

Artículo de
investigación

Diabetes y calidad de vida: estudio comparativo en adultos con y sin diagnóstico de diabetes tipo 2 atendidos en centros de salud en Guadalajara

JOSÉ GUADALUPE SALAZAR ESTRADA, CECILIA COLUNGA RODRÍGUEZ,
MANUEL PANDO MORENO, CAROLINA ARANDA BELTRÁN Y
TERESA MARGARITA TORRES LÓPEZ

RESUMEN

Objetivo: comparar la calidad de vida (CV) en adultos con y sin diabetes.

Material y métodos: estudio comparativo, muestra no probabilística, 50 personas con Diabetes tipo 2 (DM2) y 100 sin diabetes (NoDM2), edades de 45 a 65 años, usamos cuestionario EuroQOL D-5 para calidad de vida y Escala Visual Análoga (EVA) para autoevaluación del estado de salud, Aplicamos análisis univariado, usando Ji2 con programa SPSS 10.0, significancia $p < 0.05$.

Resultados: edad de la muestra 54.21 ± 5.64 años, 59% sexo femenino, 68% con pareja, escolaridad 6.3 ± 3.6 años, mayor en los NoDM2 ($p < 0.05$), porcentaje superior de asalariados en DM2 ($p < 0.05$). Valoración personal de salud (EVA) calificó inferior en NoDM2 (69.8 vs 73.9 $p = 0.00$). De 20 a 40% de ambos grupos, perciben problemas en las cinco dimensiones de CV, principalmente en ansiedad/depresión.

Conclusiones. Hay diferencias significativas en educación, edad y ocupación ($p < 0.05$) pero no en el género y el estado civil ($p > 0.05$). La calidad de vida demuestra más problemas en ansiedad/depresión, y la gente sin diabetes evalúa su salud más estrictamente.

Palabras clave: diabetes tipo 2, calidad de vida, adultos.

ABSTRACT

Objective: To compare the quality of life (QOL) of adults with and without diabetes.

Material and Methods: Comparative study, non-probabilistic sample, 50 people with type-2 diabetes (DM2) and 100 non-diabetics (NonDM2), ages between 45 and 65 years old; we used the EuroQOL D-5 questionnaire for quality of life and the Analogical Visual Scale (AVS) for self-evaluation of health. We applied a univariate analysis using Ji2 with the SPSS 10.0 program, significance < 0.05 .

Results: Sample age 54.21 ± 5.64 years old, 59% female gender, 68% have a partner, educational level of 6.3 ± 3.6 years, higher among the NonDM2 ($p < 0.05$), higher percentage of salaried employees among DM2 ($p < 0.05$). Personal health evaluation (AVS) was graded lower among the NonDM2 (69.8 vs. 73.9 $p = 0.00$). Between 20 and 40% of both groups perceive problems in the five QOL dimensions, mainly in anxiety/depression.

Conclusions: There are educational, age and occupation differences ($p < 0.05$) but not in gender and marital status ($p > 0.05$). Quality of Life shows more problems in anxiety/depression, and people without diabetes evaluate their health more strictly.

Key Words: type 2 diabetes, quality of life, adults.

INTRODUCCIÓN

La diabetes tipo 2 (DM2) se considera en la actualidad una pandemia de enormes proporciones, de alto costo social y económico y de magnitud ascendente. Por su característica de cronicidad repercute en la calidad de vida (CV) de quien la padece y de los familiares cercanos. (1)

México ocupa el noveno lugar mundial en la prevalencia de diabetes y para el 2025 se proyecta que ocupará el séptimo lugar, si no se realiza una campaña trascendente de prevención, diagnóstico oportuno y control de la diabetes. (2) La DM, es la tercera causa de mortalidad general desde 1997, y la primera causa de mortalidad en los grupos de 45 a 65 años de edad. (3)

En México, acorde a la tendencia mundial, la DM2 es uno de los principales problemas de salud pública. De acuerdo a datos de la Secretaría de Salud, el 10.75% de personas de 20 a 69 años, tiene algún tipo de diabetes mellitus, lo que equivale a una población de más de 5 millones y medio de personas con la enfermedad, de los cuales el 65% son mujeres y 35 % hombres. Cada hora, la DM provoca la muerte de 5 personas en México. (3) La perspectiva futura señala que se mantendrá la tendencia al incremento de la prevalencia e incidencia en la enfermedad, teniendo como factor de riesgo a la obesidad asociada al aumento de índice de masa corporal y a la edad; los pacientes viven en promedio 20 años con la enfermedad, la cual con el transcurso del tiempo y el bajo control metabólico, ocasiona estragos en la salud física y con ello, disminuye considerablemente la calidad de vida del paciente. Como enfermedad crónica se presenta con graves desenlaces, entre los que sobresalen: insuficiencia renal crónica, daño cardiovascular, ceguera resultante de la retinopatía diabética, neuropatía, invalidez y en el peor de los casos, muerte prematura. (1) No obstante, la DM, ha sido atendida de manera predominantemente médica, sin considerar de forma sistemática, factores psicosociales como la calidad de vida (CV) de los pacientes.

La CV representa un constructo multidimensional y dinámico, en un inicio evaluado desde situaciones objetivas como indicadores metabólicos y funcionalidad física, y que en la actualidad incluye la valoración subjetiva del nivel de bienestar de un individuo. Desde esta perspectiva, se puede definir como “la percepción personal que un individuo tiene de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y valores en que vive y se relaciona con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. (4) La CV, asociada al sentimiento de bienestar, plenitud y felicidad o el vivir bien, se ha convertido en una preocupación cada día mayor, de la población y de grupos de investigadores con una visión más integral de la salud.

Desde la época de los sesenta se viene prestando un creciente interés al estudio de los determinantes de la calidad de vida por parte de los científicos sociales. En años recientes, un número considerable de trabajos, se han preocupado por definir o estudiar el

concepto de calidad de vida (CV) y sobre todo buscar su relación con la salud. (5) La CV no es un concepto nuevo, se ha venido aplicando a diversos campos, hasta el punto que hoy, el término se ha convertido en uno de los de mayor uso en el lenguaje común y se debe considerar como una entidad multidisciplinaria que es aplicable e inherente a todos los temas de la sociedad y del mundo, digno de contemplarse desde una perspectiva política, económica y social y no solo como factor psicosocial.

La mayoría de los autores están de acuerdo que el concepto de CV, implica los diversos componentes o condiciones, con peso o importancia que varía según una serie de parámetros personales o sociales. Aunque no existe un consenso respecto a un modelo conceptual y cómo debe de operacionalizarse en el campo de la salud, otra de las definiciones de CV existentes muy apropiada para su estudio es la siguiente: “la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permita realizar las actividades que le son importantes y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones más importantes que incluyen la calidad de vida relacionada con la salud son, el funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad, el cuidado personal, y el bienestar emocional” (6). Esta definición retoma los aspectos importantes de cómo se percibe la propia salud y es utilizada con frecuencia como sinónimo del concepto de salud autopercibida, la cual nos facilita tener un acercamiento a la propia subjetividad de las personas en el contexto de la calidad de vida.

León Alegría/Surrender



CUADRO 1. DESCRIPCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA

Variables		Con diagnóstico DM2 N= 50	Sin diagnóstico DM2 N= 100	Significancia P<0.05
Sexo	Femenino	58%	62%	NS
	Masculino	42%	38%	
Edad	Promedio	56.5+5.6	53.0+5.2	0.00
Escolaridad	Promedio	5.02+3.3	7.08+3.5	0.00
	Ninguna	6	2	NS
	Primaria incompleta	28	19	NS
	Primaria completa	48	38	NS
	Secundaria	12	27	0.03
	Bachillerato	6	10	NS
	Licenciatura	0	4	---
Ocupación	Desempleados	2	5	NS
	Hogar	32	39	NS
	Obrero	14	7	NS
	Comercio	34	17	0.01
	Empleados	8	13	NS
	Jubilados/pensionados	10	19	NS
Estado civil	Soltero	0	4	NS
	Casado/unión libre	66	73	
	Viudo	22	16	
	Divorciado/separado	12	7	
Ji2				

Fuente: Encuesta

La mayoría de los instrumentos que miden calidad de vida relacionada con la salud están constituidos siguiendo un modelo psicométrico que se basa en la capacidad del individuo para discernir entre estímulos de diferente intensidad. En la mayoría de los instrumentos cada aspecto está representado en una dimensión, definida a través de una serie de preguntas que miden en su conjunto el sentido de CV o en su caso el de bienestar, generando un perfil del estado de salud. Para su evaluación encontramos instrumentos que se clasifican en genéricos y específicos, de acuerdo al aspecto de lo que se busca ya sea lo general, principalmente en población sana y lo específico, considerados como aquellos que profundizan en determinados problemas de salud, más enfocados a la exploración del bienestar y el impacto de la enfermedad en la vida en general. (7,8,9)

El cuestionario EuroQol D-5 es un instrumento genérico de medición de la calidad de vida relacionada con la salud que puede utilizarse tanto en el individuo relativamente sano, como en grupos de pacientes con diferentes patologías. Fue diseñado como un instrumento sencillo que pudiera ser administrado en condiciones muy variadas de medición. El propio individuo valora su estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones y después cada una de ellas con tres niveles de gravedad. El uso de la Escala Visual Analógica (EVA), proporciona una puntuación complementaria al sistema descriptivo de la autoevaluación del estado de salud a través de una escala milimetrada (10,11,13).

Debido a la importancia que tiene, no solo el bienestar físico para las personas con DM2, sino el considerarse satisfecho con sus condiciones de vida, nuestro propósito principal en este trabajo es evaluar y comparar la calidad de vida en adultos con y sin diabetes (DM2) que acuden a centros de atención primaria de la Secretaría de Salud en Guadalajara.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con diseño transversal comparativo, utilizando una muestra no probabilística, en población con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y población sin diagnóstico de diabetes, se incluyeron adultos con edades entre 45 a 65 años de uno u otro sexo. Los encuestados son asistentes de atención primaria, en cuatro centros de salud, en la zona metropolitana de Guadalajara. En total fueron encuestados y evaluada la CV de 50 personas con diagnóstico de DM2 (tratados como tal después de Dx clínicos y de laboratorio) y 100 personas que en ese momento no tenían diagnóstico ni sospecha de diabetes.

Para evaluar la CV de ambos grupos, se aplicó el instrumento denominado EuroQOL D-5, que es un cuestionario estandarizado de Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS), acorde a preferencias poblacionales. Describe el estado de salud en cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor-malestar, y ansiedad-depresión, cada una de las cuales se divide en tres niveles

CUADRO 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL EN BASE A LAS DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO EUROQOL D-5 Y SU SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA.

Nivel* de problema y dimensión															
Diagnóstico DM2	Movilidad			Cuidado personal			Actividades cotidianas			Dolor/Malestar			Ansiedad/Depresión		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Si (n=50)	70	22	8	70	22	8	70	26	4	76	24	0	60	30	10
No (n=100)	78	15	7	80	18	2	76	20	4	79	16	5	69	21	10
Valor p	No significativa >0.05 (Chi cuadrada con corrección de Yates)														

Fuente: Escala EuroQOL D-5. *1= bajo, 2= medio, 3= alto

CUADRO 3 AUTO-CALIFICACIÓN DE SALUD PERSONAL (EVA)*

Población	Calificación promedio
Con diabetes (n=50)	73.9
Sin diabetes (n=100)	69.8
Valor p	0.00

Fuente: cuestionario. *Escala de 0 a 100.

de gravedad. También consta de una escala visual analógica (EVA) milimetrada, en la cual el sujeto puede puntuar su estado de salud el día de la encuesta, siendo los extremos de la escala el peor estado imaginable (0) y el mejor estado de salud imaginable (100). Al instrumento anterior se le añadieron datos generales como sexo, edad, escolaridad, estado civil y ocupación.

Tanto la encuesta como la evaluación de CV, la realizaron personal previamente adiestrado en la utilización de los instrumentos. A los sujetos encuestados, se les explicó el motivo del estudio y la libertad que tenían de participar o no en el mismo, respetando su confidencialidad y solicitando su consentimiento verbal.

Como estadístico se utilizó en las variables numéricas; medias y desviación estándar y para las categóricas; tablas de frecuencias. El análisis univariado entre distintas categorías de CV se realizó utilizando tablas tetracóricas y el test de la Ji², por medio del programa SPSS 10.0 para windows, tomando como significancia estadística una $p < 0.05$.

El porcentaje de entrevistas completadas fue del 100%, no hubo negativas de las personas requeridas para participar en el estudio. De los 150 entrevistados, 50 estaban diagnosticados por su médico tratante con DM2 y 100 no tenían en ese momento diagnóstico ni sospecha de Diabetes. Como características generales de la muestra (cuadro 1) se obtiene que del grupo con DM2, pertenecían al género femenino el 58% vs 62% del grupo sin DM2, sin diferencias estadísticas ($p > 0.05$); el grupo de personas con DM2 promediaban una edad de 56.5+5.64 años y el grupo sin DM2 con 53.03+5.28 años, presentando diferencias estadísticas ($p < 0.05$).

Referente a la escolaridad la mayoría cuenta con primaria terminada, con un promedio de escolaridad en años de 5.02 + 3.3 en los pacientes con DM2 vs 7.08 +

3.5 años ($p < 0.05$). La ocupación sólo presentó diferencias entre los grupos en el porcentaje de comerciantes, en el grupo de pacientes con DM2 fue mayor (34%) vs 17% del grupo de pacientes sin DM2 ($p < 0.05$). En cuanto al estado civil no se encontró diferencias estadísticas entre grupos, predominando en ambos el porcentaje de casados con un 66% vs 73% en pacientes con DM2 y pacientes sin DM2, respectivamente.

Respecto a CV, el grupo de personas con diagnóstico de diabetes mellitus entrevistada, obtuvo resultados similares a los que no tienen diagnóstico de diabetes, en los puntajes de las 5 dimensiones estudiadas (cuadro 2). Sin embargo, en lo referente a la ansiedad y depresión el 10% de las personas la perciben como de mayor problema, en comparación con las otras dimensiones, aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas.

La valoración global de la salud en el día de la entrevista, fue inferior en el grupo de los pacientes sin DM2 con un 69.8 de calificación en comparación con un 73.9 en el grupo de personas con DM2, en una escala que va de 0 a 100 puntos (Cuadro 3).

Al separar para análisis por grupos de diagnosticados y no diagnosticados con DM2 con una recategorización de las características generales (cuadro 4), encontramos en los pacientes con DM2, mayor edad, menor escolaridad, más ocupación remunerada y mayor puntaje promedio otorgado a EVA ($p < 0.05$). No se encontraron diferencias significativas en las variables de sexo y estado civil (> 0.05). A pesar de encontrar diferencias entre grupos en las variables mencionadas, al comparar variables sociodemográficas en ambos grupos con el promedio de EVA, no encontramos asociación con ninguna de las variables ($p > 0.05$).

La percepción de calidad de vida en relación con su salud esta más relacionada a múltiples aspectos de índole cultural y social más que por una condición específica, sin embargo de un 20 a un 40 % de ambas poblaciones perciben su salud con problemas en las cinco dimensiones estudiadas, siendo más alto en la dimensión de ansiedad / depresión (cuadro 2).

DISCUSIÓN

En 1995, un estudio de 100 pacientes con diabetes tipo 2, permitió determinar la relación entre: tiempo de evolución de la enfermedad, descontrol metabólico, enfermedades

CUADRO 4. DIFERENCIAS EN DM2 Y SIN DM2

Variable	Diferencias	Ji2	P
Sexo	Masculino 58% en DM2 vs 61% en sinDM2	0.13	0.7
Edad	Mayor edad en DM2 70% vs 40% < X	12.50	*0.00
Escolaridad	Menor escolaridad en DM2 41% vs 18% < primaria	7.93	*0.00
Ocupación	Mayor % de ocupación con ingresos \$ en DM2 56% vs 37%	4.90	*0.02
Estado civil	Estado civil en DM2 66% vs 73% sinDM2 con pareja	0.79	0.3
Puntos EVA	Promedio mayor en DM2 62% vs 34% en sin DM2	10.64	*0.00

Fuente: cuestionario y escala N= 150 Ji2 *significancia p<0.05

asociadas, complicaciones tardías y calidad de vida en un primer nivel de atención. El impacto de las complicaciones presentó moderada afección en la CV por la presencia de las complicaciones tardías de la diabetes, seguidas del descontrol metabólico, el tiempo de evolución y las enfermedades asociadas. (8) En nuestro trabajo no contemplamos en un primer momento estas variables, se eligió hacer una comparación de aspectos generales con sujetos sin DM2. Exclusivamente nos enfocamos a la calificación y valoración que las personas de ambos grupos otorgaron a su CV en el momento de la encuesta. Sin embargo, contrario a lo que esperábamos, encontramos que las personas con diagnóstico de diabetes de nuestro estudio, consideran mejor su calidad de vida que quienes no tienen diabetes.

Los problemas metodológicos que implica la calidad de vida son dos. Primero porque se consideran medidas "blandas" y segundo por que no hay un estándar de oro con que se pueda comparar la medición. En este trabajo, se utilizó un instrumento genérico, ya que incluía a un grupo sin DM2. Probablemente uno específico para DM, habría captado mayor impacto de la enfermedad en la CV del grupo con DM2.

El estado de salud de las personas es uno de los principales indicadores de calidad de vida, pero también es un constructo complejo en el que a su vez influyen diversos factores. En el caso de enfermedades crónicas como la diabetes, el mero conocimiento de padecer una enfermedad, independientemente del deterioro físico que produzca, puede dar lugar a un cambio en las actividades o comportamientos de las personas y a un empobrecimiento en la percepción de su salud. (13)

Aunque en nuestra muestra no encontramos esta pobre percepción de CV en las personas médicamente enfermas, que probablemente se deba, a que a pesar de la diabetes, las personas se consideran con un buen nivel de CV. Por otra parte se coincide con datos reportados en que las personas de mayor edad, independientemente de padecer una enfermedad crónica, parecen sentirse más satisfechas con su calidad de vida. (5)

Los factores sociodemográficos tienen un efecto modulador en cada una de las fases de la vida y de la forma en que se les perciba. Así las personas de mayor edad con un mismo grado de problemas de salud se perciben como más sanas que las de menor edad. (13)

En nuestro estudio tomamos personas con una edad económicamente productiva, con características propias de personas mayores en donde los cambios de la familia se van dando con la ausencia de niños pequeños, crisis en las parejas asociadas a la edad, además de etapas relacionadas con la disminución o pérdida de la capacidad reproductiva en las mujeres y el climaterio, contribuyendo a la presencia de estados emocionales con rasgos de trastornos afectivos, tal es el caso de la ansiedad o la depresión como resultado de efectos hormonales; en nuestros resultados, resaltó la dimensión ansiedad/depresión, no obstante, nuestros resultados no mostraron asociaciones entre EVA y las variables de sexo y estado civil.

Por otra parte, diversos autores (5, 13) han investigado sobre los factores de la vida que son considerados importantes para la calidad de vida por las personas de edad, encontrando como variables más importantes, las relaciones familiares y contactos sociales, la salud general, el estado funcional, la vivienda y la disponibilidad económica.

Son componentes importantes de la calidad de vida, la capacidad de control y las oportunidades potenciales que la persona tenga a lo largo de su vida, estos factores, requieren de una medición más especializada, donde se incorporen, no solo escalas de medición, sino metodología cualitativa que logre captar parte de la subjetividad y de los significados que las personas otorgan a su estado de salud o enfermedad y su impacto sobre la calidad de su vida.

Los mayores necesitan para disfrutar de la vida es ser productivos y contribuir activamente en la vida, el crecimiento personal, el tener un propósito en la vida y una meta y la calidad de las relaciones personales, son parte de un funcionamiento positivo en la edad avanzada. Las aspiraciones de autodesarrollo y el interés en el bienestar de los demás, se asocian con sentimientos de bienestar en la vejez (21), que a su vez impacta su CV.

En nuestros resultados, encontramos que hay asociación con la ocupación y la calificación otorgada a EVA, y que las personas con diabetes tenían mayor porcentaje de empleo remunerado, lo que podría presentar sentimientos de utilidad hacia los demás y sentido de autoeficacia.

Consideramos la calidad de vida como un proceso dinámico que incluye interacciones continuas entre el paciente y su entorno. La calidad de vida viene siendo un resultante

de la interacción que tiene el sujeto en su contexto, con la propia personalidad, la cultura, la forma como concibe a la enfermedad, el apoyo social o las redes sociales con que cuenta, los aspectos laborales o de trabajo, la etapa de la vida en que se encuentra y todos aquellos factores socioeconómicos que rodean a una persona que ha sido diagnosticada de una u otra enfermedad. (14)

Los instrumentos para medir calidad de vida, deben de ser sencillos para que puedan ser aceptados por la población y que tengan validez, es decir que midan lo que realmente dicen medir. En el presente trabajo la aplicación del EuroQol D-5, fue buena tanto para el que la administró, como para el entrevistado, con un requerimiento de poco tiempo para contestar y facilidad de responder.

Una limitación probable de nuestro estudio es la cantidad de la muestra y su carácter no probabilístico, lo que nos hace hacer la propuesta de un siguiente estudio, ampliar el tamaño de muestra y utilizar un muestreo probabilístico, ampliar las preguntas de índole cultural y socioeconómico, ya que CV viene a denotar la existencia de un especial interés y preocupación por el bienestar, la satisfacción y la felicidad.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados de este estudio, predomina en ambos grupos el sexo femenino, la edad media es alrededor de la quinta década de la vida, la escolaridad es básica en la población estudiada, la ocupación fue en alto porcentaje remunerada y el estado civil más frecuente fue el de casado o con pareja.

No se encontraron diferencias significativas en cuanto a estado civil y sexo entre los dos grupos. Los pacientes con diagnóstico de diabetes presentan mayor edad, menos nivel de escolaridad, y mayor porcentaje de empleo remunerado. Asimismo, existe diferencia entre el promedio de puntos asignados a la autoevaluación de calidad de vida en ambos grupos.

Se aprecia en los dos grupos, la presencia de una pobre calidad en salud en casi todas las dimensiones, sobresaliendo la dimensión de ansiedad/depresión como la de mayor problema, así como una calificación de su calidad de vida en ese momento, superior en los pacientes con DM2, que en quienes no tienen diabetes diagnosticada. Lo anterior sugiere que el aspecto afectivo-emocional es el más afectado en las personas de nuestro estudio, independientemente de la presencia de diabetes; no así las dimensiones que se refieren a cuidado personal, funcionalidad y a la presencia de malestar físico.

Estos resultados deben de ser considerados por los profesionales de los Centros de Salud que tienen un contacto primario con personas adultas, para programar actividades preventivas y de promoción a la salud, tanto hacia grupos ya diagnosticados con DM2 como a los que están en riesgo de presentar la enfermedad.

Es necesario promocionar estilos de vida más saludables en la población general, sobre todo en lo referente a factores que afectan el estado emocional para generar y fortalecer indicadores positivos de salud mental y con ello conductas encaminadas a mantener y aumentar la salud integral.

Así mismo es evidente continuar desarrollando la línea de investigación con estudios probabilísticos y prospectivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- García Peña MC, Reyes Morales H, Garduño Espinosa J, Fajardo Gutiérrez A, and Martínez García C. "La calidad de vida en el paciente diabético tipo II y factores relacionados". *Revista Médica del IMSS* 1995; 33:293-8.
- Federación Mexicana de Diabetes. "Datos de la Federación Mexicana de Diabetes". www.fundiabetes.com/www/diabetes/dnumeros.asp consultado el 25 nov. 2005.
- Monroy Velásquez O; Rosas Peralta M; Lara Esqueda A; Pastelón Hernández G; y cols. "Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México". *Arch Card Mex*. 2003;73(1):62-77.
- WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med*. Vol. 41, N° 10, pp. 1.403-1.409
- Martínez García MF and García Ramírez M. "La autopercepción de la salud y el bienestar psicológico como indicador de calidad de vida percibida en la vejez". *Journal of Health Psychology* 1994; 6:55-71.
- Shumaker S and Naughton M. The international Assessment of Health Related Quality of Life: a theoretical perspectiva. 2004.
- Swartzmann L, Guerra A, and Olaizola I. "Validación de un Instrumento para medir Calidad de Vida en Hemodiálisis crónica; Perfil de impacto de la enfermedad". *Rev Med del Uruguay* 1999; 15.
- Velarde Jurado E and Avila Figueroa C. "Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida". *Salud Pública de México* 2002; 44:448-63.
- Herdman M. "La medición de la calidad de vida relacionada con la salud". *Med Clin* 2000; 114:22-5.
- Herdman M, Badia X, and Serra S. "El EuroQol-5D; una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria". *Aten Prim*. 2001;425-30.
- Augustovski F, Velázquez A, y Irazola V. "Evaluación del EuroQol (EQ-5d) en población argentina". *Lecs* 2005.
- Badia X, Shiaffino A, Alonso J, and Hendman M. "Using the EQ-5D in the Catalan general Population; feasibility and construct validity". *Quality life Research* 1998; 7:311-22.
- Aspiazu Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer JR, Abanadez Herranz C, García Martín N, and Valero de Bernabé FA. "Factores asociados al mal estado de salud percibido o a la mala calidad de vida en personas mayores de 65 años". *Revista Española de Salud Pública* 2002; 76:683-99.
- Porter GA. "Assessing the outcome of rehabilitation in patients with end-stage renal disease". *Am J Kidney Dis* 1994; 24:S22-S27.

DR. EN C. JOSÉ GUADALUPE SALAZAR ESTRADA *

DRA. EN C. CECILIA COLUNGA RODRIGUEZ **

DR. EN C. MANUEL PANDO MORENO *

DRA. EN C. CAROLINA ARANDA BELTRÁN *

DRA. EN A. TERESA MARGARITA TORRES LÓPEZ *

* Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Departamento de Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara.

** Unidad de Investigación Médica. UMAE Hospital de Pediatría CMNO. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Delegación Jalisco.

Correspondencia: Salazar Estrada José Guadalupe, jsalazar@cucs.udg.mx; salazar_pepe@yahoo.com.mx Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. División de DDPPS. Sierra Mojada 750, puerta 1, colonia Independencia. cp. 44340, Guadalajara Jalisco, México, teléfono y fax (01) 33 105 85 239 y (01) 33 105 85 240.