

Trabajo de investigación

Descripción de la calidad de vida percibida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tres modalidades de tratamiento sustitutivo renal, en el estado de Guanajuato

Carlos F Meza-García,¹ Luxana Reynaga-Ornelas,² Carol M Baldwin,³
Cipriana Caudillo-Cisneros,⁴ Adriana Dávalos-Pérez,⁵ Octavio A Jiménez-Garza⁵

- ¹ Licenciado en Enfermería y Obstetricia. Departamento de Enfermería y Obstetricia Sede León. Universidad de Guanajuato Campus León. División de Ciencias de la Salud. León Guanajuato. Enfermero profesional en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. León, Gto.
- ² PhD Nursing and Healthcare Innovation. Profesora del Departamento de Enfermería y Obstetricia Sede León, Universidad de Guanajuato Campus León. División de Ciencias de la Salud, León Guanajuato. Profesora adjunta del College of Nursing & Health Innovation. Arizona State University, Phoenix, AZ.
- ³ PhD, RN, AHN-BC, FAAN. College of Nursing & Health Innovation; Southwest Borderlands; Directora, Center of World Health Promotion & Disease Prevention, Arizona State University, Phoenix, AZ.
- ⁴ Maestra en Ciencias. Profesora del Departamento de Enfermería y Obstetricia de León, División de Ciencias de la Salud. Universidad de Guanajuato Campus León. León, Guanajuato.
- ⁵ Doctor en Ciencias Médicas. Profesor del Departamento de Enfermería y Obstetricia de León, División de Ciencias de la Salud. Universidad de Guanajuato Campus León. León, Guanajuato.

RESUMEN

Introducción: La evaluación de la calidad de vida del paciente representa un impacto percibido que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen en el bienestar del mismo. **Objetivo:** Describir la calidad de vida percibida por los pacientes con insuficiencia renal crónica en etapa avanzada y en tres modalidades de tratamiento sustitutivo renal.

Material y métodos: Es un estudio descriptivo transversal de 30 pacientes adultos, en tres modalidades diferentes de tratamiento sustitutivo renal, tratados en una clínica del estado de Guanajuato. Se utilizó el cuestionario SF-36 para medición subjetiva de calidad de vida en ocho diferentes dominios y PASW statistics 18 para el análisis estadístico. **Resultados:** En la escala del 1 al 100 los pacientes reportaron los puntajes: función física 37.6, rol físico 35.8, dolor corporal 64.7, salud general 58.5, vitalidad 59, función social 86.7, rol emocional 68.9 y salud mental 77.2. Se observa una tendencia a percibir una mejor calidad de vida en diálisis peritoneal automatizada, que con la diálisis peritoneal continúa ambulatoria y hemodiálisis. **Conclusión:** La calidad de vida del paciente en diálisis se reporta afectada principalmente en su función física. Conocer el estado general de la salud que el paciente percibe, informa sobre la eficacia del tratamiento y proporciona una guía para diseñar estrategias de cuidado de enfermería con enfoque holístico.

Recibido para publicación: marzo 2013.
Aceptado para publicación: diciembre 2013.

Dirección para correspondencia:
LEO Carlos F Meza García
Calle Zinc Núm. 132,
Col. Granjas de Echeveste, León Guanajuato, 37100.
Tel: (477) 120-54-84 (celular)
E-mail: carlitosmeza1106@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/enfermeriacardiologica>

Palabras clave: Insuficiencia renal crónica, calidad de vida.

ABSTRACT

Introduction: *Quality of life assessment represents the perceived impact of the disease and the consequent treatment on patient wellness. Objective:* *To describe the quality of life perceived by patients with end stage renal disease. Material and methods:* *This is a cross-sectional descriptive study on 30 adult patients in three different renal replacement therapies attending to a dialysis clinic located in Guanajuato state. SF-36 questionnaire was used to measure quality of life through eight different domains. PASW statistics 18 was used for statistical analysis. Results:* *In a 1 to 100 scale, the scores per domain were: physical function 37.6, physical role 35.8, pain 64.7, general health 58.5, vitality 59, social function 86.7, emotional role 68.9 and mental health 77.2. There is a trend to perceive a better quality of life in automated peritoneal dialysis compared with continued ambulatory peritoneal dialysis and hemodialysis. Conclusion:* *The quality of life from renal disease patients was most affected with respect to physical function. To know the perceived general health status of patients reported on the effectiveness of treatment and provides guidance for designing strategies for nursing care with a holistic approach.*

Key words: *Chronic renal failure, quality of life.*

INTRODUCCIÓN

El incremento de las enfermedades crónicas alrededor del mundo han sido documentadas.^{1,2} En México está previsto que el 18% de la población adulta tendrá diabetes mellitus (DM) tipo II en el 2025,³ y es bien sabido que este padecimiento está estrechamente asociado con la enfermedad renal.^{4,6} En el 2007 la Fundación Mexicana del Riñón estimó que aproximadamente 100,000 pacientes presentaron enfermedad renal; de éstos recibieron tratamiento, 80% fue con diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), 19% con hemodiálisis (HD) y 1% con diálisis peritoneal automatizada (DPA).^{7,8}

En el pasado la intención de la atención médica para la persona con enfermedad renal había sido mejorar la supervivencia; sin embargo, actualmente es para mejorar su calidad de vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como “la percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de la cultura y el sistema de los valores en los cuales vive, en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones”.⁹ La calidad de vida (CV) relacionada con la salud es resultado de una combinación de factores objetivos y subjetivos, y su conceptualización incluye habitualmente dimensiones de función física, función social, función de rol, salud mental y percepciones de salud general, así como otros conceptos como la vitalidad y el dolor.^{10,11} Los servicios de salud en la

investigación, han informado la necesidad de medir la CV para evaluar el tratamiento de las personas con la enfermedad renal y la percepción de su bienestar.¹²⁻¹⁵ En otras poblaciones se ha confirmado que el tratamiento de la insuficiencia renal crónica (IRC) trae consigo implicaciones fisiológicas, psicológicas, socioeconómicas y espirituales para el individuo, la familia y la comunidad.¹⁶ La medición de la CV es reconocida como un indicador para evaluar los resultados de salud y el impacto del tratamiento en la persona; de manera que han sido publicados modelos de la misma que permita las intervenciones psicosociales interdisciplinarias basadas en evidencias, dirigidas a mejorar la calidad de vida percibida por los pacientes.^{9,17-23} El objetivo general de este proyecto es describir la calidad de vida percibida por los pacientes con insuficiencia renal crónica en tres modalidades de tratamiento sustitutivo renal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio descriptivo, transversal y no experimental. A través de un muestreo por conveniencia se incluyó a 30 pacientes de ambos sexos con insuficiencia renal crónica (IRC), sometidos a terapias de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), diálisis peritoneal automatizada (DPA) y hemodiálisis (HD), a quienes durante sus reuniones mensuales en un hospital de tercer nivel de atención ubicado en el estado de Guanajuato, se les invitó a participar con apego a los lineamientos nacionales e internacionales para la investigación en seres humanos.

Posteriormente a la firma del consentimiento, se obtuvo la información sobre su calidad de vida (CV) del paciente durante las visitas programadas con previa cita, que se llevó a cabo en la casa de los mismos con una duración promedio de 60 minutos. Para la medición de la CV se utilizó el instrumento SF-36 *Medical Outcomes Study (MOS)* en su versión en español,¹⁵⁻²⁵ que incluyó a ocho dominios: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Además contiene un ítem de transición donde se pregunta sobre el cambio percibido en el estado de salud comparado con el año anterior (sin dominio). El SF-36 contiene 36 preguntas resultando en un puntaje con escala de 0 (peor CV) a 100 (mejor CV). En el *cuadro I* se muestra el significado de las puntuaciones por dominios.²⁶ Los coeficientes alfa de Cronbach de los ocho dominios fueron replicadas por McHorney et al, entre 23 subgrupos de pacien-

Cuadro I. Significado de las puntuaciones de 0 a 100 del SF-36.

Dimensión	No. 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	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
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
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 o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
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 un año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace un año

tes. La consistencia inter-ítem para todos los dominios, excepto para salud general ($r = .38$) excedió el estándar de 0.40. Los dominios cumplieron el estándar de confiabilidad de 0.50 a 0.70 recomendado para comparaciones de grupo y en sólo dos dominios no se cumplió el 0.90 recomendado para comparaciones individuales.²⁷

La información se capturó en una base de datos PASW statistics y se analizó mediante estadística descriptiva expresado con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, media y desviación estándar para las variables cuantitativas.

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud prevaleció el respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de los sujetos de estudio, así como la privacidad de los mismos, ya que se identificaron las encuestas con base en un código que será revelado sólo cuando los resultados lo requieran o el sujeto lo autorice (artículos 13 y 16). Dado que la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del

estudio es nula, ya que no se realiza intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos, y que el estudio está basado en los resultados de la aplicación de un cuestionario, esta investigación entra en la categoría I “Investigación sin riesgo” (artículo 17). Por este motivo y según esta Ley, se podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado (artículo 23). De cualquier manera, se formuló por escrito un formato de consentimiento informado a los participantes, explicándoles los objetivos de la investigación, la libertad de participar, no participar o abandonar el estudio, y el manejo confidencial de la información.²⁸

RESULTADOS

Los resultados reportados en el presente estudio corresponden a 30 sujetos adultos (59 ± 12 años de edad) con IRC adscritos a un mismo hospital, en tres diferentes modalidades de tratamiento sustitutivo renal como DPCA, DPA y HD. Las caracte-

rísticas demográficas de la población estudiada se muestran en el *cuadro II*. Los pacientes se dividieron en grupos según su tratamiento de la siguiente manera: 10 personas mantenían su tratamiento con

DPCA, 10 más con DPA y los 10 restantes con HD. El 90% de los pacientes en DPCA se realizó 3 a 4 cambios de solución de diálisis diarios, siendo las concentraciones más utilizadas la de 1.5 (60%) y 2.5

Cuadro II. Características sociodemográficas de la población estudiada (n = 30).

Característica	Tratamiento							
	DPCA (n = 10)		DPA (n = 10)		HD (n = 10)		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Género								
Femenino	4	40	5	50	2	20	11	36.7
Masculino	6	60	5	50	8	80	19	63.3
Escolaridad								
Ninguna	2	20	2	20	0	0	4	13.3
Primaria	3	30	2	20	4	40	9	30
Secundaria	1	10	1	10	1	10	3	10
Preparatoria	0	0	1	10	0	0	1	3.3
Carrera técnica	0	0	1	10	0	0	1	3.3
Grado de asociado	0	0	1	10	0	0	1	3.3
Licenciatura	1	10	2	20	5	50	8	26.7
Maestría/equivalente	3	30	0	0	0	0	3	10
Estado civil								
Viudo/a o soltero/a	2	20	1	10	3	30	5	16.6
Divorciado	1	10	0	0	1	10	2	6.7
Casado/a	7	70	9	90	6	60	22	73.3
Tabaquismo								
Nunca he fumado	5	50	8	80	4	40	17	56.7
Fumo	0	0	1	10	0	0	1	3.3
Antes fumaba, ya no	5	50	1	10	6	60	12	40
Ingreso mensual								
Menos de 1SM*	1	10	0	0	5	50	6	20
1SM*-menos de 2SM*	2	20	1	10	0	0	3	10
2SM*-menos de 3SM*	2	20	2	20	0	0	4	13.3
3SM*-menos de 4SM*	1	10	5	50	2	20	8	26.7
4SM*-menos de 5SM*	1	10	1	10	2	20	4	13.3
Más de 5SM*	3	30	1	10	1	10	5	16.7
Religión								
Católica	8	80	9	90	8	80	25	83.3
Cristiana u otra	2	20	1	10	2	20	5	16.6
Trabajo								
Sí	0	0	3	30	2	20	5	16.7
No	10	100	7	70	8	80	25	83.3
Etiología								
Diabetes mellitus	8	80	9	90	8	80	25	83.3
Hipertensión arterial	2	20	1	10	2	20	4	13.3
Riñones poliquisticos	0	0	0	0	0	0	1	3.3

*SM= Salario Mínimo

(40%). El 40% refiere haber sido hospitalizado en este último año (40% por infección), mientras que el 30% de la población total refiere tener tratamiento antihipertensivo.

La calidad de vida (CV) percibida por los pacientes se reporta con base en los ocho dominios del cuestionario SF-36, en puntajes de 0 (menor CV) a 100 (mayor CV) (*Cuadro III*). El dominio donde se percibe una peor CV es el rol físico con un puntaje de 35.8. El dominio donde se reporta una mejor CV fue el de función social con un puntaje de 86.7. En cuanto a la CV según la modalidad de diálisis, se observa que los pacientes de DPA perciben una mayor CV en los dominios de función física, rol físico, dolor corporal, salud general y función social comparada con la reportada por los pacientes de DPCA y HD. Sin embargo, para los dominios de vitalidad y rol emocional, la CV reportada por los pacientes de HD fue mayor comparada con las otras modalidades. Si se observan los puntajes promedio por tipo de tratamiento, los pacientes en DPA perciben una CV más alta que los pacientes en otras modalidades.

Siendo el dominio que obtuvo más baja puntuación en la percepción de CV, a continuación se describen los resultados del rol físico detalladamente: 40% de los pacientes refiere que no tuvo que reducir el tiempo de sus actividades; sin embargo, la mayoría reportó haber realizado menos actividades, dejó de hacer algunas tareas por salud física y por tener dificultad para hacerlas (66.7, 63 y 66.7% respectivamente).

El dominio de la función social fue el mejor calificado. Al preguntar hasta qué punto y con qué frecuencia su salud física o emocional ha dificultado

sus actividades diarias y sociales, la mayoría respondió que “nada” (73%) y que “sólo alguna vez” al preguntar con qué frecuencia ha ocurrido (73%) (*Cuadro IV*).

En el dominio de salud general, el 57% de los pacientes considera su salud actual buena o regular, el 20% refiere que su salud es “buena o excelente”, y el 23% que su salud es mala; en el ítem de transición (¿cómo considera su salud actual comparada con hace un año?), el 70% de ellos refiere sentirse “mejor o mucho mejor” que hace un año; el 20% sentirse “más o menos igual” y el 10% “algo peor o mucho peor” que hace un año.

DISCUSIÓN

Al igual que en algunos de los estudios reportados en otros países, los puntajes de la calidad de vida (CV) en la población con insuficiencia renal crónica (IRC) son menores (dominios de función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad y rol emocional) que los reportados por Durán et al como propuesta de base normativa en México para la población general de la misma edad.^{29,30} El dominio de la función física en general se reporta como el más afectado al igual que en este estudio.³¹ En los dominios de función social y salud mental es interesante que los pacientes perciban un puntaje más alto en la CV que la población sana en México reportado por el mismo autor.²⁹ Bro et al coinciden en este resultado al reportar que los pacientes en DP perciben una mejor CV en el dominio de la salud mental, comparado con la población danesa normal.³² Por otro lado, nuestros resultados difieren con los re-

Cuadro III. Dominios de la calidad de vida de acuerdo al cuestionario SF-36 (n = 30).

Dominios SF-36 (escala 0-100)*	DPCA M (± DE)	DPA M (± DE)	HD M (± DE)	Global M(± DE)
Función física	39.5 (26.7)	42.2 (24.5)	31.5 (20.2)	37.6 (23.6)
Rol físico	22.5 (41.6)	52.5 (50.6)	32.5 (47.2)	35.8 (46.7)
Dolor corporal	70.4 (29.4)	70.8 (33.4)	53 (40.9)	64.7 (34.8)
Salud general	50.6 (26)	68.9 (21.7)	56.1 (21.7)	58.5 (23.8)
Vitalidad	58 (22.9)	58 (23.4)	61 (38.0)	59.0 (28)
Función social	78.7 (29.5)	91.2 (23.6)	90 (20.24)	86.7 (24.6)
Rol emocional	66.7 (47.1)	63.3 (45.8)	76.7 (35.3)	68.9 (41.6)
Salud mental	78.8 (18)	80 (15.6)	72.8 (24.5)	77.2 (19.4)
Promedio	58.1 (21.6)	63.5 (19.4)	59.2 (19.8)	

*0 menor calidad de vida; 100 mayor calidad de vida.

portados en otros países donde se encuentran con una peor CV percibida en todos los dominios de los pacientes con diálisis en relación con la población general sana.^{30,31}

Si se comparan las tres modalidades de tratamiento, la DPA es calificada con una mejor calidad de vida (CV) que la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y la hemodiálisis (HD) en casi todas las dimensiones exceptuando vitalidad y rol emocional, donde la HD fue calificada mejor. Estos resultados coinciden con un puntaje alto en el dominio de la salud mental y lo reportado por otros autores que han explicado la satisfacción del paciente en DPA con el tratamiento y el mayor tiempo libre para el trabajo, la familia o las actividades sociales.³³⁻³⁹ Sin embargo, difiere con lo reportado por Shrestha y Panagopoulou quienes encuentran que los pacientes en DPCA perciben una mejor CV que los pacientes en HD, sobre todo en el dominio de la salud mental.^{36,37}

El dominio de la salud general fue reportado en este estudio con un promedio de CV de 58.5, y en el que la mayoría refiere sentirse siempre o casi siempre calmados y tranquilos, felices y tan sanos como cualquiera (70, 60 y 70% respectivamente), difiere de otros estudios donde se ha reportado un menor puntaje entre 30 y 47.^{33,34} Este fenómeno suele ser llamado como la “paradoja de la discapacidad” cuando la percepción del paciente de su CV no concuerda con su estado de salud objetivo, o su discapacidad.

Algunas razones de las diferencias en los resultados que pueden atribuirse al tamaño de la muestra, a la comparación con los resultados de otros países con diferente idiosincrasia, a la calidad de la atención médica, a las expectativas de vida, entre otras, que hace difícil la tarea de generalizarlos.

Aunque para los autores la modalidad de la diálisis peritoneal en casa pareciera la opción ideal para que el paciente viva su vida “normal”, es indispensable que exista un seguimiento cercano del equipo multidisciplinario que fomente el apego al tratamiento en casa. Situación que no es problema cuando los pacientes acuden a las sesiones de HD donde el apego al tratamiento es mejor y reciben también los beneficios del apoyo social del grupo de personas que les rodea.

CONCLUSIÓN

Conocer la percepción de los pacientes de su estado de salud y calidad de vida (CV) es de gran trascendencia. En el presente estudio se conoció que la percepción de la CV de los pacientes con IRC es de regular a buena (dominio de salud general), siendo de menor impacto el dominio de salud mental mientras que el área de salud física (función física) es la de mayor impacto. De lo anterior podemos concluir que aunque las personas perciben un gran impacto en su salud física, desde el punto de vista emocional se sienten mejor. Esto proporciona in-

Cuadro IV. Dominio de función social del cuestionario SF-36 (n = 30).

Función social		Tratamiento							
		DPCA		DPA		HD		Global	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Hasta qué punto los problemas emocionales o la salud física han dificultado sus actividades	Nada	5	50	8	80	9	90	22	73.3
	Un poco	4	40	1	10	0	0	5	16.7
	Regular	0	0	0	0	1	10	1	3.3
	Bastante	0	0	1	10	0	0	1	3.3
	Mucho	1	10	0	0	0	0	1	3.3
Con qué frecuencia los problemas emocionales o físicos le han dificultado sus actividades sociales	Siempre	0	0	0	0	1	10	1	3.3
	Casi siempre	2	20	1	10	1	10	4	13.3
	Muchas veces	1	10	0	0	0	0	1	3.3
	Algunas veces	1	10	0	0	0	0	1	3.3
	Sólo alguna vez	6	60	9	90	7	70	22	73.3
	Nunca	0	0	0	0	1	10	1	3.3

formación de primera mano de la persona que está viviendo la enfermedad y su tratamiento, le da la palabra al paciente para que éste sea partícipe de los cambios y ajustes necesarios al mismo. En resumen, proporciona la visión integral y holística al cuidado de enfermería.

No obstante, es necesaria una muestra mayor en la investigación que permita confirmar y generalizar estos resultados para la población del estado de Guanajuato, contar con el punto de vista del paciente de su propia salud, y el impacto que tiene el tratamiento en su vida proporciona información valiosa que será útil, con la finalidad de diseñar intervenciones de salud basadas en la evidencia, y realizar estudios de intervención que se dirijan al mejoramiento de la CV en los pacientes con IRC con tratamientos sustitutivos de diálisis en cualquier modalidad, en aras de construir un sistema de salud centrado en la persona.

Diversas líneas de investigación pueden sugerirse tales como: estudios de costo-beneficio por modalidad de tratamiento, apego al tratamiento, intervenciones psicosociales o educativas y el impacto en la CV percibida, calidad de la atención *versus* calidad de vida percibida, adecuación de diálisis *versus* calidad de vida percibida, por mencionar algunas.

REFERENCIAS

- Collins AJ, Gilbertson DT, Snyder JJ, Chen SC, Foley RN. Chronic kidney disease awareness, screening and prevention: rationale for the design of a public education program. *Nephrology*. 2010; 15: 37-42. doi: 10.1111/j.1440-1797.2010.01312.x.
- Saran R, Hedgeman E, Huseini M, Stack A, Shahinian V. Surveillance of chronic kidney disease around the world: Tracking and reining in a global problem. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2010; 17(3): 271-181. doi:10.1053/j.ackd.2010.03.001
- Atkins RC, Zimmet P. Diabetic kidney disease: act now or pay later? "World Kidney Day". *Arch Cardiol Mex*. 2010; 80(1): 44-47.
- Cusumano A, García-García G, González-Bedat C. The Latin American dialysis and transplant registry: report 2006. *Ethn Dis*. 2009; 19(S1): 3-6.
- Mendez-Durán A, Méndez-Bueno JF, Tapia-Yáñez T, Muñoz-Montes A, Aguilar-Sánchez L. Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Diálisis y Trasplante*. 2010; 31(1): 7-11.
- Paniagua R, Ramos A, Fabián R, Lagunas J, Amato D. Peritoneal dialysis in America. *Chronic kidney disease and dialysis in Mexico*. *Perit Dial Int*. 2007; 27: 405-409.
- Fundación Mexicana del Riñón. Pacientes en terapia renal en México [Internet]. México; 2008. Disponible en: <http://www.fundrenal.org.mx>
- Nissenson AR. Measuring, managing, and improving quality in the end-stage renal disease treatment setting: peritoneal dialysis. *Am J of Kidney Dis*. 1994; 24(2): 368-375.
- The World Health Organization Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41(10): 1403-1409.
- Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patients' outcomes. *JAMA*. 1995; 273(1): 59-65.
- Anderson KL, Burckhardt CS. Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. *J Adv Nurs*. 1999; 29(2): 298-306.
- Bakewel AB, Higgins RM, Edmunds ME. Quality of Life in peritoneal dialysis patients: decline over time and association with clinical outcomes. *Kidney Int*. 2000; 6: 239-248.
- Lii YC, Tsay SL, Wang TJ. Group intervention to improve quality of life in haemodialysis patients. *J Clin Nurs*. 2007; 16(11c): 268-275.
- Morsch CM, Goncalves LF, Barros E. Health-related quality of life among haemodialysis patients-relationship with clinical indicators, morbidity and mortality. *J Clin Nurs*. 2006; 15: 498-504.
- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36): conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992; 30: 473-483.
- Schatell D, Witten B. Measuring dialysis patients' health-related quality of life with the KDQOL-36: Medical Education Institute, Inc. 2008. Disponible en: http://www.lifeoptions.org/kdqol/pdfs/kdqol-36_pros_v1.2.pdf
- Cummings RA. Moving from the quality of life concept to a theory. *J Intellect Disabil Res*. 2005; 49(10): 699-706.
- Ferrans CE, Zerwick JJ, Wilbur JE, Larson JL. Conceptual model of health-related quality of life. *J Nurs Scholarsh*. 2005; 37(4): 336-342.
- Haas BK. Clarification and integration of similar quality of life concepts. *J Nurs Scholarsh*. 1999; 31(3): 215-220.
- Joyce CRB, Hickey A, McGee HM, O'Boyle CA. A theory-based method for the evaluation of individual quality of life: The SEIQoL. *Qual Life Res*. 2003; 12: 275-280.
- Rapkin BD, Schwartz CE. Toward a theoretical model of quality-of-life appraisal: Implications of findings from studies of response shift. *Health Qual Life Outcomes*. 2004; 2: 14. doi:10.1186/1477-7525-2-14
- Souza KH, Chen FF. A theoretical approach to measuring quality of life. *J Nurs Meas*. 2002; 10(1): 47-58.
- Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc Enferm*. 2003; 9(2): 9-21.
- Ventegodt S, Merrick J, Andersen NJ. Quality of life theory I: The IQoL Theory: an integrative theory of the global quality of life concept. *Scientific World Journal*. 2003; 3: 1030-1040.
- Alonso J, Prieto L, Antó M. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida con resultados clínicos. *Med Clin*. 1995; 104(20): 771-776.
- Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer G, Quintana J et al. The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments. *Gac Sanit*. 2005; 2: 135-150.
- McHorney CA, Ware JE, Raczec AE. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care*. 1994; 32(1): 40-66.
- Secretaría de Salud (MX). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. México. 1984. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

29. Durán-Arenas L, Gallegos-Carrillo K, Salinas-Escudero G, Martínez-Salgado H. Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36. *Salud Publica Mex.* 2004; 46(4): 306-315.
30. Zúñiga CSM, Dapuetto PJ, Müller OH, Kirsten LL, Alid AR, Ortiz ML. Health related quality of life among patients on chronic hemodialysis. *Rev Med Chil.* 2009; 137: 300-207.
31. Mingardi G, Cornalba L, Cortinovis E, Ruggiata R, Moscón P, Apolone G. Health-related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36. *Health Survey. Nephrol Dial Transplant.* 1999; 14: 1503-1510.
32. Bro S, Bjorner JB, Tofte-Jensen P, Klem S, Almtoft B, Danielsen H et al. A prospective randomized multicenter study comparing APD and CAPD treatment. *Perit Dial Int.* 1999; 19: 526-533.
33. Esquivel-Molina CG, Prieto-Fierro JG, López-Robledo J, Ortega-Carrasco R, Martínez-Mendoza JA, Velasco-Rodríguez VM. Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. *Medicina Intern Mex.* 2009; 25(6): 443-449.
34. Vazquez I, Valderrábano F, Fort J, Jofré R, López-Gómez JM, Moreno F et al. Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres en tratamiento con hemodiálisis. *Nefrología.* 2004; 24(2): 167-178.
35. Brown EA, Johansson L, Farrington K, Gallager H, Sensky T, Gordon F et al. Broadening options for long-term dialysis in de elderly (BOLDE): differences in quality of life on peritoneal dialysis compared to haemodialysis for older patients. *Nephrol Dial Transplant.* Nov 2010; 25(11): 3755-3763. doi: 10.1093/ndt/gfq212
36. Shrestha S, Ghotekar LR, Sharma SK, Shangwa PM, Karki P. Assessment of quality of life in patients of end stage renal disease on different modalities of treatment. *JNMA.* 2008; 47(169): 1-6.
37. Panagopoulou A, Hardalias A, Berati S, Fourtounas C. Psychosocial issues and quality of life in patients on renal replacement therapy. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2009; 20(2): 212-218.
38. Caballero-Morales S, Trujillo-García JU, Welsh-Orozco U, Hernandez-Cruz ST, Martínez-Torres J. Quality of life in patients with hemodialysis and ambulatory and automated continuous peritoneal dialysis. *Arch Med Fam.* 2006; 8(3): 163-168.
39. De Wit GA, Merkus MP, Krediet RT, De Charro F. A comparison of quality of life of patients on automated and continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Perit Dial Int.* 2001; 21(3): 306-312.