

## FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS ADULTAS BAJO TERAPIAS DE SUSTITUCIÓN RENAL

### DETERMINING FACTORS THAT INFLUENCE THE PERCEPTION OF QUALITY OF LIFE FOR ADULTS UNDER RENAL REPLACEMENT THERAPY

**Iris Alarcón**

Enfermera, UC. Enfermera Clínica, Unidad de Medicina, Hospital de la Fuerza Aérea de Chile (FACH). Santiago - Chile

**Daniela Farías**

Enfermera, UC. Proyecto FONDEF ATAS, Escuela de Enfermería, UC. Santiago - Chile

**Silvia Barrios\***

Enfermera, Universidad Austral, Magíster Salud Pública, Universidad de Chile, Profesora Asistente Escuela de Enfermería, UC. Santiago - Chile

---

Artículo recibido el 2 de marzo, 2009. Aceptado en versión corregida el 19 de junio, 2009

#### RESUMEN

La población chilena está envejeciendo, experimenta una fase de transición epidemiológica caracterizada por un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, lo cual causa muertes prematuras y afecta la economía de familias y sociedad, provoca efectos adversos en la calidad de vida [CV] de los individuos afectados, un problema de salud que no está ajeno a esta realidad es la insuficiencia renal crónica terminal [IRCT] (Ministerio de Salud [MINSAL], 2003). La presente revisión tiene por objetivo conocer los factores condicionantes que influyen en la percepción de calidad de vida de las personas adultas bajo terapias de sustitución renal, desde la perspectiva del modelo de autocuidado de Dorothea Orem. La metodología usada es una búsqueda sistemática en base de datos PUBMED, PROQUEST, CINAHL, SCIELO y DIALNET de artículos publicados los últimos siete años. Los resultados muestran que las mujeres de edad mayor son las que presentan peor CV, la comorbilidad, el patrón sociocultural y las redes de apoyo resultaron ser factores importantes. Existe consenso acerca del deterioro de la CV en las personas con IRCT. Los factores que influyen en la CV fueron: edad, sexo, presencia de comorbilidad y depresión, nivel educacional, deterioro cognitivo, funcionalidad familiar, nivel de autonomía, cantidad de tiempo sometido a la terapia, mejor comprensión de la enfermedad, alto nivel de autocontrol, estilo de enfrentamiento a la enfermedad y percepción de las personas acerca del equipo de salud. **Palabras clave:** calidad de vida, insuficiencia renal crónica, peritoneo diálisis, hemodiálisis.

#### ABSTRACT

The Chilean Population is aging, experiencing an epidemiological transition characterized by increasing prevalence of non transmissible chronic diseases, causing premature death and affecting the economy of family and society, provoking serious adverse effects in the quality of life [QL] of the affected people. A health problem that is not far from this reality is Chronic Kidney Disease [ESRD] (Ministerio de Salud [MINSAL], 2003). The objective of this literature review is to understand the dimensions and factors that influence the QL of adult people in renal substitution therapy, from the perspective of the self-care model of Dorothea Orem. A systematic database search was done utilizing PUBMED; PROQUEST, CINAHL, SCIELO and DIALNET with articles published in the last seven years. The results show that elderly women have the worst QL, and comorbidity; social-cultural patterns and support networks were important factors. There is general consensus about the deterioration of QL in persons with ESRD. The factors that influence QL are: age, sex, presence of comorbidity, depression, educational level, cognitive deterioration, family functionality, level of autonomy and quantity of time under therapy, better comprehension of the disease, high level of self-control, confrontational attitude towards the disease, and patient perception of the health team. **Key words:** quality of life, chronic kidney disease, peritoneal dialysis, haemodialysis, dialysis.

---

\* correspondencia e-mail: sbarrios@uc.cl

## INTRODUCCIÓN

Chile durante los últimos 50 años ha sufrido transformaciones en el ámbito sanitario y demográfico, grandes logros como la reducción de la mortalidad materna e infantil y el riesgo de enfermar y morir por enfermedades infecciosas, lo sitúan hoy como uno de los países con mayores expectativas de vida de Latinoamérica (Ministerio de Salud [MINSAL], 2003). De lo anterior se desprenden nuevos desafíos: la población chilena está envejeciendo, experimenta una fase de transición epidemiológica que se caracteriza por presentar un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (MINSAL, 2003). Las enfermedades crónicas se caracterizan por ser permanentes, dejan discapacidad residual, son causadas por una alteración anatómico-patológica irreversible y requieren adiestramiento especial del paciente para la rehabilitación o cabe prever que requieren de un periodo largo de supervisión, observación o atención (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004). Junto con las grandes repercusiones que tienen este tipo de enfermedades causando muertes prematuras y afectando la economía de familias, comunidades y a la sociedad en general, tienen a su vez, serios efectos adversos en la CV de los individuos afectados (OMS, 2007). En este contexto la IRCT es un problema de salud que no está ajeno a esta realidad, cifras nacionales muestran una incidencia de esta patología de 72,1 personas adultas por millón de población [pmp], con 800 casos nuevos por año, cifra que aumenta en paralelo a patologías como diabetes mellitus (6% de la población) e hipertensión arterial (20% de la población) (MINSAL, 2005).

Sin bien la mejoría en el acceso a terapias de sustitución renal ha aumentado la sobrevivencia de estas personas, esto no implica que perciban un efecto positivo en su calidad de vida (Cohen, 2001, citado en Zúñiga, 2005; Daugirdas, Blake, & Ing, 2003). Lo anterior mencionado conlleva a enfrentar una nueva problemática y un gran desafío, proveer un sistema de salud efec-

tivo que logre compensar no solo en lo que incumbe a la prestación en salud enfocado al tratamiento o estabilización de la enfermedad, sino también en la necesidad de cooperar multidisciplinariamente y de forma integral en la mejoría de la calidad de vida de las personas con IRCT.

En estos datos radica la motivación de las autoras para realizar esta revisión bibliográfica, con el objetivo de conocer los factores condicionantes que influyen en la percepción de calidad de vida de las personas adultas bajo terapias de sustitución renal. Para el análisis de los hallazgos bibliográficos se identificaron elementos conceptuales del modelo de autocuidado para la salud desarrollado por la teórica Dorothea Orem con el fin de guiar la valoración y propuestas de intervención del profesional de Enfermería.

Para la búsqueda bibliográfica se consultaron las bases de datos PUBMED, CINAHL, PROQUEST, SCIELO y DIALNET, se revisaron artículos relacionados con CV e IRCT en personas sometidas a terapias de sustitución renal, Peritoneo Diálisis [PD] y Hemodiálisis [HD]. Del total de artículos relevantes, se seleccionaron 21 para llevar a cabo este estudio bibliográfico, de estos un 71,4% corresponde a estudios de corte transversal, descriptivo, cuantitativo, 23,8% son estudios prospectivos, descriptivos, cuantitativos y 4,76% corresponden a estudios descriptivos, cualitativos. Para la selección de las publicaciones los criterios de inclusión utilizados fueron: artículos a texto completo de libre acceso en idioma inglés o español con publicación posterior al año 2000, realizados con personas adultas (mayores de 18 años) bajo terapias de sustitución renal en un contexto de atención ambulatoria. Cabe destacar que por su relevancia se incluyó solo un artículo del año 1998.

Posteriormente, se categorizó la información de acuerdo a variables estudiadas, tipo de instrumento utilizado y elementos del modelo de autocuidado identificables para el análisis.

## MARCO CONCEPTUAL

### Aspectos epidemiológicos

Las principales causas de IRCT en la población adulta chilena son la DM I y II (34,3%), Nefrosclerosis (12,5%), glomerulonefritis crónica (7,5%) y un 22,6% lo es por causa desconocida, diagnóstico en etapa terminal (Daugirdas et al., 2003; Poblete, 2008). Debido a que la IRCT se considera una enfermedad de gran impacto en la salud y presupuesto familiar de la población chilena (Fondo Nacional de Salud [FONASA], s.f.; Instituto Nacional de Estadística [INE], s.f.) es que pertenece a una de las 56 patologías contempladas en el plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud [AUGE]. Esta garantía en salud pretende que la persona en etapa terminal definida por síndrome urémico y ecografía que demuestre daño parenquimatoso acceda a tratamiento de sustitución renal (MINSAL, 2005).

El acceso a diálisis y el aumento de enfermedades crónicas ha generado un incremento de personas tratadas con estas terapias en Chile, según un informe publicado en el año 2008 por la Sociedad Chilena de Nefrología, el número de personas bajo tratamiento de HD ascendía a 13.636 (812 pmp) en comparación con los 143 (12.7 pmp) en el año 1980. A su vez las personas en PD en el año 2008 eran 594 versus 94 en el año 1997, resulta interesante destacar que esta modalidad no ha presentado un incremento de personas desde el año 2004 (INE, s.f.; Sociedad Chilena de Nefrología, 2006a) lo cual refleja en parte el impacto que ha tenido la cobertura AUGE desde el año 2002, la cual garantiza el acceso a HD a toda persona mayor de 15 años con confirmación diagnóstica (MINSAL, 2005).

Dentro de las características sociodemográficas detalladas en el año 2008 en el registro de diálisis de la Sociedad Nefrológica de Chile se encuentran los siguientes datos según tipo de modalidad: En HD un 53,0% de las personas es de género masculino, un 47,7% se encuentra en el grupo etario entre 51 a 70 años, un 43,7% está en la Región Metropolitana, el 88,1% tiene cobertura

AUGE y el 86,3% se dializa en los centros de diálisis ambulatorios. En la modalidad de PD durante el año 2008 de las 594 personas bajo esta terapia, el 52% es de género femenino, la edad media de estas personas es de 53,0 años (rango 11 a 95 años), más del 60% son de la Región Metropolitana y el 47% tiene previsión FONASA siendo tan solo un 16% con cobertura AUGE.

### La IRCT y las terapias de sustitución renal

El tratamiento sustitutivo permite la supervivencia de las personas que padecen de daño renal en su etapa terminal. Estas terapias comprenden las técnicas dialíticas que sustituyen parcialmente la función renal como son la HD y la PD. Otra alternativa terapéutica es el trasplante renal [TR] que reemplaza todas las funciones renales, incluidas las metabólicas y las endocrinas (Daugirdas et al., 2003; García & Grinyó, 2000). Como la diálisis no puede mantener una composición completamente normal de los líquidos orgánicos, ni puede sustituir todas las múltiples funciones que llevan a cabo los riñones, la salud de estas personas suele estar significativamente alterada (Guyton & Hall, 2001).

Las técnicas dialíticas se han convertido en el tratamiento sintomático de la IRCT (García & Grinyó, 2000).

La HD es la técnica más frecuentemente utilizada como primera opción y se basa en la difusión de solutos y de agua a través de una membrana semipermeable alojada dentro del dializador (Ruiz, Fernández, & Rodrigo, 2007). La HD suele practicarse tres veces por semana durante 3 a 4 hrs. por sesión, dependiendo de la función renal residual, la superficie corporal, la técnica de HD y la presencia de trastornos asociados (Daugirdas et al., 2003; García & Grinyó, 2000). Los principales problemas o complicaciones de la HD son las alteraciones hemodinámicas que origina, sobre todo en personas con patología cardiovascular y los derivados del acceso vascular (Ruiz et al., 2007).

La PD utiliza el propio peritoneo de la persona como membrana semipermeable

que separa, por una parte, la sangre de los capilares mesentéricos y, por otra, una ascitis artificial provocada al introducir un líquido de características predeterminadas que se renueva periódicamente. Esta modalidad permite una diálisis suave y bien tolerada a nivel domiciliario, especialmente indicada en personas con inestabilidad cardiovascular y en jóvenes con una vida activa que requiera cierta independencia (Ruiz et al., 2007).

La técnica manual se denomina PD continua de tipo ambulatorio [PDCA] por ser un procedimiento que se realiza bajo un régimen ambulatorio. La técnica automatizada se realiza mediante una máquina cicladora que se conecta durante la noche. La diálisis peritoneal regular mediante la técnica de DPCA ha logrado una progresiva difusión en los últimos años, es una forma sencilla de practicar diálisis domiciliaria (Daugirdas et al., 2003; García & Grinyó, 2000). La peritonitis es la complicación más importante de la diálisis peritoneal. La mayoría de las peritonitis se deben a la flora cutánea normal, es decir, a *Staphylococcus Epidermidis* y *Staphylococcus Aureus*. Otras posibles complicaciones de la diálisis peritoneal son la obstrucción unidireccional del catéter, la salida de sangre en la solución de diálisis, las fugas de la solución de diálisis y, por último, complicaciones atribuidas al aumento de presión intraabdominal como hernias abdominales, rectocele, cistocele, hernia de esófago, dolor lumbar y hemorroides (Daugirdas et al., 2003; García & Grinyó, 2000).

### **Calidad de Vida**

Las terapias dialíticas pueden tener serias implicancias en la vida de las personas, producto de las exigencias y necesidades de realizar importantes cambios en los hábitos y estilos de vida. En primera instancia la persona tiene que enfrentar una enfermedad crónica, progresiva y altamente demandante y por consiguiente el tratamiento de la misma es invasivo y periódico lo cual significa seguir una serie de indicaciones de índole farmacológica, de manejo y restricción en la dieta y de la ingesta de líquidos. Todo esto conlleva altos costos para la persona y

su familia ya sea a nivel físico, psicológico, social y económico (Contreras, Esguerra, Espinoza, Gutiérrez, Fajardo, 2006; National Kidney Foundation, 2006). Considerando que muchas de las personas con IRCT tienen enfermedades sistémicas causales y/o subyacentes a la patología renal como diabetes mellitus, enfermedad coronaria, hipertensión, insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular periférica y cerebrovascular deben sufrir la progresión de estas patologías afectando a otros órganos y sistemas comprometiendo aún más su percepción de bienestar y expectativas de vida (Zúñiga, 2005).

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Lo anterior ha llevado a poner especial acento en un concepto emergente Calidad de Vida Relacionada con la Salud [CVRS]. Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene la persona de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social (Jorge & Bonet, 2007). Desde la década de los 90 el estudio de la CVRS ha logrado captar la atención de muchos investigadores que intentan dar respuesta científica a la necesidad de incluir en las evaluaciones en salud la percepción de los usuarios respecto a su bienestar (Schwartzmann, 2003).

La OMS definió en el año 1994 la CVRS como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Por lo tanto, las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la CV son: Dimensión física, es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. La dimensión psicológica, es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento. Y por último la dimensión social, es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral (Jorge & Bonet, 2007; National Kidney Foundation, 2006).

En una persona enferma estas dimensiones son afectadas por factores que resultan de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del sujeto, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad (Schwartzmann, 2003).

En este contexto la medición de la CVRS se ha utilizado para distinguir diferencias entre personas o grupos de personas, para predecir resultados en ellos y para evaluar las intervenciones terapéuticas (Jorge & Bonet, 2007).

Para evaluar la CVRS se utilizan instrumentos de medición, que son habitualmente cuestionarios que incluyen aspectos físicos, emocionales, cognitivos, sociales, las percepciones de salud/bienestar y las perspectivas futuras. Estos instrumentos deben ser confiables y validados para una determinada población (Schwartzmann, 2003; Zúñiga, 2005). Estos instrumentos siguen la línea de investigación de enfoque cuantitativo del concepto de CV pero también está presente el enfoque cualitativo que adopta una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos, problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles efi-

cazmente (Dennis, Williams, Giangreco, & Cloninger, 1994, citados en Jorge & Bonet, 2007). En 1995 un grupo de expertos en calidad de vida de la OMS (Grupo WHOQOL) plantea los siguientes puntos de consenso en relación a las mediciones de CVRS, las cuales deben ser subjetivas, es decir recoger la percepción de la persona involucrada; multidimensionales que releva diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social e interpersonal; Debe incluir sentimientos positivos y negativos y registrar la variabilidad en el tiempo, tales como: edad, etapa de ciclo vital que se atraviesa, momento de la enfermedad que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.

Los instrumentos de CVRS se suelen clasificar en genéricos y específicos. Los genéricos evalúan la CVRS de una población general o de un subgrupo demográfico y/o una cultura y los específicos están más orientados a una determinada enfermedad o problema de salud (Zúñiga, 2005). Estos se centran por lo general en las dimensiones de la CVRS más afectadas por la enfermedad de interés y con frecuencia miden además los síntomas específicos (Rajmil, Estrada, Herdman, Serra-Sutton, Alonso, 2001).

### **Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem**

En la disciplina de enfermería existen diversos enfoques teóricos para guiar el quehacer profesional. Es así como el Modelo de Autocuidado para la Salud, desarrollado a fines de la década de los 50 por la enfermera norteamericana Dorotea Orem, quien califica el modelo de autocuidado como una teoría general compuesta por 3 teorías relacionadas: teoría de autocuidado, teoría de déficit de autocuidado y la teoría de sistemas enfermeros (Orem, 1993, citada en Taylor, 2003).

El autocuidado se define como las actividades que realiza una persona por sí misma y que contribuyen a su salud y bienestar. Es una conducta aprendida que pretende regular o mantener la integridad de la estructura humana, el funcionamiento y su desarrollo (Orem, 1980, citada en Campos, 1991).

Los factores que influyen o condicionan las acciones que las personas deben realizar para cuidar de sí mismas se denominan Factores Condicionantes Básicos, estos son: edad, género, estado del desarrollo, el ambiente o condiciones de vida, el sistema familiar, patrones socioculturales y personales, recursos disponibles, sistema de atención en salud y el estado de salud (Orem, 1980, citada en Campos, 1991).

Otro de los conceptos que comprende este modelo son los Requisitos de Autocuidado, que es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo que se consideran necesarias para la regulación del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas (Taylor, 2003).

Orem propone que además existen requisitos de autocuidado de desarrollo, y requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud, los primeros promueven los procesos de la vida y la madurez y los segundos que están orientados a personas enfermas o que sufren alguna lesión, con estados o trastornos patológicos y con discapacidades, y para los individuos que requieren un diagnóstico y/o tratamiento médico (Orem, 1993, citada en Taylor, 2003).

Bajo la visión de este modelo, el Agente de Autocuidado es la persona que realiza o ejecuta la acción de autocuidado. Esto implica que el agente debe tener una serie de conocimientos, destrezas, habilidades y motivaciones para cuidar de sí mismo o de otros. Cuando una persona por alguna situación especial, edad o por desviación de su estado de salud no puede satisfacer sus necesidades de autocuidado se transforma en Receptor de Autocuidado, ya que se ve enfrentado a un Déficit de Autocuidado (Orem, 1993, citada en Taylor, 2003).

Otro concepto que desarrolla este modelo es el Sistema de Enfermería, que son las secuencias de las acciones y prácticas deliberadas que las enfermeras realizan de acuerdo a las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes. Se dividen en: sistema completamente compensador,

que busca que el enfermero cumpla y compense la incapacidad del paciente; sistema parcialmente compensador, en que el enfermero desarrolla y compensa alguna medida de autocuidado del paciente; y en el sistema de apoyo educativo es el paciente que cumple con el autocuidado, y el enfermero regula estas acciones (Orem, 1993, citada en Taylor, 2003).

Este modelo ha tenido gran aceptación por parte de los profesionales de enfermería, siendo aplicado a una gran variedad de población clínica y grupos de edades, desde neonatos hasta adultos mayores. En este contexto las personas con IRCT se ven beneficiadas por este modelo ya que incluye la promoción de la salud, incentivando la docencia en el autocuidado (Taylor, 2003).

#### ANÁLISIS

Aquellos factores condicionantes que se identificaron que tienen mayor repercusión en la CV de las personas adultas con IRCT se desarrollan a continuación.

**Edad.** Se identificó que la edad influye de manera significativa en las dimensiones física, psicológica y social de la CV en personas con IRCT. De acuerdo a esto en el estudio de Ruiz, Román, Martín, Alférez y Prieto (2003), la edad está fuertemente relacionada con la dimensión física del Kidney Disease Quality of Life [KDQOL] y los dominios de "Energía", "Dolor" y sobre todo la "Movilidad" del Nottingham Health Profile [NHP]. En el estudio de Stojanovic y Stefanovic (2007) se determinó mediante el instrumento Short Form General Survey [SF-36] una fuerte relación en el deterioro de CV de personas en HD en función a la edad (National Kidney Foundation, 2002).

Observándose que el índice de componentes físicos declinaba significativamente en la quinta década y el índice de componentes mentales lo hacía de manera significativa en la séptima década de vida. Lo interesante de este estudio fue que a través de un análisis regresional se estableció que a medida que se aumentaban 5 años de vida, el puntaje correspondiente a la dimensión

física decaía en un 3,1% y similar resultado –disminución de 3,8%– se pudo observar en relación al puntaje total que se pudiera obtener en el SF-36.

En relación a la dimensión psicológica, el estudio español realizado por Gil et al. (2003), abordó específicamente el tema de la CV en un grupo de personas con edad mayor a 75 años sometidos a terapia de HD, en este la presencia de deterioro cognitivo, depresión y el nivel de autosuficiencia influyen en los diferentes aspectos de la CV. Este estudio que utilizó el *Kidney Disease Quality of Life - Short Form [KDQOL-SF]*, afirma que la pérdida de CV en este tipo de personas es mayor en cuanto a la limitación que sufren a la hora de realizar actividades físicas del diario vivir o en su trabajo habitual debido a problemas emocionales, además hubo una apreciación de deterioro de sus relaciones sociales a causa de su condición de salud. Tyrrell, Paturel, Cadec, Capezzali y Poussin (2005), complementan esta afirmación ya que el deterioro cognitivo y presencia de depresión fue un hallazgo frecuente en personas francesas añosas en diálisis, postulando que estas condiciones pueden afectar las conductas de las personas en relación a su actitud y cumplimiento con la terapia dialítica. Estos hallazgos coinciden con lo que se señala en la literatura sobre el efecto de la depresión y pérdida de funcionalidad sobre la CV en la vejez: “Los síntomas de depresión son indicadores importantes del bienestar general y específicamente de la salud mental de las personas mayores. La alta incidencia de síntomas depresivos se asocia con altas tasas de enfermedad física, mayor discapacidad funcional y mayores tasas de consulta de morbilidad en los servicios de salud...” “Entre los factores que pueden causar depresión a este grupo etario son mencionables el aislamiento, como consecuencia de los tratamientos médicos...” (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía [CELADE] y Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2006).

Con respecto a la edad y la dimensión social en las personas adultas con IRCT se

da la problemática de que la enfermedad y su tratamiento afectan la vida laboral, productividad económica e interacción social (Bakewell, Higgins, & Edmunds, 2002; Covic, Seica, Gusbeth-Tatomir, Gavrilovici, & Goldsmith, 2004, Drenan & Cleary, 2005, Gil et al., 2003, Hong, Bernardini, Freíd, Samsonov, & Piraino, 2006; Wasserfallen et al., 2004). Al respecto, el estudio de Drenan y Cleary (2005) respalda esta afirmación ya que señala que las restricciones impuestas por la diálisis en la vida de estas personas involucra su habilidad de participar en los roles y actividades de la vida diaria lo cual puede tener grandes implicancias para la habilidad de mantener un empleo, participar en la familia y vida comunitaria.

Hagren, Pettersen, Severisson, Lützné & Clyne (2005), respaldan la influencia del tratamiento en la CV en personas IRCT que tendría implicancias en el factor condicionante del estado del desarrollo. La frase “no encontrar espacio para vivir” fue identificada como temática en un estudio cualitativo desarrollado por estos autores que buscaba examinar cómo las personas que se mantienen en HD expresan su situación de vida enfocándose en cómo el tratamiento les influye, abarcando tiempo y espacio. Este tema conceptualiza los sentimientos de las personas en donde la enfermedad invade su habilidad de vivir por completo, la cual les demanda tiempo y su habilidad física. Las personas se sienten encerradas, sienten que la enfermedad se queda con ellos tomando parte de sus actividades normales, les restringe y los distancia de su participación en la sociedad.

Un ítem importante a considerar en este análisis es lo referido al estado del desarrollo. El adulto se desarrolla a través de lo que se denomina ciclo vital, y va superando diversas tareas evolutivas que Masalán y González (2003), sintetizan de la siguiente manera: Las tareas del adulto joven son abandonar el hogar paterno, trabajar y mantenerse, casarse y ser padre... en el adulto medio la tarea principal es la autocomprensión, la autonomía personal, la búsqueda del equilibrio en el desarrollo de las emo-

ciones y pensamientos y principalmente las personas se ubican en función de su trabajo, cuestionando si esta vida que llevan debe o no ser su destino.

En relación al estadio de adulto mayor estas autoras citan a Erikson el cual refiere que la tercera edad es donde se adquieren comportamientos de dependencia, ligados a la fragilización del estado de salud que impone limitaciones motrices, sensoriales o mentales e interdependencia hacia un entorno social donde la calidad de vida actual depende completamente de esta relación.

Los estudios demuestran que personas ancianas, sometidas a las terapias de sustitución renal, tienen una peor CV en comparación a otros grupos etarios en la misma terapia dialítica (Stojanovic & Stefanovic, 2007; Wehbe, Salazar, Vaccaro, Wehbe, & Guerrero, 2004) y en comparación a la población general de igual género y edad (Gil et al., 2003). Una visión más optimista con respecto a la edad avanzada se obtuvo en un estudio realizado en personas en PD, si bien se obtuvo peores puntajes, para la función física y el trabajo, esta variable no fue significativa en afectar la CV en general, sugiriendo que las personas ancianas tienen mejor aceptación de las limitaciones producidas por la IRCT (Bakewell et al., 2002). Lo cual se transforma en una característica protectora en este grupo.

**Género.** El género es una variable independiente que influye significativamente en la CV de las personas con terapias de sustitución renal (Ah Kim et al., 2002; Bakewell et al., 2002; Gil et al., 2003; Kutner, Zhang, & Brogan, 2005; Lindqvist & Sjöden, 1998; Suet-Chin, 2000; Whebe et al., 2004). El género femenino se asocia a peor CV general (Ah Kim et al., 2002; Whebe et al., 2004) con menores puntajes en la dimensión mental y peor CV en personas adultas mayores en HD (Gil et al., 2003), este último hallazgo los autores lo explican debido a que las mujeres poseen mayor carga social que el hombre, situación que se intensifica con la edad, al confluir varias generaciones a su cuidado. Según el estudio de Lindqvist

y Sjöden (1998) en personas en PDCA, las mujeres tienen puntajes significativamente más bajos que los hombres en la percepción de salud general y esto a su vez se ve influenciado por el estilo de enfrentamiento que poseen las mismas para enfrentar su condición de enfermedad. En general las mujeres mostraron valores más altos en el uso de estilos fatalistas (sentirse desesperanzado y pesimista), de apoyo (utilizando recursos de apoyo), evasivo (evadir el problema) y paliativo (no enfrentar el problema haciendo cosas que hagan sentir mejor) que los hombres, quienes obtuvieron mayores puntajes, versus las mujeres, en el estilo de enfrentamiento optimista (pensar positivamente) el estilo de autoconfianza (las cosas dependen de uno mismo) y el confrontacional (encarando la situación, enfrentando los problemas). También se encuentran otras diferencias significativas en aspectos más específicos de la CV en relación al género, en el estudio de Kutner et al. (2005) en que comparó las variables género y raza en personas sometidas a HD y PD, se observó que las mujeres tenían mejores puntajes en la función sexual, independiente del tipo de modalidad, en comparación a los hombres. A su vez las mujeres sometidas a HD tienen puntajes más bajos en el funcionamiento físico que los hombres bajo la misma modalidad.

El estudio de Bakewell et al. (2002) se contraponen a los resultados que plantean los estudios previamente mencionados, ya que se determinó que los hombres tenían asociados peores puntajes de CV en la dimensión salud física, salud mental y problemas asociados a la enfermedad renal, a quienes les costó más adaptarse a su estado de enfermo crónico y de readaptar el rol de proveedor y jefe de hogar. Es importante señalar que este hallazgo pudo estar condicionado por el mayor nivel de comorbilidad que poseían los hombres en comparación a las mujeres.

**Ambiente o condiciones de vida, recursos disponibles.** En un estudio realizado en Hong-Kong que incluyó personas en HD

y PDCA, se relacionó CV con el ámbito económico. Observándose que a salarios más altos la CV de las personas en diálisis es mejor (Suet-Ching, 2000). Este investigador señala que para estas personas es difícil mantener una vida laboral normal, mencionando como ejemplo la situación de personas en PD que no cuentan con las condiciones higiénicas necesarias o espacio en el trabajo para realizar su diálisis, también este autor afirma que necesariamente debido a las limitaciones que les provoca el tratamiento acceden a trabajos mal remunerados lo cual es una condición que influye en el aspecto financiero, en el estatus, el poder, los amigos y el prestigio. A esto se agrega que los costos en salud son una carga para estas personas, quienes deben priorizar estos gastos no destinando estos recursos por ejemplo en actividades recreativas (Suet-Ching, 2000).

**Sistema familiar.** El sistema familiar puede ser evaluado a través de los instrumentos de CV al considerar la dimensión social. Al respecto el estudio chileno de Rodríguez, Castro y Merino (2005) que valoró la CV en personas IRCT en terapia de HD señala que la gran mayoría no habían cambiado sus redes sociales al surgir la enfermedad. Esta red social es identificada principalmente como los miembros de la familia.

Estos autores concluyeron que la familia constituye el pilar fundamental de apoyo a la persona con IRCT, afirmación que fue sostenida por el 100% de las personas que tenían soporte familiar. El estudio de Wehbe et al. (2004) relacionó el APGAR Familiar, instrumento comúnmente utilizado para valorar funcionalidad familiar, con la variable de CV. En este estudio se verificó que aquellas personas que poseían una familia altamente funcional presentaban una mejor CV. El apoyo familiar opera a través de mecanismos directos e indirectos sobre la CV de personas hemodializadas. El mecanismo directo se identificó como el apoyo emocional y tangible que aporta la familia a la persona insuficiente renal que puede promover la adherencia al tratamiento, amortiguando el

estrés que este sufre. El mecanismo indirecto se identificó como el apoyo familiar que percibe la persona cuando necesita de este para cumplir alguna necesidad, por ejemplo el ser transportado a la diálisis (Suet-Ching, 2000).

**Patrones socioculturales y personales.** El nivel de instrucción, las influencias culturales y la manera personal de enfrentar y adecuarse a la enfermedad y su tratamiento tuvieron significativa implicancia sobre la CV de las personas bajo terapia de sustitución renal.

En cuanto al nivel educacional se observó que personas con mayor nivel de instrucción tenían mejores resultados en las mediciones de CV (Ruiz et al., 2003; Stojanovic & Stefanovic, 2007). También Wasserfallen et al. (2006) plantean que personas más satisfechas son aquellas que están más involucradas en sus tratamientos y están más provistas de información y esta es más efectiva si está escrita. El estudio de Ruiz et al. (2003), muestra que las personas que tienen menor nivel de instrucción tienen la tendencia de dar respuestas más negativas respecto a la CV en instrumentos más extensos y complejos como el KDQOL-SF, este resultado estuvo condicionado por el bajo nivel de comprensión que identificaron los autores en aquellas personas de menor nivel educacional que participaron en la investigación.

El estudio de Suet-Ching (2000) planteó la influencia del componente cultural sobre la fuerte relación que se da entre el apoyo familiar y las personas en diálisis. Esto es explicado por los principios que se inculcan sobre la lealtad, respeto y devoción a los miembros de la familia en la cultura china.

Covic et al. (2004) en su estudio determina la relación entre las creencias de las personas en HD sobre la enfermedad, el tratamiento y su CV. En función de esto se encontró que quienes entienden mejor su enfermedad y tienen un alto autocontrol presentan mejores niveles de CV.

Curiosamente poseer mayor conocimiento de la enfermedad se relacionó con respuestas emocionales más deterioradas.

Esto último se relaciona con el hallazgo de Drennan y Cleary (2005) también realizado en personas bajo HD los cuales detectaron que quienes tenían mejor adecuación a la diálisis presentaban a la vez peores puntajes en los dominios de salud mental.

**Estado de salud.** En la totalidad de los estudios analizados la percepción general de salud estaba deteriorada. En el estudio realizado por Covic et al. (2004), los investigadores postularon que la CV está relacionada con representaciones cognitivas que tiene la persona de la enfermedad y su tratamiento, extrapolaron estas variables en las personas con IRCT como principal motivación.

Para ello se basaron en el Modelo de Autorregulación de Leventhal (Leventhal, Nerenz, & Steel, 1984), el cual señala que la representación de enfermedad es multidimensional y que está compuesta por la identidad de la enfermedad (síntomas de la enfermedad, causa, consecuencias, percepción del impacto en el aspecto físico, psicológico, económico y social de la enfermedad), la línea de tiempo de esta (agudo, crónico o cíclico) y el control de la enfermedad (percepción de manejo de esta).

Ante estas interrogantes los investigadores observaron que las personas con IRCT identificaron principalmente la enfermedad renal como una condición crónica, influida por las propias acciones, cuyos efectos sobre sus vidas fueron muy negativas percibiendo mayores repercusiones en la dimensión emocional. Esta representación cognitiva no varió entre las personas que llevaban más tiempo en diálisis en comparación a los que llevaban menos tiempo.

Si bien todos los artículos muestran a personas con un deterioro de salud basal, debido a la enfermedad renal. Algunos autores señalaron que existe una importante influencia de la presencia de comorbilidad en el deterioro de la CV de estas personas (Ah Kim et al., 2002; Bakewell et al., 2002; Gil et al., 2003; Ruiz et al., 2003; Stojanovic & Stefanovic, 2007).

Entre los principales problemas de salud que mayor influencia tuvieron sobre la CV

de las personas bajo terapia de sustitución renal fueron la presencia de depresión, deterioro cognitivo y diabetes (Gil et al., 2003; Hong et al., 2006; Tyrrell et al., 2005; Wasserfallen et al., 2006; Wehbe et al., 2004).

A continuación se desarrolla otro elemento conceptual del modelo de autocuidado identificado en la revisión de la literatura.

### **El profesional de salud como agente de autocuidado**

El rol de los profesionales de salud como agentes de autocuidado es educar, motivar y permitir a las personas manejar su propio tratamiento (Niu & Li, 2005). Esto puede ser facilitado producto de que los instrumentos de medición de CV aportan información relevante sobre el impacto de las terapias en las distintas dimensiones de la CV (Niu & Li, 2005; Udaya Kumar, Amalraj, Soundarajan, & Abraham, 2003; Wasserfallen et al., 2004; Wu et al., 2004). Los hallazgos de los investigadores que se abocaron a determinar si el tipo de modalidad influye significativamente en la CV de personas con IRCT variaron de una publicación a otra, observándose ciertas tendencias:

El estudio de Wu et al. (2004) no pudo concluir que las personas en PD tienen una mejor CV que los de HD como esperaba, pero estos investigadores sí pudieron identificar aspectos específicos de la CV que difieren según modalidad: En las personas en HD se podría esperar más problemas relacionados con el acceso dialítico y con el dolor. En personas con PD se esperarían más problemas con el sueño y la imagen corporal pero mejores habilidades para viajar, trabajar y mejor nivel financiero. Los autores concluyen que esta información podría ser de gran utilidad para poder decidir entre las modalidades de diálisis, según sus prioridades.

Otro hallazgo que involucra a los agentes de autocuidado lo señala el estudio de Tyrrel et al. (2005) que comparó la sensibilidad de distintos instrumentos utilizados para detectar depresión y deterioro cognitivo en un grupo de adultos mayores sometidos a diálisis, el autor comparó estos hallazgos

con los resultados de la evaluación médica realizada a cada persona. Concluyó que los profesionales tienden a subestimar estas alteraciones cuando están presentes, lo que respalda la necesidad de utilizar instrumentos para monitorizar la condición de salud y la CV de las personas.

### **Las personas bajo terapia dialítica como receptores de autocuidado**

Para las personas su bienestar mental y satisfacción con el tratamiento son tan importantes o incluso más que los resultados u objetivos clínicos (Bakewell et al., 2002).

En un estudio cualitativo (Hagren et al., 2005) surgió la temática sobre "Sentimientos evocados en la situación de cuidado". Esta se refiere a los sentimientos que experimenta la persona en situación de diálisis y en su reunión con el equipo que le otorga cuidados. En este aspecto se encontraron dos subtemas: sienten un distanciamiento emocional por parte de los cuidadores ("nunca hablan más de lo necesario") y a su vez se sienten vulnerables ante la situación de diálisis. Esta vulnerabilidad está gatillada por las consecuencias de la enfermedad y el tener que ser dependiente del equipo de cuidadores. A su vez no siempre los cuidadores son conscientes de esta sensación de distancia emocional en las personas.

En este sentido Lindsay, Heidenheim, Nesrallah, Garg y Suri (2006) analizaron que la influencia del tiempo de recuperación después de una sesión de diálisis influye en la percepción de calidad de vida. Observaron que un mayor tiempo de recuperación expone a las personas a mayores índices de estrés, de fatiga y molestias físicas, teniendo repercusiones en la dimensión psicológica, aumentando los niveles de estrés y de vulnerabilidad.

### **CONCLUSIONES**

Todos los artículos analizados en la presente revisión bibliográfica muestran un consenso acerca de que existe efectivamente un deterioro en la CV en las personas con IRCT sometidas a PD y HD, independiente del origen de las publicaciones.

Los factores que influyen en el aumento de la percepción de CV de personas adultas sometidas a terapia de sustitución renal son: mayor funcionalidad familiar, mayor nivel de instrucción, mayor ingreso económico, mejor comprensión de la enfermedad, alto nivel de autocontrol y estilo de enfrentamiento optimista.

Los factores que disminuyen la percepción de CV son: disminución del nivel de autonomía, edad avanzada, género femenino, presencia de comorbilidad en especial padecer DM, presencia de depresión, deterioro cognitivo, de tiempo que toma recuperarse después de la sesión de diálisis, percepción de distancia emocional de las personas con IRC sometidos a HD y PD con respecto al equipo de salud. No se pudo determinar en forma absoluta si la modalidad influye o no en los personas con IRCT.

El modelo de autocuidado fue una herramienta útil al momento de guiar el desarrollo de la presente revisión bibliográfica, pudiendo enriquecer el análisis y la identificación de los factores condicionantes antes mencionados, siendo un sustento teórico válido, que es de sencilla utilización y que permite enriquecer al proceso de atención de enfermería, con información fundamental y holística de los usuarios.

La utilización de instrumentos para medir la CV es necesaria para tener una visión objetiva de un concepto que se define como subjetivo, sin embargo, la investigación cualitativa contribuye y enriquece notablemente el estudio de este concepto. Se sugiere incentivar a la investigación y a la publicación de diferentes trabajos que involucren la CV y la IRCT resulta necesaria para contribuir al aumento de los conocimientos de la disciplina de enfermería, en especial en el ámbito nacional. El estudio de la CV en enfermos crónicos en general resulta una interesante área de estudio en enfermería y en el caso de las personas con IRCT surgen diversas interrogantes; entre ellas se pueden mencionar la influencia del tipo de modalidad, la comparación de los diversos instrumentos existentes para valorar CV en especial personas chilenas, percepción del usuario

respecto a las personas que otorgan los cuidados, efectividad en cuanto a intervenciones realizadas en este tipo de personas en especial énfasis en lo que involucre la dimensión emocional. Cabe destacar que de los 174 centros de HD existentes en el país, tan solo el 9,2% utiliza algún tipo de indicador de CV y entre estos solo uno utiliza un instrumento específico, el KDQOL (Sociedad Chilena de Nefrología, 2006b), que aún no ha sido validado en la población chilena. Resulta necesario por tanto, la validación de más instrumentos que midan CV en personas con IRCT en Chile. Por lo analizado en los diferentes artículos y considerando la subjetividad del concepto de CV se hace imprescindible la inclusión de la investigación cualitativa, si bien conocer en forma objetiva, fue útil, hay una riqueza importante en métodos como entrevistas, grupos focales, etc., que muestran la realidad que viven este tipo de personas, realidad que es importante conocer en Chile.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ah Kim, J., Kee Lee, Y., Huh, W., Kim, Y. G., Joong Kim, D., Oh, H. Y., et al. (2002). Analysis of Depression in Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients. *Journal of Korean Medical Science*, 17, 790-794.
- Bakewell, A., Higgins, R., & Edmunds, M. (2002). Quality of life in peritoneal dialysis patients: Decline over time and association with clinical outcomes. *Kidney International*, 61, 239-248.
- Campos, M. C. (1991). *La teoría de autocuidado de Dorothea Orem. Síntesis bibliográfica*. Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía y Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2006). *Salud y bienestar en la vejez en Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Recuperado el 6 de octubre, 2007, de: [http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/28240/W113\\_2.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/28240/W113_2.pdf)
- Chile, Ministerio de Salud. (2003). *Resultados I Encuesta de Salud Chile*. Recuperado el 13 de octubre, 2007, de: <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/InformeFinalENS.pdf>
- Chile, Ministerio de Salud. (2005). *Guía Clínica Insuficiencia renal Crónica Terminal*. Recuperado el 29 de agosto, 2007, de: <http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/INSuficienciaRenal.pdf>
- Chile, Ministerio de Salud. Fondo Nacional de Salud. (s.f.). *¿Qué es el AUGÉ?*. Recuperado el 14 de septiembre, 2007, de: [http://www.fonasa.cl/prontus\\_fonasa/antialone.html?page=http://www.fonasa.cl/prontus\\_fonasa/site/artic/20041129/pags/20041129111505.html](http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/antialone.html?page=http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/artic/20041129/pags/20041129111505.html)
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinoza, J., Gutiérrez, C., & Fajardo, L. (2006). *Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de Hemodiálisis*. Recuperado el 29 de agosto, 2007, de: [http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V5N303\\_calidadvidaadhesiontratamientoinsufi.pdf](http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V5N303_calidadvidaadhesiontratamientoinsufi.pdf)
- Covic, A., Seica, A., Gusbeth-Tatomir, P., Gavrilovici, O., & Goldsmith D. (2004). Illness representations and quality of life scores in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*, 19, 2078-2083.
- Daugirdas, J., Blake, P., & Ing, T. (2003). *Manual de Diálisis*. (2a ed.). Barcelona, España: Masson.
- Drennan, J. & Cleary, J. (2005). Quality of life of patients on haemodialysis for end-stage renal disease. *Journal of Advanced Nursing*, 51(6), 577-588.
- García, M. & Grinyó, J. (2000). Tratamiento sustitutivo de la función renal. En M. Farreras & C. Rozman (Eds.), *Medicina Interna* (14a ed.). Madrid, España: Harcourt.
- Gil, J., García, M., Foronda, J., Borrego, J. Sánchez, M., Pérez del Barrio, P.,

- et al. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud en Pacientes Ancianos en Hemodiálisis. *Nefrología*, 23(6), 528-537.
- Guyton, A. C. & Hall, J. E. (2001). *Tratado de Fisiología Médica* (10a ed., pp. 460). México: Mc Graw Hill.
- Hagren, B., Pettersen, I. M., Severissson, E., Lützén, K. & Clyne, N. (2005). Maintenance haemodialysis: Patient's experiences of their life situation. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 294-300.
- Hong, E., Bernardini, J., Freíd, L., Samsonov, M., & Piraino B. (2006). The relationship between symptoms, depression and quality of life in peritoneal dialysis patients. *Advances in Peritoneal Dialysis*, 22, 83-87.
- Instituto Nacional de Estadística. (s.f.). *Estadísticas demográficas y vitales*. Recuperado el 10 de septiembre, 2007, de: <http://www.ine.cl/cd2002/sintesis/sal.pdf>
- Jorge, N. & Bonet, O. (2007). *Implicaciones filosóficas de la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica*. Recuperado el 22 de septiembre, 2007, de: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/506/1/Implicacionesfilosoficasdelacalidaddevidaenpacientesconenfermedadrenalcronica.html>
- Kutner, N., Zhang, R., & Brogan, D. (2005). Race, gender, and incident dialysis patients' reported health status a quality of life. *Journal of American Society of Nefrología*, 16(5), 1440-1448.
- Leventhal, H., Nerenz, D., & Steel, D. (1984). Illness representations and coping with health danger. En S. Rachman (Ed.), *Contributions to Medical Psychology* (pp. 7-30). Oxford: Pergamon Press.
- Lindqvist, R. & Sjödnén, P. (1998). Coping strategies and quality of life among patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). *Journal of Advanced Nursing*, 27, 312-319.
- Lindsay, R., Heidenheim, P., Nesrallah, G., Garg, A., & Suri, R. (2006). Minutes to recovery after a hemodiálisis session: A simple health-related quality of life question that is reliable, valid and sensitive to change. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 1, 952-959.
- Masalán, P. & Gonzales, R. (2001). *Auto-cuidado en el ciclo vital* [Software] Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- National Kidney Foundation. (2002). *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative. Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification*. Recuperado el 13 de octubre, 2008, de: <http://www.kidney.org/kidneydisease/ckd/index.cfm#top>
- National Kidney Foundation. (2006). *Kidney chronic disease: A guide for patients and their families*. Recuperado el 6 de septiembre, 2007, de <http://www.kidney.org>
- Niu, S. F. & Li, I. C. (2005). Quality of life in patients with renal replacement therapy. *Journal of Advanced Nursing*, 51(1), 15-21.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia para los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*. Recuperado el 19 de julio, 2007, de: [www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Prevención de las enfermedades crónicas: Una inversión vital*. Recuperado el 13 de octubre, 2007, de: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/es/index.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index.html)
- Poblete, H. (2008). XXVIII Cuenta de hemodiálisis crónica en Chile. Sociedad Chilena de Nefrología. *Registro de diálisis*, 26, 1-100.
- Rajmil, L., Estrada, M., Herdman, M., Serran-Sutton, V., & Alonso, J. (2001). *Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: Revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España*. Recuperado el 20 de septiembre, 2007, de: [http://www.kidscreen.de/revison\\_gaceta\\_sanitaria.pdf](http://www.kidscreen.de/revison_gaceta_sanitaria.pdf)

- Rodríguez, M., Castro, M., & Merino, J. (2005). Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. *Revista Ciencia y Enfermería*, 2, 47-57.
- Ruiz, J., Fernández, G., & Rodrigo, E. (2007). Aspectos especiales de manejo del paciente con insuficiencia renal. Tratamientos sustitutivos, tipo e indicaciones. *Trasplante renal. Medicina*, 9(79), 5087-5096.
- Ruiz, M., Román, M., Martín, G., Alférez, M., & Prieto, D. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud en las diferentes terapias sustitutivas de la Insuficiencia Renal Crónica. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 6(4), 222-232.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de Vida relacionada con la Salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2). Recuperado el 6 de septiembre, 2007, de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci_arttext)
- Sociedad Chilena de Nefrología. (2006a). *Registro de diálisis, XXVI cuenta de Hemodiálisis Crónica en Chile*. Recuperado el 9 de septiembre, 2007, de: <http://www.nefro.cl/registrohd-c20061a50>
- Sociedad Chilena de Nefrología (2006b). *Informe diálisis peritoneal*. Recuperado el 9 de septiembre, 2007, de: <http://www.nefro.cl/RNDP2006.ppt>
- Suet-Ching, W. L. (2000). The quality of Life for Hong Kong dialysis patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2), 218-227.
- Stojanovic, M. & Stefanovic, V. (2007). Assessment of health-related quality of life in patient treated with haemodialysis in Serbia: influence of comorbidity, age and income. *Artificial Organs*, 31(1), 53-60.
- Taylor, S. (2003). La teoría enfermera del déficit de autocuidado. En A. Marriner & M. Raile (Eds.), *Modelos y teorías de enfermería*. (5ª. ed.). Madrid, España: Mosby-Elsevier.
- Tyrrell, J., Paturel, L., Cadec, B., Capezzali, E., & Poussin, G. (2005). Older patients undergoing dialysis treatment: Cognitive functioning, depressive mood and health related quality of life. *Aging & Mental Health*, 9(4), 374-379.
- Udaya Kumar, T., Amalraj, A., Soundarajan, P., & Abraham, G. (2003). Level of Stress and Coping abilities in Patients on chronic Hemodialysis and Peritoneal dialysis. *Indian Journal of Nephrology*; 13, 89-91.
- Wasserfallen, J. B., Halabi, G., Saudan, P., Perneger, P., Feldman, H., Martín, P. et al. (2004). Quality of life on chronic dialysis: Comparison between haemodialysis and peritoneal dialysis. *Nephro Dial Transplant*, 19, 1594-1599
- Wasserfallen, J., Moinat, M., Halabi, G., Saudan, P, Perneger, T., Feldman, H., et al. (2006). Satisfaction of patients on chronic haemodialysis and peritoneal dialysis. *Swiss Medical Weekly*, 136, 210-217.
- Wehbe, J., Salazar, J., Vaccaro, Y., Wehbe, I. & Guerrero, R. (2004). Diálisis y calidad de vida. Unidades de diálisis del Hospital Julio Criollo Rivas, Policlínica Santa Ana y Centro Hemotil. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, Junio – Julio 2002. *Revista Venezolana de Psiquiatría y Neurología*, 50(102), 29-32.
- Wu, A., Fink, N., Marsh-Manzi, J., Meyer, B., Finkelstein, F., Chapman, M., et al. (2004). Changes in Quality of Life during Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Treatment: Generic and Disease Specific Measures. *Journal of the American Society of Nephrology*, 15, 743-753.
- Zúñiga, C. (2005). *Calidad de vida y cuidados paliativos*. Recuperado el 20 de septiembre, 2007, de: <http://www.med.wave.cl/perspectivas/nefrologia/abril2005/1.act>