



## **CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE CATARATAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN**

### **QUALITY OF LIFE IN PATIENTS SURGICALLY OPERATED FOR CATARACTS AT THE NATIONAL INSTITUTE OF REHABILITATION**

María Guadalupe Pérez Luna  
Profesora en la UNAM, en la Escuela Nacional de Trabajo Social

#### **RESUMEN**

La catarata es una patología ocular que se caracteriza por disminución de la visión; como consecuencia de opacidad del cristalino, que ocasiona ceguera repercute en la calidad de vida de las personas que la padecen; ceguera que es reversible por medio de la intervención quirúrgica. El objetivo de la presente investigación fue Conocer desde la perspectiva del Cuestionario de Función Visual VFQ – 25 versión 2000, si existe diferencia estadísticamente significativa  $<0.05$ , en la calidad de vida de una muestra de sujetos que recibieron tratamiento quirúrgico en el Programa Nacional de Cirugía de Cataratas del Instituto Nacional de Rehabilitación con relación a su evaluación previa. Se realizó un estudio exploratorio, de campo y longitudinal, a una muestra no probabilística de 200 sujetos con diagnóstico médico de catarata, que recibieron tratamiento quirúrgico en el programa en mención, en el período del 1º. Enero al 31 agosto de 2008. Se aplicó el instrumento de tipo cuestionario, VFQ-25 (Visual Functioning Questionnaire -25) versión 2000 del Instituto Nacional de Ojo de Estados Unidos, traducido al español. Se utilizó paquete estadístico SPSS.pc, se ejecutó estadística descriptiva, de tipo no paramétrica y calculo T de student. Se agregaron variables socio demográficas no consideradas en el NEI VFQ-25, los resultados se muestran con una tabla en la que se observa el promedio de calidad de vida de las 12 escalas y finalmente dos tablas que muestran la estadística inferencial que se obtuvo de cada una de las escalas. Se demuestra que el promedio de la calidad de vida de los sujetos previo al tratamiento quirúrgico fue de 33.50 puntos y posterior al mismo fue de 73.37 puntos; observando una mejoría de 39.87 puntos. Se concluye que en las 12 escalas del NEI VFQ-25, se encontró una diferencia altamente significativa inferior al 0.05 en calidad de vida con relación a la evaluación previa.

**Palabras clave:** Calidad de vida, Cirugía de Cataratas.

#### **ABSTRACT**

The cataract is an ocular pathology characterized by decreased vision; as a consequence of cloudiness of the lens, causing blindness, affecting the quality of life for people who suffer from it; blindness that is reversible through surgery.

The objective of this research was to know from the perspective of Visual function VFQ - 25 version 2000 questionnaire, if there is statistically significant difference  $<0.05$ , in the quality of life of a sample of subjects undergoing surgical treatment in the national program of cataract surgery from the National Institute of rehabilitation in relation to their assessment. He was an exploratory field and



longitudinal study a sample not probabilistic 200 subjects with a medical diagnosis of cataract, receiving surgical treatment programme in the period from 1. January to August 31, 2008. Questionnaire, VFQ-25 (Visual Functioning questionnaire - 25) version 2000 of the National Institute of eye of United States, translated into the Spanish type instrument was applied. Statistical package SPSS.pc was used, descriptive statistics, nonparametric type executed and calculus student's T. Added variables demographic partner considered not in the NEI-VFQ - 25, the results are displayed with a table that shows the average number of quality of life of the 12 scales and finally two tables showing the inferential statistics, which were obtained from each of the scales. Shows that prior to the surgical treatment quality of life of subjects average gave an average of 33.50 points and after the same was 73.37 points; Noting an improvement of 39.87 points. It is concluded that on the 12 scales of the NEI-VFQ-25, a highly significant difference less than 0.05 was found in quality of life in relation to the ex-ante evaluation.

Fecha de Recepción: 13 de mayo del 2022

Fecha de Aceptación: 12 de julio del 2022

Fecha de Publicación: 31 de agosto del 2022

## INTRODUCCIÓN

El cambio gradual del perfil epidemiológico que se ha dado en México a partir de la década de los cincuenta del recién siglo pasado, en el sentido de una lenta disminución de los padecimientos infecciosos pero un crecimiento rápido de los crónicos degenerativos (Rodríguez, 1998), con relación a los padecimientos de la vista se observa que; mientras los casos de ceguera por enfermedades tropicales, tracoma y otras causas infecciosas están disminuyendo a nivel mundial como resultado de las acciones de salud pública, las enfermedades no transmisibles como las cataratas (principal causa de ceguera en el mundo), los errores refractivos no corregidos, el glaucoma y la retinopatía diabética crecen rápidamente (La prensa; 2008). Esto ha generado nuevas prioridades de investigación e intervención de todos los profesionales de la salud, incluyendo al Trabajador Social, quien en este caso ha interesado por el estudio de la calidad de vida de pacientes con cataratas.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el número de pacientes con deficiencia visual en el mundo asciende 50 millones, de estos aproximadamente la mitad padecen ceguera con cataratas, con una proyección de crecimiento estimada para el año 2020 de cincuenta millones (Programa de Trabajo del Servicio de Oftalmología, 2006). La catarata es una enfermedad muy frecuente en personas de la tercera edad, su prevalencia es de 50% en personas de entre 65 y 74 años y de 70% en mayores de 75 años (Bremond; 2002). Actualmente, la patología ocular de catarata se encuentra considerada como un problema de salud pública, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que más del 90% de las personas con discapacidad visual en todo el mundo viven en países de bajos o medianos recursos y en estos países la catarata es la principal causa de ceguera (La prensa, 2008). Se estima que en México existen 600 mil pacientes ciegos por año y de ellos el sesenta por ciento es por catarata; se cuenta con información en donde el número de cirugías de cataratas realizadas en un año por todas las instituciones gubernamentales y no gubernamentales es de aproximadamente



cien mil, por lo que el déficit se calcula entre 150 mil y 200 mil pacientes de catarata que no se pueden operar cada año, por falta de recursos (Programa de Trabajo; 2006).

Partiendo de la premisa de que hasta un 75% de los casos de ceguera en los adultos y 50% de los de ceguera infantil, son evitables a través de la prevención o el tratamiento adecuado, es que la OMS junto con la Agencia Internacional para la Prevención de la Ceguera (IAPB por sus siglas en inglés) trabaja desde 1999 en la iniciativa “Visión 2020”. (La prensa; 2008), de tal forma que para prevenir la prevalencia de esta enfermedad en mayo de 2003 y mediante una resolución unánime por parte de los integrantes de la OMS, se crea un “Programa Mundial de Prevención a la Ceguera” a lo que se denominó “Iniciativa Global Visión 2020: El Derecho a la Visión”, de la cual México forma parte y cuya meta es eliminar todos los casos de invalidez visual prevenible para el año 2020. (Programa Nacional de Cirugía de Cataratas; 2005).

Así entonces, el 4 marzo de 2004 en México se creó el Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento de las Enfermedades Visuales y en agosto de 2007 se puso en marcha el Programa Nacional de Cirugía de Cataratas (PNCC) en el Servicio de Oftalmología del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR); cabe señalar que “los costos para la atención de cataratas en el ámbito mundial en los servicios privados, oscilan de dos a tres mil dólares”, (PNCC, 2005) haciendo inaccesible la atención médica en este padecimiento para el grueso de la población de escasos recursos económicos, es por ello que en Octubre de 2005 se introdujo en términos del artículo 77 BIS 29 de la Ley General de Salud la consideración de la catarata como gasto catastrófico en las familias de las personas que la padecen.

Es importante destacar que la principal característica del PNCC en el INR, fue atender sin costo alguno a personas de escasos recursos económicos y que no contaran con servicios de Seguridad Social, previa valoración socioeconómica del profesional en Trabajo Social; la atención en este programa incluía los costos de estudios de valoración médica pre quirúrgica incluyendo estudios de laboratorio, electrocardiograma, valoración por medicina interna, cirugía, lente intraocular y consultas de seguimiento hasta que el paciente es dado de alta médica.

Cabe señalar, que la catarata es una patología ocular que se asocia al envejecimiento, tiene un desarrollo lento y sin dolor, con gradual pérdida de la visión (Guía clínica, 2005) como consecuencia de la opacidad del cristalino, se le asocia a la exposición a la luz solar, hábito de fumar, mala nutrición, traumas oculares, enfermedades sistémicas, y uso prolongado de corticoides (PNCC, 2005).

Los signos que hacen sospechar la existencia de cataratas son: Alteración de la agudeza visual indolora, no acompañada de ojo rojo, gradual, uni o bilateral que se manifiesta como: Visión borrosa para lejos y/o cerca, percepción alterada de los colores, diplopía monocular, miopía transitoria, cambios frecuentes en la fórmula de los lente de corrección óptica, visión deficiente en la noche, sobre todo al manejar, causada por los efectos de las luces brillantes (encandilamiento), problemas con el brillo de las lámparas o del sol, halos alrededor de las luces, visión doble, manchas blancas o nubladas en el cristalino del ojo (las pupilas se ven blancas o lechosas en lugar de negras). (Guía Clínica; 2005).

Ante la presencia de uno o más signos, generalmente y de primera instancia las personas consideran que son cambios que acompañan su proceso de envejecimiento, otras acuden al optometrista y en repetidas



ocasiones hacen cambio de anteojos sin observar mejoría en su visión, mermando paulatinamente su calidad de vida.

Con respecto al término de calidad de vida, éste es un término que se utiliza en diferentes ámbitos como el social, económico, cultural, antropológico, salud y psicológico, entre otros; como consecuencia existen diferentes y variados significados; es un concepto complejo, multidimensional que depende de lo que el investigador desea conocer y evaluar con relación a lo que las personas viven, sienten, perciben y evalúan, “se relaciona fuertemente con la percepción de bienestar, siendo ésta más individualizada que generalizable, puesto que la gente suele reaccionar de manera diferente a situaciones idénticas” (Diener y Suh, 1977) (Garduño; 2005), teóricamente hoy en día no se ha consolidado un término genérico, “este concepto comprende una serie de significados, operacionalizaciones y métodos de investigación, y todos ellos se ocupan de una u otra manera de la satisfacción, la felicidad, el afecto y el sentido de bienestar” (Palomar; 1996).

Garduño logra identificar diferentes paradigmas con sus propios indicadores para explicar y medir la calidad de vida, entre los que destacan los económicos, ambientalistas, de necesidades básicas, de salud y filosóficos.

En este caso y debido a que la presente investigación es de salud, se hace énfasis a los paradigmas de salud, en donde de acuerdo la OMS la salud se define como un estado completo de bienestar físico, mental y social; calidad de vida con relación a la salud es “la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal”, donde se considera una variable predictiva para evaluar el impacto de la enfermedad, el curso y el tratamiento.

(Apiquián, Fresán y Nicolini, 2000) (Garduño; 2005).

La calidad de vida de acuerdo con el paradigma de salud se puede medir desde tres perspectivas que son: a) calidad de vida general, b) calidad de vida relacionada a la salud y c) calidad de vida específica para cada enfermedad.

Algunos de los indicadores de salud física que se han empleado para medir la calidad de vida son:

Las tasas de natalidad, mortalidad, el número de días hospitalización, el porcentaje de ocupación de camas, así como también el porcentaje de vacunación a la población, la esperanza de vida, el número de años vida saludable, años de vida sin incapacidad, etc. Y ejemplos de indicadores de bienestar – o mejor dicho malestar- social y mental, son las tasas de suicidio, homicidio, actos de violencia y otros crímenes; accidentes de tráfico, delincuencia juvenil, abuso de alcohol y drogas; tabaquismo, consumo de tranquilizantes, y obesidad (Garduño; 2005).

De tal forma que, la Calidad de Vida consiste en la percepción objetiva y subjetiva de la satisfacción de las necesidades humanas, individuales y colectivas con relación al medio ambiente donde se vive; Palomar, hace referencia a diversos investigadores como Oppong, Ironside y Kennedy (1988); Andrews y Withey (1976); Campbell y cols. (1976); Levy y Anderson (1975) y Mcneil, Stones y Kozoma (1985) quienes coinciden y establecen los indicadores para realizar la medición objetiva y subjetiva de la calidad de vida en donde la percepción.

Objetiva, “se refiere a los factores o condiciones de la vida social, sin tomar en cuenta la percepción y evaluación de dichas condiciones; es decir se refiere al concepto de



“nivel de vida” (educación, empleo, condiciones económicas de la vivienda, nutrición, etc.)” y el subjetivo, son indicadores que se basan en la percepción y evaluación subjetiva de las personas, bajo circunstancias dadas, por lo que resulta necesario ir directamente a la descripción sobre cómo se siente una persona en relación con su vida (Palomar; 1996).

Por su parte Garduño, retoma a Lehman, 2000, quien considera que la calidad de vida objetiva es todo aquello que la persona es capaz de hacer, el acceso a los recursos y las oportunidades para usar esas habilidades con el fin de conseguir los intereses y la calidad de vida subjetiva es la sensación de bienestar; coincidiendo con Cabezas-León quien menciona que lo que se define como Calidad de Vida en relación a la salud tiene dos partes, que presentan diferentes problemas a la hora de validarse: la parte objetiva, que es el estatus funcional del individuo y la parte Subjetiva, que es el sentimiento de salud y la sensación de bienestar (Cabezas- León; 2005).

### 1. DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA

Las dimensiones de la calidad de vida son aspectos que la gente vive, experimenta, percibe y evalúa, mismos que dependen de cada investigador y de lo que él pretenda evaluar, son arbitrarias y dependen de la persona que las identifique considerando su propio contexto social. Robert L. en la obra Calidad de Vida, Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales, incluye las siguientes dimensiones clave de acuerdo con diferentes investigadores:

#### 1.1. Dimensiones prototípicas de Calidad de Vida

Investigador	Dimensiones Clave
Flanagan (1982)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienestar físico y material</li> <li>• Relaciones con otras personas</li> <li>• Actividades sociales, comunitarias y cívicas</li> <li>• Desarrollo y logro personal</li> <li>• Ocio</li> </ul>
Organización Mundial de la Salud (WHO 1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud física</li> <li>• Psicológica</li> <li>• Nivel de independencia</li> <li>• Relaciones sociales</li> <li>• Entorno</li> <li>• Espiritualidad, religión, creencias Personales</li> </ul>
Cummins (1996)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienestar material</li> <li>• Salud</li> <li>• Productividad</li> <li>• Intimidad</li> <li>• Seguridad</li> <li>• Lugar en la comunidad</li> <li>• Bienestar emocional</li> </ul>
Felce (1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienestar físico</li> <li>• Bienestar material</li> <li>• Bienestar social</li> <li>• Bienestar relativo a la productividad</li> <li>• Bienestar emocional</li> <li>• Bienestar referido a los derechos o a aspectos cívicos</li> </ul>
Schalok (1996b, 2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienestar emocional</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Bienestar material</li> <li>• Desarrollo personal</li> <li>• Bienestar Físico</li> <li>• Autodeterminación</li> <li>• Inclusión social</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Derechos.</li></ul>
--	---

Calidad de Vida. Manual para Profesionales de la Educación, Salud y Servicios Sociales. Robert L. Shalock, 37

Previamente Flanagan (1978) había afirmado que la Calidad de Vida estaba constituida por quince componentes: Bienestar económico, bienestar físico y salud, relaciones con parientes, tener y criar hijos, relaciones de pareja, amigos cercanos, actividades cívicas y sociales, actividades políticas, desarrollo personal, conocimiento personal, trabajo, expresión personal y creatividad, socialización, actividades de recreación pasiva, actividades de recreación activa (Palomar; 1996)

En 2011 la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) presentó en Internet un nuevo índice para medir la calidad de vida de las personas, a partir de la jerarquización de las prioridades de cada individuo. El índice para una vida mejor tomando en consideración once parámetros que la OCDE considera que reflejan el "bienestar", en donde cada individuo decida cuáles deben tener un peso relativo mayor o menor. Los parámetros a que hace referencia son los ingresos, la vivienda, el empleo, las relaciones sociales, la educación, el medio ambiente, la salud, la satisfacción, la seguridad y la conciliación entre la vida laboral y la vida privada<sup>1</sup> De acuerdo a la OCDE estos indicadores también permiten medir y comparar la calidad de vida entre países, para entonces, el indicador cubría los 34 países de

<sup>1</sup> Véase: <http://cde.uv.es/menmultimedia/aliasrecomendacio>

la OCDE, y había previsto ampliarlo a los grandes emergentes que son Brasil, China, India, Indonesia, Rusia y Sudáfrica.

Sin embargo, las dimensiones que aparecen valoradas en la mayoría de los cuestionarios son función física, estado psicológico, dolor, función social, fatiga, sexualidad (Pelegrin, 2002). Por su parte (Cabezas-León, 2005) refieren que la calidad de vida incluye la funcionalidad física, psicológica y social; la primera es la posibilidad de llevar a cabo actos de la vida diaria como higiene y cuidado personal, pasear, también hace referencia a los síntomas de la enfermedad y sus tratamientos. La funcionalidad psicológica es el bienestar mental y emocional, satisfacción y felicidad y finalmente la funcionalidad social son las relaciones sociales y participación en actividades.

## **INSTRUMENTOS PARA MEDIR CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA VISIÓN**

Con relación a los instrumentos que se han elaborado y aplicado sobre calidad de vida con relación a la visión, se pueden mencionar los aplicados en diferentes países como Cuba (VQOL-15), España (SF-36) y Estados Unidos (VFQ-25) versión 2000.

### **1.2. El instrumento VQOL-15**

El **VQOL-15** es un instrumento con 15 reactivos en el que el paciente reporta si presenta problemas relacionados con su visión en la siguientes actividades: Leyendo libros o periódicos, leyendo textos en la TV/ viendo programas televisivos, leyendo o escribiendo cartas, haciendo llamadas

[nes/item/6515-%C3%ADndice-para-medir-la-calidad-de-vida-de-la-ocde.html](http://cde.uv.es/menmultimedia/aliasrecomendacion/item/6515-%C3%ADndice-para-medir-la-calidad-de-vida-de-la-ocde.html), 2011)



telefónicas y usando el timbre de la puerta, reconociendo caras, mirando fotos, caminando, en la movilidad exterior, comprando, caminando, etc., manejando carros/ bicicletas, haciendo labores de costura, movilidad interior, cocinando, lavando, reconociendo flores, actividades al aire libre, pescando, tocando instrumentos, hobbies, visión estimada por sí mismo en relación con sus problemas.

Los pacientes identifican los problemas relacionados con la vida diaria provocados por su visión, los cuales se ubican dentro de una a cuatro categorías codificadas por puntos: "no problemas" con 3, "pequeños problemas" con 2, grandes problemas con 1 y problemas muy serios con 0.

Para ponderar los resultados del cuestionario el resultado se lleva a una escala de 0-100 (en el que 0 representa la total incapacidad y 100 el estatus de no problemas relacionados con las actividades de la vida diaria relativas a visión); el valor de esta escala se multiplica por la constante 33,3 lo cual nos permite dividir a los pacientes con catarata en cuatro grupos: I Grupo: Mala calidad de vida (0-24), II Grupo: Moderada calidad de vida (25-50) III Grupo: Buena calidad de vida (51-75), IV Grupo: Muy buena calidad de vida (76-100)

### 1.3. *El cuestionario SF36*

El cuestionario **SF36**, se aplicó en España por ser genérico, multidimensional y accesible. Con él se pretende demostrar lo que se gana en función visual y calidad de vida (relacionada con la salud y con la visión) tras la cirugía de catarata (Cabezas- León, 2005).

Es un cuestionario de salud, utilizado en investigaciones médicas, de salud mental y, en general, en investigaciones relacionadas con la salud, ofrece una perspectiva general del estado de salud de la persona con la

ventaja de que es fácil y rápido de contestar, a la vez que también es sencillo de evaluar. Permite valorar numéricamente diferentes aspectos de la salud de la persona, Contiene 36 preguntas que abordan diferentes aspectos relacionados con la vida cotidiana.

Estas preguntas se agrupan y miden en 8 dimensiones que son: funcionamiento físico, limitación por problemas físicos, dolor corporal, funcionamiento o rol social, salud mental, limitación por problemas emocionales, vitalidad, energía o fatiga, percepción general de la salud.

Las puntuaciones de cada una de las 8 dimensiones del SF-36 oscilan entre los valores 0 y 100. Siendo 100 un resultado que indica una salud óptima y 0 reflejaría un estado de salud muy malo.

### 1.4. *El instrumento VFQ-25*

En Estados Unidos se utilizó el instrumento **VFQ-25** del Instituto Nacional del Ojo de Estados Unidos, tomando en cuenta las 12 escalas; es el instrumento que se utilizó para el presente estudio y se describe en el correspondiente apartado de metodología de éste artículo.

## 2. MATERIAL Y MÉTODO

El objetivo del estudio giró en torno a conocer si existía diferencia estadísticamente significativa  $P < 0.05$  en la calidad de vida de los sujetos que recibieron tratamiento quirúrgico en el Programa Nacional de Cirugía de Cataratas del Instituto Nacional de Rehabilitación, con relación a su evaluación previa.



Se trata de un estudio exploratorio, de campo y longitudinal.

Se aplicó en dos momentos:

- Primer momento: Se seleccionó una muestra no probabilística propositiva de 200 sujetos de entre 1300 personas intervenidas quirúrgicamente en el Programa Nacional de Cataratas en el Instituto Nacional de Rehabilitación, en el período comprendido de 1 de enero al 31 agosto de 2008, a quienes se les aplicó el pre test previo al tratamiento quirúrgico; aprovechando su permanencia en el Instituto el día en que fueron citados a valoración médica por el servicio de medicina interna. Dentro del proceso de evaluación pre-quirúrgica se hizo una invitación a estos sujetos para participar en la investigación, aplicándoles un cuestionario sobre características socio-demográficas y el NEI VFQ -25 versión 2000 de manera individual, con el compromiso por parte de ellos para volverlo a contestar, en promedio tres meses después la cirugía y una vez que fueran dados de alta del servicio.
- Segundo momento: Se aplicó el post test, tres meses después de que los pacientes recibieron tratamiento quirúrgico y una vez que el oftalmólogo determinó la alta clínica del paciente.

La calidad de vida se obtuvo tomando en cuenta la importancia que los pacientes concedieron a ésta, apoyados en las respuestas otorgadas al NEI VFQ- 25 (Questionarie Función Visual – 25 versión 2000), consiste en 25 (sub-escalas) ítems agrupados en 12 escalas de Calidad de vida relacionada a la salud respecto a la visión, validado internacionalmente por el Institute National Eye de Estados Unidos.

El NEI-VFQ-25 maneja doce escalas: 1. Salud general, 2. Visión general, 3. Dolor ocular, 4. Dificultades en las actividades que involucran la visión de cerca, 5. Dificultades en las actividades que involucran la visión de lejos, 6. Limitaciones sociales provocadas por la visión, 7. Síntomas mentales debidos a la visión, 8. Limitaciones en los roles debido a la visión, 9. Dependencia de otras personas ocasionada por la visión, 10. Dificultades para conducir automóvil, 11. Limitación en la visión periférica, 12. Limitación en la visión de los colores.

Cada escala tiene entre una y cuatro diferentes sub-escalas que se miden con un puntaje del 1 al 100, que finalmente se promedian para calcular la calidad de vida de los sujetos, entre mayor es el puntaje mayor es la calidad de vida y viceversa entre menor es el puntaje menor es la calidad de vida. El instrumento fue traducido al español por el Dr. Everardo Barojas Weber (subdirector Médico del Servicio de Oftalmología) y la Dra. Gabriela Ortega Larrocea (Jefa de División de Oftalmología), se aplicó una prueba piloto por 5 oftalmólogos y una trabajadora social del Instituto Nacional de Rehabilitación en el servicio de Oftalmología.

Para obtener información de carácter sociodemográfico de los sujetos, al cuestionario se agregaron preguntas de este tipo, los cuestionarios fueron aplicados personalmente por una trabajadora social.



**Tabla No. 1 Promedio de Calidad de Vida**

CUESTIONARIO VFQ – 25 VERSION 2000		PUNTAJE	
Escala	Sub-escala	Previo	Posterior
Salud General	Edo Salud	45.00	50.75
Visión General	Visión	42.80	77.10
Dolor ocular	Sensación de malestar	44.75	79.06
	Molestia, dolor o incomodidad		
Actividades de cerca	Dificultad para la lectura	28.70	77.20
	Dificultad actividades de cerca		
	Dificultad encontrar objetos amontonados		
Actividades de lejos	Leer letreros en las calles	32.85	84.45
	Bajar escaleras en la noche		
	Ver cine, teatro, futbol		
Limitaciones sociales	Dificultad ver gestos	39.98	89.95
	Visitar familiares, tienda, ir de paseo		
Salud mental	Preocupa visión	21.22	73.88
	Tristeza		
	Control de las cosas		
	Preocupación por poner en riesgo a personas		
Dificultad de roles	Realiza menos actividades diarias	23.43	76.37
	Limitación en actividades laborales		
Dependencia	Permanencia en casa	30.25	84.96
	Dependencia de otras personas		
	Necesita mucha ayuda de otras personas		
Conducción	Dificultad conducir de día	6.22	5.93
	Dificultad conducir de noche		
	Dificultad conducir en malas condiciones		
Color de visión	Escoger y combinar ropa	55.53	92.42
Visión periférica	Dificultad notar objetos cuando camina	31.25	88.38
Promedio		33.50	73.37

El promedio de la calidad de vida de los sujetos evaluada a través del VFQ-25 versión 2000, en una escala de 1 a 100 puntos, previo al tratamiento quirúrgico fue de 33.50 y posterior al mismo fue de 73.37; observando una mejoría en la calidad de vida de éstos posterior al tratamiento quirúrgico de 39.87 puntos.

Calidad de vida en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el PNCC, 2008

### 3. RESULTADOS

Entre los resultados más sobresalientes se encontró que el promedio de la calidad de vida



de los sujetos que recibieron tratamiento quirúrgico de cataratas en el INR, previo al tratamiento quirúrgico era de 33.50 puntos. y posterior al mismo fue de 73.37 puntos; se observó una mejoría de 39.87 puntos (Tablas No. 1 y No. 2).

En todas las escalas se encontró una diferencia altamente significativa en calidad de vida después de la cirugía de cataratas con relación a la evaluación previa (Tablas No. 3 y No. 4).

La cirugía de cataratas es una intervención quirúrgica que vuelve a las personas a la vida y los reintegra la sociedad, lo cual se apuntala con una  $P < 0.05$ , altamente significativa.

La escala en la que obtuvieron mayor mejoría, fue la de dependencia con una mejoría de 54.71 puntos.; lo cual indica que la cirugía de cataratas permite a las personas llevar una vida más plena; al recuperar la visión se encuentran en condiciones de autonomía e independencia, toda vez que les permite retomar sus actividades cotidianas con mayor precisión y seguridad.

En el estudio participaron 118 mujeres y 82 hombres; en donde la edad mínima de los sujetos fue de 31 años y la máxima de 100, la moda se ubicó con 31% en aquellos cuya edad osciló entre los 71 y 80 años; quienes de acuerdo con la etiología de la enfermedad son más susceptibles de padecer cataratas por la edad.

Con relación al sexo, se encontró una moda de 59% en las mujeres; poco menos de la mitad de los sujetos 45.5% se encontraban casados y 31% viudos, este último porcentaje propicia que los adultos mayores se agreguen a las familias de sus hijos favoreciendo así su dependencia física, moral y económica.

Con relación a la instrucción académica, la mayoría de los sujetos cuenta con estudios mínimos que van de instrucción básica de

primaria a menos; el 30% son alfabetos, el 25% cuentan con primaria y el restante 25.5% son analfabetas.

Sobre la ocupación antes del tratamiento quirúrgico poco menos de la mitad (43%) de los sujetos se encontraba en casa sin poder realizar ningún tipo de actividad incluyendo las actividades de la vida diaria, lo cual los hacía totalmente dependientes de familiares. Posterior a la cirugía, la mitad de ellos (51.5%) recuperaron su independencia para realizar estas actividades y se reincorporaron a actividades del hogar, casi una tercera parte (30.5%) se reincorporó a la población económicamente activa bajo el rubro de subempleados.

La moda del lugar de residencia de los sujetos se dio en el Distrito Federal (62%) radicados principalmente al sur de la ciudad de México en la Alcaldía Tlalpan; no obstante, al ser el INR una unidad de concentración también se atendió a sujetos procedentes de diferentes municipios del Estado de México (28%) y en menor proporción (10%) sujetos residentes en los Estados de Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, Puebla y Veracruz estados relacionados con la marginación y pobreza del país.

Sobre el tipo de vivienda, se encontró que poco menos de la mitad (44.5%) sujetos cuentan con una vivienda propia, ubicada en zona urbana (80%) con los servicios públicos para la atención de sus necesidades fisiológicas, psicológicas y de seguridad.

Con relación al cuestionario NEI-VFQ 25 y sus doce escalas se puede considerar lo siguiente: La moda de salud general de los sujetos evaluada por ellos mismos, se tomó en consideración su condición de salud general incluyendo la visual tanto previo como posterior al tratamiento quirúrgico, fue considerada por poco más de dos terceras partes como buena (69%); mejorando con



5.75 puntos el promedio de salud general posterior al tratamiento quirúrgico (tabla No.1)

Con relación a la visión general el 99% logró modificar su visión favorablemente, obtuvieron en promedio una mejoría de 34 puntos (tabla No. 1); hecho que indica que la generalidad de los sujetos no relaciona la salud visual con su estado de salud en general.

Para evaluar el dolor ocular el NEI VFQ-25 toma en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia de molestias como ardor, dolor y sensación de basura en los ojos que presenta el sujeto cuando hace lo que le gusta hacer; al respecto se encontró que en cuanto a intensidad de las molestias éstas se incrementaron en los sujetos que no tenían ningún malestar de 16.5% previo al tratamiento quirúrgico a 39.5% posterior al mismo; situación que se justifica clínicamente por las suturas y la lente intraocular que se les colocó en el procedimiento quirúrgico.

Sobre el dolor ocular se obtuvo en promedio una mejoría de 34.31 puntos (tabla No. 1); por lo que se puede deducir que la cirugía de cataratas contribuye favorablemente a la disminución del dolor y el malestar ocular.

Con relación a las dificultades en las actividades que involucran la visión de cerca se observa que más del 40% de los sujetos habían dejado de leer y realizar actividades de cerca como: manejar herramientas, pintar, reconocer billetes o monedas y el 26% se encontraba imposibilitado para encontrar objetos cuando estaban amontonados. Situación que cambió posterior al tratamiento quirúrgico, en donde el 25% de los sujetos menciona que no tienen ninguna dificultad para leer, el 43% no tiene ninguna dificultad para realizar actividades de cerca y el 56% no tiene ninguna dificultad en encontrar objetos cuando están amontonados; mejorando en

promedio su calidad de vida en la visión de cerca con 48.5 puntos posterior a la cirugía (tabla No. 1).

Con relación a las dificultades de las actividades que involucran la visión de lejos se encuentran las sub-escalas que evalúan la dificultad para leer los letreros de las calles o los nombres de las tiendas, para bajar las escaleras o escalones en la noche o con poca luz y ver películas en el cine o un partido de fútbol; se detecta que en promedio el 37% habían dejado de hacer estas actividades debido a que su visión no se los permitía; tras la cirugía el 75% de los sujetos lograron recuperar la visión de lejos obteniendo entre mínima y ninguna dificultad permitiéndoles realizar actividades físicas con mayor seguridad tanto en el interior de sus domicilios como fuera de éstos. En esta escala se obtuvo en promedio una mejoría de 51.6 puntos (tabla No. 1).

Con relación a limitaciones sociales provocadas por la visión se obtuvo en promedio una mejoría de 49.97 puntos (tabla No. 1), para su evaluación se tomó en consideración las sub - escalas en las que cuestionan la dificultad que tiene el sujeto para ver los gestos de la gente cuando le hablan y la dificultad para visitar a sus familiares, ir de paseo, o a la tienda. Previo al tratamiento quirúrgico 24% de sujetos no lo hacía porque no podía ver para hacerlo, mientras que 73% de sujetos logró realizarlo sin ninguna dificultad posterior al tratamiento quirúrgico.

Con relación a los síntomas relacionados a la salud mental debidos a la visión se obtuvo en promedio una mejoría de 52.66 puntos (tabla No. 1); esta escala toma en consideración la sensación de preocupación, tristeza, control y poner en riesgo a sí mismo o a otras personas; al respecto el 61% refirieron siempre se encontraban tristes, preocupados por poner en



riesgo a otras personas; posterior a la cirugía el 64% manifestaron mejoría.

Limitaciones en los roles debido a la visión 54.5% manifestó siempre realizar menos actividades diarias y sentirse limitados para realizarlas; porcentaje que se modifica a 56% ligeramente pero favorablemente para los sujetos quienes posterior a la cirugía negaron realizar menos actividades y sentirse limitados para realizar sus actividades laborales. En esta escala se obtuvo en promedio una mejoría de 52.94 puntos (tabla No.1); lo cual indica que la cirugía de cataratas permite a los sujetos retomar sus roles sociales; de tal forma que las mujeres se reintegran a las actividades domésticas y propias del hogar, con confianza ayudan a actividades de la cocina, disminuyendo el temor a accidentes como quemaduras, utilizan cuchillos para partir verdura sin temor a cortarse, lavan trastes sin romperlos, barren, tejen, bordan, etc.; los hombres que se habían integrado a las actividades domésticas por falta de visión, posterior a la cirugía retoman sus oficios, arreglan muebles, se encuentran en condiciones para manejar herramienta como martillo, pinzas, desarmador y serrucho sin lastimarse.

Dependencia de otras personas ocasionada por la visión se obtuvo en promedio una mejoría de 54.71 puntos (tabla No.1); en esta escala se evaluaron las sub-escalas permanencia en casa, dependencia y necesidad de ayuda de otras personas; se encontró que la pérdida de la visión ocasionaba que alrededor del 50% de los pacientes fueran totalmente dependientes de otras personas para realizar sus actividades porcentaje que disminuye drásticamente posterior a la cirugía a 10%, lo cual indica que en 90% de los sujetos hubo mejoría, el 74% de los sujetos logró recuperar su

independencia física de otras personas gracias a la cirugía de cataratas.

Dificultades para conducir automóvil. Importante es señalar que 155 (77.5%) de los sujetos nunca en su vida habían conducido un automóvil, esto se debe básicamente a que el programa nacional de cirugía de cataratas se encuentra enfocado a personas de escasos recursos económicos lo cual no les permite la adquisición del mismo y por consecuencia nunca han manejado; los sujetos que si sabían manejar (45 sujetos) era porque se habían desempeñado como chofer o habían tenido la oportunidad de aprender a conducir.

Limitación en la visión de los colores, en esta escala se obtuvo en promedio una mejoría de 36.89 puntos (tabla No. 1). Para evaluar esta limitación se tomó en consideración la sub-escala que cuestiona, la dificultad que tiene el sujeto en escoger y combinar la ropa que usa; encontrando que el 42.5% sujetos tenían desde mucha dificultad hasta no poder hacerlo por falta de visión, situación que provocaba que confundieran los colores azul marino con negro, que su ropa no estuviera combinada o bien que vistieran calzado de color diferente, esto es un zapato de un color y el otro de otro color; posterior a la cirugía el 78% negaron tener alguna dificultad para la apreciación de los colores.



MARIA GUADALUPE PÉREZ LUNA  
PNCC INSTITUTO NACIONAL DE  
REHABILITACION- 2009

Limitación en la visión periférica, se obtuvo en promedio una mejoría de 57 puntos (tabla No. 1); esta sub-escala cuestiona la dificultad que tiene el sujeto en notar los objetos alrededor suyo cuando camina; al respecto se encontró que 67.5% de los sujetos tenía desde mucha dificultad hasta no poder notar los objetos a su alrededor cuando caminaban, lo cual indica que se encontraban prácticamente imposibilitados para deambular en sus propios domicilios, chocando con botes de basura, escobas, muros, sillas u otros objetos a su alrededor ocasionando en ellos caídas, raspones y hematomas; posterior a la cirugía de cataratas 95% de los sujetos logró una recuperación favorable en la visión periférica proporcionándoles mayor seguridad e independencia física para realizar sus actividades, dejando de depender de otras personas incluso para conducirlos para hacer sus necesidades fisiológicas.



En todas las pruebas estadísticas se exigió un nivel de satisfacción estadística del 95%.

ESTADÍSTICA INFERENCIAL DEL NEI VFQ-25  $P < 0.05$

**Tabla No. 3 Estadística inferencial VFQ-25**

Escala	Subescala	Diferencias Pariadas					t	df	Sig. (2- colas)
		Media	Desviación Std.	Error Std. Media	Intervalo de confianza				
					Inferior	Superior			
Salud General	Edo Salud	-5.750	20.470	1.447	-8.604	-2.896	-3.972	199	.000
Visión General	Visión	-34.300	20.088	1.420	-37.101	-31.499	-24.148	199	.000
Dolor ocular	Sensación de malestar	-22.125	32.113	2.271	-26.603	-17.647	-9.743	199	.000
	Molestia, dolor o incomodidad	-46.500	43.773	3.095	-52.604	-40.396	-15.023	199	.000
Actividades de cerca	Dificultad para la lectura	-50.347	33.578	2.798	-55.878	-44.816	-17.993	143	.000
	Dificultad actividades de cerca	-49.861	34.908	2.602	-54.995	-44.727	-19.164	179	.000
	Dificultad encontrar objetos amontonados	-43.782	35.358	2.545	-48.802	-38.762	-17.202	192	.000
Actividades de lejos	Leer en los letreros calles	-47.656	34.885	2.758	-53.103	-42.209	-17.280	159	.000
	Bajar escaleras en la noche	-42.714	33.161	2.507	-47.662	-37.767	-17.040	174	.000
	Ver cine, teatro, futbol	-60.380	37.940	2.901	-66.107	-54.653	-20.811	170	.000
Limitaciones sociales	Dificultad ver gestos	-51.633	37.527	2.660	-56.879	-46.387	-19.409	198	.000
	Visitar familiares, ir a la tienda, de paseo	-46.990	37.444	2.709	-52.334	-41.645	-17.343	190	.000
Salud mental	Preocupa visión	-33.250	39.636	2.803	-38.777	-27.723	-11.863	199	.000
	Tristeza	-60.250	42.768	3.024	-66.213	-54.287	-19.923	199	.000
	Control de las cosas	-50.625	48.042	3.397	-57.324	-43.926	-14.903	199	.000
	Preocupación por poner en riesgo a personas	-66.500	42.120	2.978	-72.373	-60.627	-22.328	199	.000

Calidad de vida en pacientes intervenidos  
quirúrgicamente en el PNCC, 2008



MARIA GUADALUPE PÉREZ LUNA  
PNCC INSTITUTO NACIONAL DE  
REHABILITACION- 2009

En las 12 escalas del NEI VFQ-25 versión 2000 se encontró una diferencia altamente significativa inferior al 0.05 en calidad de vida con relación a la evaluación previa. (Tablas No. 2 y No. 3)

Se demostró que el promedio de la calidad de vida de los sujetos que recibieron tratamiento quirúrgico de cataratas en el INR previo al

Evaluación de la calidad de vida	Previo al tratamiento quirúrgico	Posterior al tratamiento quirúrgico	Mejoría
Promedio	33.50	73.37	39.87

tratamiento quirúrgico dio un promedio de 33.50 puntos y posterior al mismo fue de 73.37 puntos; observando una mejoría de 39.87 puntos (Tablas No. 1 Y No. 2).

**Tabla No. 2 Evaluación global de la calidad de vida.**

Calidad de vida en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el PNCC, 2008



**Tabla No. 4 Estadística inferencial del NEI  
 VFQ-25**

Escala	Subescala	Diferencias Pariadas					t	df	Sig. (2- colas)
		Media	Desviación Std.	Error Std. Media	Intervalo de Confianza				
					Inferior	Superior			
Dificultad de roles	Realiza menos actividades diarias	-47.000	44.662	3.158	-53.228	-40.772	-14.882	199	.000
	Limitación en actividades laborales	-58.875	39.540	2.796	-64.388	-53.362	-21.058	199	.000
Dependencia	Permanencia en casa	-50.500	43.911	3.105	-56.623	-44.377	-16.264	199	.000
	Dependencia de otras personas	-56.500	41.580	2.940	-62.298	-50.702	-19.217	199	.000
	Necesita mucha ayuda de otras persona	-57.125	40.208	2.843	-62.732	-51.518	-20.092	199	.000
Conducción	Dificultad conducir de día	.250	.991	.070	.112	.388	3.567	199	.000
	Dificultad conducir de noche	.305	1.338	.095	.118	.492	3.223	199	.001
	Dificultad conducir en malas condiciones	.325	1.403	.099	.129	.521	3.275	199	.001
Color de visión	Escoger y combinar ropa	-36.294	35.660	2.541	-41.305	-31.284	-14.285	196	.000
Visión periférica	Dificultad notar objetos	-43.846	33.684	2.412	-48.604	-39.089	-18.177	194	.000

Calidad de vida en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el PNCC, 2008

En todas las escalas se encontró una diferencia altamente significativa en calidad de vida después de la cirugía de cataratas con relación a la evaluación previa.

Se corrobora la Hs de trabajo y la Hs Nula se acepta ya que existe diferencia estadísticamente significativa en la calidad de

vida de los sujetos previo y posterior al tratamiento quirúrgico con un valor de  $P < 0.05$ , lo que demuestra que la calidad de



vida de los pacientes estudiados mejoró después del procedimiento quirúrgico.

## CONCLUSIONES

- En el Instituto Nacional de Rehabilitación en el Programa Nacional de Cirugía de Cataratas (PNCC) se atendió a personas de diferentes Estados de la República Mexicana, de escasos recursos económicos y sin servicio de seguridad social.
- El grueso de la población atendida contaba con estudios elementales de primaria o menos, cuya principal ocupación era el hogar y como consecuencia eran dependientes económicos, principalmente de los hijos, siendo el subempleo la principal ocupación de los proveedores económicos.
- Se corroboró que la catarata es una patología que padecen las personas de la 3ª. Edad y que ocasiona dependencia física y económica, que repercute en la dependencia total de las personas que la padecen.
- El NEI VFQ-25 versión 2000, es un instrumento que permite evaluar la calidad de vida de los sujetos que padecen catarata.
- Existe diferencia estadísticamente significativa  $P < 0.05$  en la calidad de vida de los sujetos con relación a la evaluación previa, lo que corrobora que la cirugía de cataratas mejora la calidad de vida de los sujetos.
- El promedio de la calidad de vida de los sujetos que recibieron tratamiento quirúrgico de cataratas en el Instituto Nacional de Rehabilitación, previo al tratamiento quirúrgico era de 33.50 puntos y posterior al mismo fue de 73.37 puntos, observando una mejoría de 39.87 puntos

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bremond, G., Tixier J., Missotten T. y Beresniak A. (2002). Evaluation of the quality of live in ophthalmology. *Presse Med*; 31(34), pp.1607-1612
- Cabezas, L., Gracia S.M, García, C., y Morente, M. (2005). Calidad de vida en pacientes intervenidos de catarata. *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología*; 80 (8), pp. 449-456.
- CDEUV (2011). <http://cde.uv.es/menmultimedia/aliasrecomendaciones/item/6515-%C3%ADndice-para-medir-la-calidad-de-vida-de-la-ocde.html>
- Ciencia y Salud (2008). *Diario La prensa*, 16 septiembre 2008. Buenos Aires Argentina.
- Garduño, E., Salinas A. y Rojas H. (2005). *Calidad de Vida y Bienestar Subjetivo en México*. México, Plaza y Valdez.
- Guía Clínica. Tratamiento Quirúrgico de Cataratas Congénitas y Adquiridas. (2005). Gobierno de Chile.
- Manual de Procedimientos. Servicio de cirugía de Oftalmología. (2006). Documento no publicado. México. Instituto Nacional de Rehabilitación.
- Palomar, L.A. (1996). Elaboración de un instrumento de medición de calidad de vida en la ciudad de México. México, Universidad Iberoamericana.
- Pelegri, M. y Gómez C.A. (2002). Instrumento de Medida de Calidad de Vida en Esclerosis Múltiple. *Facultad de Medicina Murcia España.*, 24(2), pp. 56- 62.
- Programa de Cirugía Cataratas. Resumen de hechos y cifras para tomadores de decisiones. (2005). Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud.
- Programa Nacional de Cirugía de Cataratas. Información para el personal de salud. Diez



Preguntas y Respuestas. (2005).  
Coordinación General de los Institutos  
Nacionales de Salud.

Programa de trabajo del servicio de  
oftalmología. (2006). Documento no  
publicado. Instituto Nacional de  
Rehabilitación.

Rodríguez, O.G y Rojas R. M., (1998). La  
psicología de la salud en América Latina.  
México, Porrúa.

Shalock R. L. y Verdugo M. (2003). Calidad de  
Vida. Manual para Profesionales de la  
Educación, Salud y Servicios Sociales.  
España, Psicología Alianza.