

Experiencia de enfermería en el manejo de los instrumentos de medida de la calidad de vida

Carmelo Iborra Moltó

*Clínica Vistahermosa
Alicante*

CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

A nivel general se puede definir de una forma tan simple como estar bien con uno mismo y con su entorno. La cosa se complica cuando queremos definirla para personas con enfermedades crónicas, ya que se encuentran con una serie de barreras derivadas de su propia enfermedad que les hacen difícil llegar a los niveles que tenían antes de caer enfermos, y esto además de plantearles un cambio sustancial en su estilo de vida, les supone tener que adaptarse a convivir con su enfermedad.

Técnicamente hablando, cuando hablamos de la Calidad de Vida (CV), generalmente nos planteamos qué es y como se mide. Debido a que es un concepto multifactorial, es difícil definir y consecuentemente medir. Uno de los procedimientos que se adopta es unificar los criterios de medida, según el concepto de CV que utilicemos, y que estará en función de la variable que queremos medir. En nuestro medio siempre será CV relacionada con la Salud.

Las enfermedades generalmente son el resultado de una anormalidad patológica, aunque en ocasiones, una persona puede sentirse enferma sin que la medicina sea capaz de detectar la patología causante. Cuando medimos la CV relacionada con la salud, hay que tener en cuenta estos aspectos.

En la actualidad, se está dando más importancia a la forma en que se vive, que a la cantidad de años que se viven, y se está viendo, que lo que realmente importa es cómo se siente la persona, no como creemos que se siente en función de los resultados analíticos.

No existe consenso sobre como definir la CV, ya que cubre un amplio abanico de situaciones, desde la capacidad funcional, incluyendo el desarrollo de las funciones o papeles habituales (como domésticos y laborales), la calidad de las interacciones sociales y comunitarias, hasta el bienestar psicológico, las sensaciones somáticas y la satisfacción con la propia vida.

En los múltiples trabajos publicados sobre CV, se puede ver lo difícil que resulta su medición y la complejidad que supone utilizar este concepto. De estos estudios he extraído una definición de CV que me parece la más adecuada para utilizar en el ámbito de la enfermedad renal: “La CV está en función de los efectos de la enfermedad y de las consecuencias del tratamiento sobre el paciente renal y de su percepción de los mismos” (Schipper).

CV PERCIBIDA Y CV ESPERADA

En un estudio realizado en 1988 por Slevin y cols, intentaron determinar si las valoraciones de la CV por parte de pacientes con cáncer, comparadas con las de profesionales de la salud, tienen significado y son fiables, analizando la asociación entre ambas valoraciones. Como resultado aparecieron amplias discrepancias entre la valoración hecha por los profesionales de la salud y la que hacían los propios pacientes, esto llevo a los autores a la conclusión de que la valoración que se hace de la CV de los pacientes es muy distinta de la que ellos perciben. A partir de este estudio, podemos diferenciar la CV percibida y la esperada; y así definir la CV percibida como el estado de bienestar que el paciente experimenta y la CV esperada como el estado de bienestar / salud que el profesional de la salud piensa que debe tener, en función de unos parámetros analíticos y observacionales. En un estudio realizado en 1994, en el que se valoraba la percepción de las necesidades de los pacientes en UCI, por parte del personal de enfermería y por parte de los pacientes, también se obtuvieron resultados muy diferentes, lo que viene a corroborar lo comentado anteriormente.

Como profesionales de la salud, la CV que más nos interesa conocer es la que percibe el paciente. De todos es conocido el típico paciente en diálisis, con parámetros analíticos dentro de lo normal, con buena tolerancia dialítica, y sin sintomatología aparente, que sin embargo, presenta unos niveles bajos de CV, por su respuesta negativa frente a la enfermedad.

MEDIDA DE LA CV

Tenemos que partir de la base de que la medida de este concepto depende fundamentalmente de la definición del mismo, como estamos viendo, esta definición es muy compleja y varía en función de la variable que queramos medir.

En nuestro ámbito, tenemos que tomar una definición de CV relacionada con la salud. Hay varias, como hemos visto antes, y aunque todas pueden ser igualmente válidas, la que más se aproxima a nuestras necesidades a nivel operativo, es la que además de los componentes derivados de la enfermedad y su tratamiento, tiene en cuenta también los componentes funcionales, psicológicos, sociales y cognitivos.

La mayoría de escalas e índices para la medida de la CV, están basadas en las dimensiones que forman esta definición, es decir: El estado global de salud, la funcionalidad física, el funcionamiento en el desarrollo de roles, el estado de bienestar, la satisfacción y autocontrol, la ansiedad / depresión, la sexualidad, los contactos y redes sociales, y otras dimensiones y variables relacionadas.

MEDIDA DE LA CV PERCIBIDA

Como he comentado en la introducción una de las componentes fundamentales de la CV, es la percepción que tiene la persona de la misma; ya que es habitual encontrarnos con casos en los que objetivamente, la CV de la persona es buena, a nivel físico y social, sin embargo esta persona se siente enferma, siente que su CV es pésima, de ahí la importancia de tener en cuenta como se siente esta persona, y además es una aspecto sobre el que la enfermería podemos actuar, tanto en su detección como en la aplicación de medidas para resolverlos.

Otro factor que tenemos que tener en cuenta a la hora de medir la CV, y que considero el más importante, es el correcto funcionamiento del acceso vascular, del catéter peritoneal o del Injerto Renal, de tal forma que un acceso vascular malfunctionante puede ser determinante en el deterioro de la CV de los pacientes, hasta tal punto que suele ser el principal criterio de exclusión en estos estudios.

CONCEPTOS DE FIABILIDAD Y VALIDEZ

Una vez revisado el concepto de CV, tenemos que medirla. En primer lugar nos planteamos: ¿Qué características tiene que tener el instrumento de medida?

Estas características son Fiabilidad, Validez y Sensibilidad al cambio fundamentalmente.

Fiabilidad

Una medida se considera fiable cuando produce, consistentemente los mismos resultados, particularmente cuan-

do se aplica a los mismos sujetos en diferentes periodos de tiempo. Los métodos más utilizados para medir la fiabilidad se refieren a la consistencia interna y a la estabilidad de la medida en el tiempo. La consistencia interna generalmente se mide mediante el coeficiente alfa de Crombach y su rango de valores está comprendido entre 0 y +1. En general se aceptan valores mayores de 0,60 para investigaciones psico-sociológicas y mayores de 0,90 para aplicaciones diagnósticas.

La estabilidad de la medida en el tiempo se puede evaluar por el método test-retest, usando la correlación entre ambas puntuaciones obtenidas entre un corto espacio de tiempo (10-15 días), siempre que supongamos que en este espacio temporal no ha habido un cambio en la CV del paciente.

Validez

La validez se refiere a si el indicador mide lo que realmente queremos medir. La valoración de la validez, implica la comparación contrastada con un criterio estándar (gold standard), aunque en la medida de la salud, este criterio es difícil de encontrar.

Voy a poner un ejemplo para que esto quede claro: Un instrumento de medida del peso, puede ser una báscula, este es válido puesto que mide pesos, no mide otra cosa, y será fiable si cada vez que me subo a la báscula en un corto espacio de tiempo, marca el mismo peso, si cada vez que me subo, marca un peso diferente, el instrumento seguirá siendo válido, pero no será fiable.

De forma resumida se puede decir que para que los instrumentos de medida de la CV nos permitan obtener resultados valorables, han de reunir los siguientes requisitos:

Ser Fiables; ser Válidos y ser Sensibles (para detectar los cambios)

INSTRUMENTOS MÁS FRECUENTES

Una pregunta que se nos plantea ahora es: ¿Cuáles son los instrumentos más usados por la enfermería nefrológica?

Los instrumentos de medida de la CV, se pueden clasificar de múltiples formas, según los criterios que tomemos, en este caso voy a dividir en genéricos y específicos, en función de la población a quién vayan dirigidos.

INSTRUMENTOS GENÉRICOS

Los instrumentos genéricos, pueden utilizarse en diferentes enfermedades y grupos de pacientes, y están diseñados para obtener un aspecto de la CV que pueda aplicarse a diferentes procesos. Los más usados en nuestro ámbitos son:

Escala de Karnofsky

Es un indicador de la capacidad funcional y autosuficiencia. Consta de 10 niveles que van desde el 100 que corresponde a una persona normal, es decir, sin limitaciones físicas, hasta 10 que corresponde a una situación terminal.

Entre el 100 y el 80 se encuentran las personas capaces de llevar una actividad normal y trabajar, entre el 50 y 70, aquellos que son capaces de autocuidarse pero no pueden trabajar, y por debajo del 50 aquellos que no son autosuficientes y requieren distintos grados de asistencia.

La escala está mucho más dirigida a las dimensiones físicas de la CV que a las dimensiones sociales y psicológicas. Está traducida a nuestro idioma, es muy utilizada a nivel clínico.

Sickness Impact Profile (SIP)

Es un indicador de las disfunciones que la enfermedad causa en la conducta.

Fue desarrollado en Estados Unidos, como una medida del estado de salud percibida. La enfermedad se mide en relación con su impacto sobre el comportamiento. Contiene 136 ítems referidos a disfunciones relacionadas con la enfermedad en 12 áreas: trabajo, recreo, emoción, afecto, vida en el hogar, sueño y descanso, alimentación, deambulación, movilidad, comunicación e interacción social.

Está traducida a nuestro idioma, y junto a la NHP, son las más utilizadas en nuestro país cuando queremos medir el estado general de salud.

Perfil de Salud de Nottingham (NHP)

Es una escala de medida del estado general de salud, desarrollada en el Reino Unido. Consta de 2 partes. La parte I mide el estado de salud percibida o subjetiva, solicitando respuestas sí/no a 38 expresiones dentro de seis dimensiones: movilidad, dolor, energía, sueño, reacciones emocionales y aislamiento social. Cada dimensión tiene un rango de puntuación posible que va de 0 a 100. La mayor puntuación refleja peor CV.

La parte II pregunta sobre cualquier efecto de la salud sobre siete áreas de la vida diaria: trabajo, tareas del hogar, vida social, vida familiar, vida sexual, intereses, aficiones y vacaciones. En la mayoría de los estudios, solo se aplica la parte I. Hay una traducción y adaptación de la escala a nuestro idioma.

McMaster Health Index Questionnaire (MHIQ)

También es una escala para la medida del estado general de salud, desarrollada en Ontario, Canadá. En su versión original, contiene 24 ítems de funcionalidad física: actividad física, movilidad, autocuidado, comunicación, función física global; 25 ítems de función social: bienestar general, trabajo, apoyo familiar, apoyo de amistades y función social global; y 25 ítems de función emocional: autoestima, sentimientos ha-

cia las relaciones personales, pensamientos sobre el futuro, sucesos críticos de la vida y función emocional global. En total está formada por 74 ítems. La adaptación española, está formada por 65 ítems, se utiliza menos que las anteriores.

Medical Outcomes Study (MOS) y Short Form General Survey (SF-36)

El SF 36 es una versión abreviada del MOS. Tiene 36 ítems que cubren ocho dimensiones del estado de salud. Para cada dimensión se recodifican y se suman los ítems transformándose en una escala con un recorrido de 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud). El SF 36 fue desarrollado en EEUU y posteriormente ha sido validado y adaptado al Castellano.

Otros:

Cuando queremos hacer un estudio exhaustivo de la CV, también se utilizan escalas que miden diferentes aspectos de la sensación de bienestar del paciente, especialmente las relacionadas con la medida del bienestar psicológico y con las redes de apoyo social. Estos instrumentos estarían dentro del grupo de los específicos, pero los he incluido en este apartado porque no son específicos para la enfermedad renal.

Para medir el bienestar psicológico, la más utilizada en nuestro medio es la Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), y para medir el apoyo social, la escala más usada es la The Family Relationship Index (FES) (Escala de Clima Social Familiar) (de RJ Moos. Ambas están validadas y adaptadas al castellano.

INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS

Los instrumentos específicos, pueden serlo para una enfermedad o para una función concreta.

Unos están dirigidos a la valoración de pacientes con un proceso determinado, otros estudian alteraciones concretas de una función (p.e. el sueño)

Los pacientes renales, tienen unas características propias, derivadas tanto de la propia enfermedad, como de la modalidad de tratamiento elegida, lo que ha llevado a desarrollar instrumentos de medida de CV adaptados a estas peculiaridades.

Los cuestionarios más extendidos se han diseñado mediante preguntas a los pacientes y al personal sanitario, intentando identificar las áreas más afectadas por la enfermedad renal. De estas preguntas se obtienen unas respuestas que unidas a datos de estudios similares anteriores, nos permiten elaborar los cuestionarios definitivos.

Los más utilizados son:

Kidney Disease Questionnaire

Es una escala específica para pacientes con IRC tratados con Hemodiálisis (HD) periódica, fue desarrollada en Onta-

rio, Canadá. Se desarrolló después de entrevistas con enfermos y personal sanitario. De ellas surgió una lista con 130 ítems que pueden influir en la CV y de éstos se seleccionaron 26 por su importancia y frecuencia. Se puntúan de 1 a 7 (1=intensidad, 7=ausencia) y se dividen en 5 secciones: Síntomas físicos, fatiga, depresión, relación, frustración. Dentro de estas dimensiones, se tienen en cuenta desde los trastornos del sueño, hasta los problemas de transporte. Está traducida y adaptada al castellano.

Test de Parfrey

Es un test específico para enfermos en HD, fué desarrollado en Canadá por Parfrey y cols. Consta de 24 ítems distribuidos en 2 dimensiones: 12 ítems preguntan sobre la frecuencia de aparición de síntomas físicos y 12 ítems preguntan sobre las sensaciones afectivas. Está traducido y adaptado al castellano.

Todos estos instrumentos por si solos pueden producir resultados poco fidedignos, si no se corrigen para factores como comorbilidad, edad, sexo, educación y otras variables que son determinantes de la CV.

Además hay que tener en cuenta el componente subjetivo de la CV, que está presente en ambos tipos de escalas, tanto en las globales como en las específicas. Consiste en que el paciente expresa su percepción del grado de discomfort, de stres, etc., que está experimentando.

¿CUÁLES SON LOS VALORES NORMALES DE LA CV?

En primer lugar decir que no existen unos valores estándar de CV, esto es por un motivo evidente, ya que cada grupo de investigación utiliza las escalas que más se adecuan a su estudio, y los resultados de las diferentes escalas no se pueden comparar, afortunadamente, cada vez más, se tiende a utilizar las mismas escalas, lo cual puede llevar a construir una base de datos muy grande y de esta extraer una serie de valores que se puedan considerar como "de referencia".

En segundo lugar nos encontramos con un problema de difícil solución, y es que la desviación estándar en la CV medida con escalas, tiende a ser muy amplia, esto es una indicación del alto grado de variación individual. Esto viene a significar que los resultados que obtenemos con estas escalas, son valorables a nivel de grupo poblacional, pero de momento tienen poca utilidad a nivel individual.

¿QUÉ ESTUDIOS ENFERMEROS HAY SOBRE LA CV EN EL PACIENTE RENAL?

En este apartado he querido comentar un poco la experiencia enfermera sobre los estudios de la CV en nuestro medio, por lo que sólo he utilizado como fuentes de refe-

rencia las comunicaciones a Congresos SEDEN en los 10 últimos años, la revista ROL, Enfermería Clínica, BISEDEN y la revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. De estas publicaciones he analizado los estudios más representativos y que más me han llamado la atención, aunque hay muchos más. A continuación haré un breve resumen a nivel general.

Estudios comparativos y descriptivos

En el año 1996, encontramos dos trabajos enfermeros sobre la CV relacionada con la enfermedad renal. Uno de ellos publicado en Enfermería Clínica, hace un estudio comparativo entre los pacientes en Hemodiálisis y los pacientes trasplantados (Tx), en este trabajo utilizan el Perfil de Salud de Nottingham. El otro estudio aparece en la revista ROL, y hace una comparación de la CV en función del tiempo de tratamiento en Hemodiálisis, en este estudio se utiliza el McMaster Health Index Questionnaire como instrumento general, el The Hospital Anxiety and Depression Scale, para valorar el estado psicológico más concretamente y se elabora una pequeña escala en la que se valoran los pormenores del tratamiento, como indicador de adaptación a la HD. Este estudio fue una experiencia piloto que se hizo para posteriormente realizar un estudio multicéntrico en la provincia de Alicante, que apareció publicado en BISEDEN, en el año 1996.

También encontramos en las comunicaciones a congresos SEDEN algunos estudios comparativos y descriptivos, en los que se utiliza la escala de Karnofsky (1992), el Sicknees Impact Profile (1991) el Perfil de Salud de Nottingham (1993), el SF 36 (1996), la Escala de Clima Social Familiar de Moos (2000). Y también encontramos varias escalas para medir la CV inventadas.

Estudios de revisión

En 1998, aparece en la Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica un artículo de revisión sobre la CV, en el se hace referencia a las escalas más utilizadas a nivel nacional e internacional en nuestro medio, y a las variables con mayor peso en el mantenimiento de la CV de los pacientes.

Estudios sobre escalas de medida

En 1995, en las comunicaciones a congresos SEDEN, aparece una publicación muy interesante sobre la traducción y validación del Test de Parfrey para enfermos con IRC en tratamiento sustitutorio. Creo que es la única vez que este tipo de estudios ha sido realizado por un grupo de enfermeros en nuestro país, ya que la mayoría de test y cuestionarios, son adaptados por grupos de psicólogos o médicos. Es un test interesante, ya que es útil para valorar

la calidad percibida por los enfermos renales y además es de aplicación rápida (unos 5 minutos) y fácil.

PROBLEMAS DE LA MEDIDA DE LA CV

¿Con qué problemática nos encontramos cuando queremos medir la CV, especialmente en el pase de cuestionarios?

Forma de medida

Cuando se pasa el cuestionario a los pacientes, nos encontramos con el dilema de cuando y como pasarlo, en general si son pacientes de hemodiálisis optamos por tomar un día fijo que suele coincidir con el día de mitad de la semana, o bien Miércoles o bien Jueves, ya que este día suele ser el más estable en el tto. Otro factor a tener en cuenta es si el cuestionario se rellena en la sala durante la HD o si se rellena en casa. En el caso de que lo rellene en casa, perdemos totalmente el control sobre los sesgos, ya que se lo puede rellenar otra persona, o puede pedir opinión a otras personas. En caso de que se trate de pacientes en Diálisis Peritoneal (DP) ò Tx, es importante que los cumplimenten los días que tengan revisión

Hay que tener presente la longitud del cuestionario, ya que si es muy largo los pacientes se desesperan durante su cumplimentación y comienzan a rellenar sin leer, y si les leemos nosotros las preguntas, podemos influir en sus respuestas en función del énfasis que le damos a cada pregunta, además nos pondremos de acuerdo con el paciente en que no daremos ningún tipo de aclaración, pues estas pueden influir en las respuestas.

Desde mi punto de vista, lo más recomendable en HD, es pasar los cuestionarios en los días Miércoles o Jueves, durante la primera mitad de la diálisis y leerles nosotros las preguntas, sin interpretarlas, teniendo en cuenta que cuanto menos entrevistadores seamos menor será el error cometido. Es importante recalcar que el cuestionario se pasará sólo si el paciente no ha tenido ningún problema durante la punción ni ha tenido problemas fuera de lo habitual, en casa ni en sus relaciones sociales.

Actitud de los pacientes frente a los cuestionarios

Los pacientes renales normalmente llevan mucho tiempo con la enfermedad y están cansados de pruebas y entrevistas de todo tipo, por lo que cuando se les pasa un cuestionario, hay que hacerlo con mucha precaución. Se les debe explicar con todo detalle el objetivo del estudio, las ventajas que le va a reportar su participación en el mismo y se le debe garantizar la confidencialidad de los datos, además de decirle que la participación en el estudio es totalmente voluntaria.

También encontramos cierta reticencia a cumplimentar el cuestionario con nuestra ayuda, casi siempre prefieren rellenarlo solos; y a pesar de la confidencialidad de los datos, suelen dejar en blanco las preguntas relacionadas con el sexo y las cuestiones íntimas relacionadas con el entorno familiar.

Tratamiento estadístico de los datos

Una vez cumplimentados los cuestionarios, hay que pasarlos al ordenador, esto también puede generar una serie de errores de transcripción, por lo que hay que ser extremadamente cuidadosos en esta parte del proceso de investigación. Además es muy importante elegir la prueba estadística adecuada para el estudio que queremos hacer, así como la probabilidad de error.

Otro problema que nos solemos encontrar cuando hacemos revisiones sobre los estudios de la CV, es la gran cantidad de escalas inventadas que se utilizan, pienso que es importante utilizar las escalas estandar, ya que hay multitud de ellas, y seguro que encontramos la que más se adapta las necesidades de nuestro estudio. El hacerlo así, nos permitirá por un lado trabajar con la garantía de que la escala utilizada ha sido correctamente diseñada, probada y validada; y por otra parte nos facilitará la labor de crear una gran base de datos sobre la CV de los paciente en Diálisis y Tx, permitiendo hacer comparaciones entre los diferentes estudios.

CONCLUSIÓN:

Tras este repaso por la investigación enfermera en CV, se puede ver que estamos presentes en todos los aspectos de este campo, desde la investigación descriptiva y comparativa, hasta la adaptación de escalas, siendo además un tema que no pierde interés, ya que, todos los años aparecen publicados trabajos de investigación en CV realizados por enfermeros. Pienso que es importante que sigamos investigando en este terreno y que estemos presentes en los índices internacionales como MEDLINE y otros, ya que todos los días estamos al lado de los pacientes y tenemos un papel importante a la hora de mantener y mejorar su calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA:

Calidad de Vida. Generalidades.

Bowling A. La medida de la Salud. Masson. Barcelona 1.994

Traver JA. Estudio de la calidad de vida en personas de más de 65 años en Hemodiálisis. Tesis Doctoral; 1998.

Hérisson C. et al. Évaluation de la Qualité de Vie. Ed. Masson. Paris 1.993. pg. 271-279.

Kaplan De Noir A. Renal replacement therapies. Quality of life. H. Spilker Raven Press. Ltd. New York 1990.

Kimmel PL, et al. Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney Int*, 1.998 Jul, 54:1, 245-54.

Locatelli F, et al. Morbidity and Mortality on maintenance haemodialysis. *Nephron*, 1.998 Dec, 80:4, 380-400.

Walker SR; Rosser RM. Quality of Life Assessment: Key Issues in the 1990s. Kluwer Academic Publishers, Lancaster, UK. 1993.

Schipper H, Clinch J and Powell V. Definitions and conceptual issues. In Spilker B, editor. Quality of life assessments in clinical trials. New York, Raven Press, Ltd, 1990; 11-24

Calidad de Vida. Estudios Enfermeros.

García M^a P, Canal A, et al. Calidad de Vida relacionada con la salud en pacientes con trasplante renal y hemodiálisis. *Enfermería Clínica*, 1996, vol 6, 4:139-143

Corbí D, Iborra C, et al. Escala de adaptación al tratamiento de hemodiálisis. Comparación de dos métodos de medición. VI Jornada de Enfermería Nefrológica de la provincia de Alicante, Elda, Mayo de 1.995.

Iborra C, Corbí D, et al. Calidad de Vida en Pacientes en programa de Hemodiálisis: Estudio multicéntrico en la provincia de Alicante. *Revista BISEDEN*, 1^o trimestre de 1.996, pg. 33-36.

Corbí D, Iborra C, et al. Hemodiálisis y Calidad de Vida. Estudio en función del tiempo de tratamiento. *Revista ROL*, Noviembre de 1.996, pg. 55-57.

Corbí D, Iborra C, et al. Pacientes en Hemodiálisis: Factores que influyen en su Calidad de Vida. *ENFERMERÍA NEFROLÓGICA*, IV trimestre 98, n^o 4, 23-26, 1998.

Yuste E; Ponz E; Traducción y validación de un test de CV específico para los enfermos con IRCT. Com. al XX Congreso Nacional de la SEDEN, Granada 1-4 Oct 1995, 242.

Calidad de Vida. Escalas y Cuestionarios.

Badía X, Alonso J. Adaptación de una medida de la disfunción relacionada con la enfermedad: La versión español

la del Sickness Impact Profile. *Med. Clin* 1994; 102: 90-95.

Alonso J, Antó JM, Moreno C. Spanish version of the Nottingham Health Profile: Translation and preliminary validity. *Am J Public Health* 1990; 80: 704-708.

Alvarez-Ude F, Galán P. et al. Adaptación transcultural y validación preliminar de la versión española del Kidney Disease Questionnaire. *Nefrología*, Vol XVII, 6, 1997.

Chambers, L.P.W.; McDonald, L.A.; Tugwell, P. et al. The McMaster Health index Questionnaire as a Measure of Quality of life for patients with Rheumatoid disease. *Journal of Rheumatology* 1982;9,780-784.

Rodríguez Marín, J. Vallejo Muñoz, E. Versión Española del MacMaster Health. Universidad de Alicante. Facultad de Medicina. Departamento de Psicología de la Salud. 1992.

Karnofsky, D.A., Abelmann, W.H. et al. The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. *Cancer*, I: 634-56, 1948.

Laupacis A. et al. Disease specific questionnaire for patients with a renal transplant. *Nephron* 1993; 64; 226-231.

Lupacis A. et al. A Disease-Specific Questionnaire for Assessing Quality of Life in Patients on Hemodialysis. *Nephron* 1992; 60: 302-306.

Parfrey, PS. et al. Development of a health questionnaire specific for end-stage renal disease. *Nephron*, 52; 20-28, 1989.

Zigmond AS, Snaith RP- The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 67: 361-370.

Tejero A. Guimerá EM. et al. Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Rev. Depto. Psiquiatría Facultad de Med. Barna.* 1986; 13, 5: 233-238.

Moos RJ, Moos BS, et al. Escalas de Clima Social y Familiar. TEA Ediciones. Madrid, 1984.