36**, que es parte del proyecto de investigación "CALIDAD DE VIDA EN RELACION A LA SALUD DE PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENLA DE LATACUNGA", desarrollado por MELINA MOSQUERA estudiante de OCTAVO semestre de la carrera Psicología General de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en Ambato.

CUESTIONARIO DE CUMPLIMIENTO TÉCNICO GENERAL Y PERTINENCIA

Objetivo: Valorar el cumplimiento de criterios técnicos generales y la pertinencia del Cuestionario SF-36, conforme los propósitos del proyecto.

Instrucciones: Según su criterio, señale con una "X" si cumple con los criterios establecidos, si no cumple; si es pertinente o si no lo es. Por favor, contemple todos los ítems. Sus comentarios serán importantes.

Nota: Siga el ejemplo en gris.

#	Ítems	Cumplimiento de los criterios		Pertinencia de los criterios		Observaciones
		Si cumple	No cumple	Si es pertinente	No es pertinente	
-	<i>Ejemplo</i>	X		X		
1	Nombre del test	X		X		
2	El formato para la prueba	X		X		
3	Número de ítems planteados	X		X		
4	El test se adecúa a las características culturales de la población	X		X		
5	Se adecúa a las características psicológicas-laborales de los beneficiarios	X		X		
6	Se ajusta a un análisis de necesidades de los beneficiarios	X		X		
7	Se ajusta a las exigencias de las orientaciones psicológicas-laborales	X		X		
8	El planteamiento tiene calidad científica	X		X		
9	Se identifica el objetivo principal del instrumento	X		X		
10	El diseño recoge aspectos esenciales sobre el tema	X		X		
11	Las instrucciones son claras y precisas	X		X		
12	La sintaxis es apropiada	X		X		
13	El tipo de pregunta es el adecuado	X		X		
14	El contenido semántico de los ítems se ajusta a la población	X		X		
15	El cuestionario puede ser aplicado en el sector público y en el privado	X		X		
16	Se ha determinado parámetros de calificación	X		X		
17	Se especifican los criterios de interpretación	X		X		
18	Se brinda facilidad para comprender la tarea	X		X		
19	Se brinda facilidad para registrar	X		X		

	las respuestas				
20	Se detecta algún conflicto en el planteamiento de los ítems		X		X

Área de formación profesional del/la evaluador/a:

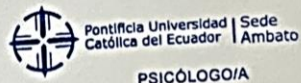
Nombre:
Pamela Alexandra Camacho Bonilla

Institución:
PUCEA

Cargo que ocupa:
Psicóloga Clínica

Tiempo dentro del cargo:
Tres años cinco meses

Último grado académico alcanzado:
Maestría



PSICÓLOGO/A

[Handwritten signature]

Firma y sello de la institución.

Anexo 3. Cuestionario SF-36 sobre su estado de salud, versión 2

Instrucciones: las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

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

- a) Excelente
- b) Muy buena
- c) Buena
- d) Regular
- e) Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año? a) Mucho mejor ahora que hace un año

- b) Algo mejor ahora que hace un año
- c) Más o menos igual que hace un año
- d) Algo peor ahora que hace un año
- e) Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal

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

- a) Sí, me limita mucho
- b) Sí, me limita un poco
- c) No, no me limita nada

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

- a) Sí, me limita mucho
- b) Sí, me limita un poco
- c) No, no me limita nada

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

- a) Sí, me limita mucho
- b) Sí, me limita un poco
- c) No, no me limita nada

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

- a) Sí, me limita mucho
- b) Sí, me limita un poco
- c) No, no me limita nada

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

- a) Sí, me limita mucho
- b) Sí, me limita un poco
- c) No, no me limita nada

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

- a) Sí, me limita mucho
- b) Sí, me limita un poco
- c) No, no me limita nada

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

- a) Sí, me limita mucho
- b) Sí, me limita un poco
- c) No, no me limita nada

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

- a) Sí, me limita mucho
- b) Sí, me limita un poco
- c) No, no me limita nada

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

- a) Sí, me limita mucho
- b) Sí, me limita un poco
- c) No, no me limita nada

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

- a) Sí, me limita mucho
- b) Sí, me limita un poco
- c) No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias

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

- a) Sí
- b) No

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

- a) Sí
- b) No

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

b) No

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

a) Sí

b) No

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

a) Sí

b) No

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

a) Sí

b) No

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

a) Sí

b) No

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

a) Nada

b) Un poco

c) Regular

- d) Bastante
- e) Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas? a) No, ninguno

- b) Sí, muy poco
- c) Sí, un poco
- d) Sí, moderado
- e) Si, mucho
- f) Sí, muchísimo

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

- a) Nada
- b) Un poco
- c) Regular
- d) Bastante
- e) Mucho

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

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

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso? a) Siempre
b) Casi siempre
c) Muchas veces
d) Algunas veces
e) Sólo alguna vez
f) Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? a) Siempre
b) Casi siempre
c) Muchas veces
d) Algunas veces
e) Sólo alguna vez
f) Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo? a) Siempre
b) Casi siempre
c) Muchas veces
d) Algunas veces
e) Sólo alguna vez
f) Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía? a) Siempre
b) Casi siempre
c) Muchas veces
d) Algunas veces
e) Sólo alguna vez
f) Nunca

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

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

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

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

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

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

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

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

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

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Sólo alguna vez
- f) Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases

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

- a) Totalmente cierta
- b) Bastante cierta
- c) No lo sé
- d) Bastante falsa
- e) Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera

- a) Totalmente cierta
- b) Bastante cierta
- c) No lo sé
- d) Bastante falsa
- e) Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar

- a) Totalmente cierta
- b) Bastante cierta
- c) No lo sé
- d) Bastante falsa

e) Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente

a) Totalmente cierta

b) Bastante cierta

c) No lo sé

d) Bastante falsa

e) Totalmente falsa