

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA



EVELYN KARINA SICÁN OLIVARES

MEDICA Y CIRUJANA

INDICE

	PAGINA
I. Introducción	1
II. Definición y Análisis del Problema	3
III. Justificación	5
IV. Objetivos	7
V. Revisión Bibliográfica	9
A. Insuficiencia Renal Crónica	9
1. Definición	9
2. Etiología	9
3. Diagnóstico	9
4. Tratamiento	10
5. Pronóstico	11
B. Calidad de Vida	12
1. Historia	12
2. Concepto	12
3. Componentes	12
4. Evaluación de la Calidad de Vida	15
VI. Material y Métodos	19
VII. Presentación de Resultados	25
VIII. Análisis y Discusiones de Resultados	33
IX. Conclusiones	37
X. Recomendaciones	39
XI. Resumen	41
XII. Referencias Bibliográficas	43
XIII. Anexos	45

I. INTRODUCCION

Actualmente en Guatemala existen 7 pacientes por cada mil habitantes que presentan insuficiencia renal crónica, los cuales requieren tratamiento sustitutivo de la función renal. Las terapias básicas sustitutivas son la hemodialisis y dialisis peritoneal. Ambas son generalmente bien toleradas y aunque no exentas de complicaciones, permiten a los pacientes alcanzar una aceptable rehabilitación y una mejor calidad de vida.

Hasta hace unos años no se contaba con una institución que brindara ayuda a los pacientes con insuficiencia renal crónica. No fué sino hasta hace 3 años que inició la Unidad de Atención al Enfermo Renal Crónico UNAERC, en la que se brinda tratamientos de dialíticos como hemodialisis y dialisis peritoneal, contando actualmente con 800 pacientes.

Ante la ausencia de métodos que valoraran la calidad de vida en pacientes renales crónicos, el objetivo principal del presente estudio estribó en determinar dicha situación, para la cual se realizó una encuesta directa a pacientes que acuden a UNAERC escogidos por muestreo aleatorio simple, por medio de un instrumento creado por la Organización Mundial de la Salud llamado WHOQOL-100 por sus siglas en inglés World Health Organization Quality of Life Instrument; el cual se modificó a 50 preguntas en las que se evalúan 7 aspectos de la vida y se incluyeron preguntas sobre la dieta de los pacientes.

Los resultados demostraron que los pacientes con insuficiencia renal crónica gozan de muy buena calidad de vida en su mayoría y que además existe predominio del sexo masculino sobre el femenino, así como también que la mayor parte de pacientes encuestados se encuentran entre las edades de 15 a 44 años.

Se recomienda que se El Ministerio de Salud Pública y Organizaciones no Gubernamentales brinden más apoyo económico y asesoramiento a la Unidad de Atención al Enfermo Renal Crónico para apoyar a estos pacientes que en su mayoría son jóvenes, los cuales representan la población económicamente activa y que son utiles para el país, así como aquellos pacientes de escasos recursos para que puedan gozar de una mejor calidad de vida. Por otro lado se continúe evaluando constantemente a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que son tratados en UNAERC.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una afección al riñón causada por múltiples condiciones clínicas, entre las que se encuentran principalmente la glomeruloesclerosis diabética y la nefroesclerosis hipertensiva hasta en un 60%, entre otras causas, afectando a pacientes de ambos sexos, es 4 veces más frecuente en negros que en caucásicos, aumentando anualmente el 10% en pacientes de 65 años en adelante. La finalidad del tratamiento al paciente con IRC es mejorar el estado clínico y metabólico, inicialmente con medidas conservadoras. Posteriormente a través de procedimientos dialíticos tales como la hemodiálisis y diálisis peritoneal se persigue alcanzar una aceptable rehabilitación y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

El transplante renal es, teóricamente, la solución ideal, aunque la escasez de órganos, el rechazo y otras situaciones específicas de los pacientes limitan esta medida terapéutica. Sea cual sea la opción elegida, los pacientes deberán seguir un régimen de vida que incluye el seguimiento de una dieta, administración de fármacos, higiene adecuada, salud física, psíquica, sentimental, relaciones interpersonales, el medio ambiente, el nivel de independencia y su religión, son unos de los aspectos que involucra a diario la calidad de vida.

En Guatemala existe la Unidad de Atención al Enfermo Renal Crónico (UNAERC) en la que se tratan a los pacientes con IRC existiendo actualmente 800 pacientes que acuden a dicha institución, la cual ha sido un alivio para aquellos pacientes que necesitan el tratamiento.

Como parte del tratamiento integral, es importante determinar la importancia de la calidad de vida en este tipo de pacientes, ya que no existen estudios que den a conocer como se encuentran estos pacientes respecto a los diferentes aspectos de su vida. Esto contribuye a la retroalimentación médico-paciente, ya que se debe velar por su mejoría no solo física y mental, sino también en relación con su entorno.

En tal sentido, el presente estudio evalúa la calidad de vida de los pacientes con IRC que son incluidos en los programas de diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPAC) y hemodiálisis, con el fin de crear nuevas expectativas tendentes a mejorar su calidad de vida.

III. JUSTIFICACION

Los pacientes con IRC enfrentan un sin número de problemas médicos, psicológicos y sociales cuya complejidad aumenta con el tiempo y que están directamente asociados a las diferentes fases de la enfermedad y a los procesos terapéuticos.

La adaptación a la enfermedad y al tratamiento se complica por el nivel de desarrollo inherente a la edad del paciente. En los niños disminuye el crecimiento y se retarda la maduración sexual; en los adultos jóvenes cesa la satisfacción de experiencias vitales y sociales; en la mediana edad se perciben los planes futuros como irreales y autoindulgentes; en las personas mayores se presentan como una intrusión a planes previos para los años de retiro.

El impacto psicológico del tratamiento demanda que el paciente se adapte a la pérdida de la autonomía, de la autoestima y a marcadas alteraciones de la imagen corporal. Uno de los efectos de la diálisis es la pérdida de identidad como hombre y la aparición de una nueva unidad hombre-máquina.

Los aspectos sociales, sustancialmente afectados por el tratamiento, incluyen cambios en el nivel del funcionamiento social, alteraciones en las relaciones matrimoniales y familiares, y disminución de las oportunidades vocacionales. El paciente puede experimentar sentimientos de culpabilidad al sentirse la causa de los trastornos.

Las relaciones, las compensaciones y los patrones de interacción familiar de los pacientes con IRC se modifican tanto por la enfermedad como por el proceso terapéutico. Cada miembro de la familia debe adquirir habilidades y recursos emocionales para adaptarse a esta situación, la mayoría de los pacientes con diálisis, no pueden cumplir un horario de trabajo normal, porque el procedimiento se realiza en horas de la mañana o de la tarde, con una duración de cuatro horas.

El trasplante renal exitoso ofrece una marcada mejoría en el estilo de vida. Los receptores disfrutan de una mejor calidad de vida, tanto objetiva como subjetiva, que los pacientes bajo cualquier otra forma de tratamiento.

Los pacientes con IRC hace algunos años no contaban el apoyo suficiente y necesario tanto para su tratamiento como para mejorar sus expectativas de vida. Ahora cuentan con la Unidad de Atención al Enfermo Renal Crónico (UNAERC), que es una institución que desde hace 3 años vela por el mejoramiento del paciente con IRC ya que les brinda tratamiento con diálisis peritoneal ambulatoria continua, hemodiálisis y trasplante renal.

Es importante recalcar la importancia que tiene dicho bienestar con respecto a su salud, pero también es de mucho interés conocer las necesidades que estos pacientes presentan con respecto a su calidad de vida.

Por la necesidad de crear un instrumento que evalúe no solo los aspectos físicos del paciente, sino también los aspectos religiosos, interacción social, interacción con el medio ambiente, su estado psicológico, su nivel de independencia y como influye su dieta en la vida diaria. La presente tesis es de gran utilidad con respecto a los pacientes y su calidad de vida, así también con estudios como el presente podemos ayudar a mejorar las expectativas de vida y salud que cada paciente necesita y merece.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL

Evaluar la Calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica incluidos en los programas de diálisis peritoneal ambulatoria continua y hemodiálisis ambulatoria intermitente, en la Unidad de Atención al Enfermo Renal Crónico (UNAERC); durante el mes de septiembre del año 2000.

B. ESPECIFICOS

1. Determinar el Estado Psicológico de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.
2. Determinar el Nivel de Independencia de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.
3. Determinar la Salud Física de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.
4. Determinar el Nivel de Interacción Social de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.
5. Determinar el Nivel de Interacción con el Medio Ambiente de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.
6. Determinar el Aspecto Espiritual de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.
7. Determinar la Dieta de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

V.REVISION BIBLIOGRAFICA

A. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

1. Definición

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) consiste en la pérdida permanente de la función renal que, en estadios avanzados, se traduce en los signos y síntomas conocidos como uremia (21). Se caracteriza por una disminución progresiva y por lo general irreversible del Índice de Filtración Glomerular (IFG). Puede presentarse como consecuencia de diversas enfermedades que afectan el parenquima renal o por la obstrucción de las vías de eliminación.

2. Etiología

Las causas de IRC incluyen: la enfermedad glomerular primaria (glomerulonefritis por complejo inmunológico), afección vascular renal, enfermedades metabólicas con afección renal, nefrotoxinas, infecciones, nefritis crónica por radiación, nefritis intersticial, uropatía obstructiva crónica, anomalías congénitas de ambos riñones. La glomeruloesclerosis diabética y nefroesclerosis hipertensiva afecta a un 75% de los pacientes, la glomerulonefritis crónica un 5%, la enfermedad poliquística renal un 7% y la enfermedad intersticial crónica un 5%.(21)(13)

3. Diagnóstico

La historia clínica es muy importante para el paciente con insuficiencia renal crónica ya que nos indica los antecedentes familiares de los pacientes y nos orienta a encontrar un diagnóstico, se necesitan de datos clínicos y de laboratorio para complementar la historia del paciente.(13)

a. Datos clínicos

Los síntomas y signos incluyen la debilidad progresiva, la fatiga fácil y el letargo que suelen ser notables.

Existen molestias comunes como pérdida de peso, anorexia, irritabilidad gastrointestinal, diarrea, hipo y prurito. Los síntomas de afección al sistema nervioso incluyen parestesias, sensaciones de ardor relacionadas con una neuropatía periférica, sacudidas mioclónicas y convulsiones. La hipertensión arterial origina cefaleas, dificultades visuales y síntomas de insuficiencia cardiaca izquierda. En una fase tardía suelen presentarse hemorragia cerebral, edema pulmonar e insuficiencia cardiaca congestiva.

Al examen físico los pacientes revelan palidez, hiperpnea, deshidratación, piel excoriada y púrpura. Suele haber hipertensión con retinopatía, es posible que exista cardiomegalia, edema pulmonar y pericarditis.

b. Datos de laboratorio

Los principales datos son anemia, hiperozemia y acidosis. La primera suele ser normocrónica, normocítica con hemoglobina entre 6 y 9 g/dl, y una función defectuosa de las plaquetas.

La orina suele ser diluida y contener pequeñas cantidades de proteínas; pocos eritrocitos, leucocitos, células epiteliales y algunos cilindros granulosos y cereos. Las concentraciones séricas del nitrógeno de la urea, la creatinina y con frecuencia el ácido úrico están muy elevadas, el sodio sérico ligeramente elevado y el calcio sérico está disminuido. Tanto la retención de ácidos orgánicos y el deterioro de la secreción tubular del ión hidrógeno como la pérdida de sodio y el amortiguador bicarbonato se acompañan de una disminución de pH sanguíneo.(9)

4. Tratamiento

Para el tratamiento de la insuficiencia renal crónica se habla de tratamientos de sustitución en nefrología.

El tratamiento de sustitución a medida que avanza la IRC y no se consigue corregir las alteraciones metabólicas mediante el tratamiento conservador, se desarrollan signos y síntomas de uremia y el paciente precisa un tratamiento de sustitución como hemodiálisis o diálisis peritoneal.(13)

a. Hemodiálisis

Esta opera por la difusión de moléculas de bajo peso molecular a través de una membrana semipermeable. Los líquidos son extraídos por ultrafiltración. Para proceder a hemodiálisis, es necesario acceder al sistema vascular con una vía de salida y otra de retorno de la sangre. Los catéteres colocados en la vena subclavia o femoral permiten un acceso transitorio; sin embargo, cuando precisa un acceso vascular permanente es necesario establecer una anastomosis arteriovenosa primaria o colocar un injerto arteriovenoso sintético.

Entre las complicaciones que se presentan se encuentran las siguientes: la hemorragia activa y coagulopatías, estas se exacerban como consecuencia de la anticoagulación sistemática necesaria en la hemodiálisis, la dosis de heparina debe reducirse al máximo en estos pacientes, o bien se sustituye el procedimiento por el de diálisis peritoneal. El desequilibrio dialítico, es un síndrome que ocurre en las primeras sesiones de tratamiento en los pacientes con uremia intensa y se atribuye a edema del sistema nervioso central provocado por los cambios osmolares rápidos, los síntomas comprender náuseas, vómitos, cefalea que a veces progresan hasta confusión y convulsiones, la cual se evita o mejora utilizando flujos sanguíneos reducidos y acortando la duración del tratamiento al principio. La pericarditis, es una complicación que ocurre así como la hipotensión que es debida a diferentes factores como depleción de volumen, contenido reducido de sodio en el líquido de diálisis, empleo de antihipertensivos antes de la diálisis, reacciones alérgicas al dializador e intolerancia a los líquidos de diálisis que contienen acetato. Las infecciones de los accesos vasculares se acompañan de signos locales o sistémicos pero muchas veces son silenciosas, el tratamiento inmediato con antibióticos por vía I.V. debe iniciarse y debe cubrir estafilococos y mantenerse al menos durante 4 semanas.

La demencia dialítica, es un síndrome demenciente progresivo secundario a la acumulación de aluminio en el sistema nervioso central, a menudo el signo de presentación es el habla titubeante y no fluida.

b. Diálisis Peritoneal

El primer intento de diálisis peritoneal lo realizó Ganter en 1923 experimentando con animales urémicos, aunque como por la lentísima depuración de tóxicos, diversos autores fueron perfeccionando la técnica y no fue hasta 1962 cuando Boen la encontró como alternativa dentro del tratamiento sustitutivo.

La diálisis peritoneal es una técnica de depuración extrarrenal en la que mediante la introducción y posterior recambio a través de un catéter de una solución dializante en la cavidad peritoneal y aprovechando la gran vascularización del peritoneo que lo recubre, se consigue un intercambio de agua y solutos entre la sangre y dicho líquido. Por tanto podemos definir al peritoneo como una membrana semipermeable y selectiva a determinadas sustancias, ya que al igual que las membranas utilizadas en hemodiálisis no permiten el paso de los elementos formes aunque si de las toxinas.

La utilización de la diálisis peritoneal y su éxito radica en el buen estado general del paciente, su hematocrito se mantiene en cifras mas o menos normales y todo ello debido al tamaño de los poros de la membrana peritoneal que permite la depuración de la sangre mediante moléculas causantes de la mayoría de los problemas de los pacientes con IRC en programa de hemodiálisis. Otra gran ventaja es que evita los cambios bruscos de la osmolaridad plasmática.(9)

5. Pronóstico

Después del inicio de la diálisis peritoneal y la hemodiálisis en los pacientes con IRC, las supervivencias les permite una visión optimista. Las estadísticas que fija la Asociación Europea de Diálisis es de 90% a los 10 años para pacientes jóvenes sin complicaciones.

Según Shapiro, la supervivencia para menores de 46 años es de 95%, a los 5 años disminuye a 40% en el grupo de pacientes mayores de 60 años con hipertensión arterial. (16)

La supervivencia para el grupo de edad de 15 a 44 años es de 90% y mayores de 65 años es de 77%. Para el grupo de Oreopouhers de Cánada, la supervivencia es de 90% al año, 80% a los 2 años, 70% a los 3 años y 46% a los 5 años. Para los pacientes de bajo riesgo es decir los de 20-60 años sin enfermedades sistémicas asociadas la supervivencia a los 4 años es de 100%.(9).

B. CALIDAD DE VIDA

1. Historia

Los inicios de la calidad de vida son aceptados desde el año 1914 cuando se introduce el primer sistema para evaluar los pronósticos después de la cirugía, se desconoce en que consistía dicho sistema.

Luego en 1949 Karnofski y Burchenal, proponen un sistema en mutuo acuerdo basado en una escala que valora el pronóstico y evolución de los enfermos tratados con quimioterapia, pero no llegan más allá que un instrumento el cual actualmente aun es utilizado, pero solamente para medir la calidad de vida con respecto al funcionamiento y la salud de los enfermos. (20). Desde entonces han venido incursionando nuevos proyectos así como instrumentos para evaluar la calidad de vida, pero todos ellos han sido orientados para medir coste-beneficio y no para evaluar realmente al paciente como un todo.

Evans en 1990, luego de haber revisado los anteriores ensayos y evaluar las características de los estudios relacionados con la insuficiencia renal crónica, divide en 3 períodos a la calidad de vida: el primero (1966-1972) enfoca a los pacientes en el aspecto psicológico llamandolo así morbilidad psiquiátrica, el cual fué un criterio de selección a los pacientes para su tratamiento. El segundo período (1973-1980) coincide con el sistema de hemodiálisis y así nace la relación entre la adaptación psicosocial del paciente al tratamiento y la aptitud al trabajo. El tercer período (1981 hasta nuestra época) se relaciona con el concepto de rehabilitación y la multidimensionalidad del concepto de la calidad de vida que define la OMS. (17)

2. Concepto

El concepto ha venido cambiando desde sus inicios con cada estudio que se realiza, en otras palabras representa la multidimensionalidad, desde los que sólo tomaban en cuenta el bienestar físico o la rehabilitación, hasta los que implican la interacción de múltiples áreas como lo son la física, psíquica y social.

Otros trabajos más actualizados compararon y conceptualizaron la calidad de vida en relación a bienestar físico, psíquico y social de los pacientes (17).

Según la OMS el concepto de calidad de vida se define como la percepción del individuo, de su situación en la vida dentro del contexto cultural, valores en que vive y la relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses (20). Abarca así también el estado funcional, psicológico, social, los efectos secundarios del tratamiento al cual están sometidos, el soporte moral y la relación con su entorno.

3. Componentes

a. Estado Psicológico

La función mental es el resultado de la inteligencia y la cognición. La inteligencia es una suma de capacidades y son dos los tipos conocidos, fluida y también cristalizada, la primera es la que perdemos con el transcurso de los años, en otras palabras es la capacidad de percibir, procesar y responder a los estímulos del entorno. (15)

La segunda analiza las situaciones y se presenta a partir de experiencias previas y esta se mantiene hasta edades avanzadas.

La cognición es la utilización de la inteligencia y es más fácil de medir la conducta inteligente. En el estado psicológico se incluyen la imagen que el paciente presente, la apariencia con si mismo y con los demás, los sentimientos positivos y negativos, la autoestima, el pensamiento, el aprendizaje, la memoria y la concentración, aspectos que se valoran día con día y que tienen mucho que ver con su calidad de vida, misma que se afecta cuando el individuo presenta enfermedad y que cada uno de los anteriores aspectos se pierden porque van de la mano con su salud.

b. Nivel de Independencia

El nivel de independencia lo definimos como la manera en que se realizan las actividades básicas, siendo ejemplos de ello el comer, ir a lavarse, al baño, arreglarse, deambular entre otros (5).

En los pacientes con insuficiencia renal crónica, que reciben tratamiento con diálisis peritoneal ambulatoria continua y con hemodiálisis ambulatoria continua, el nivel de independencia no sólo los afecta por el hecho de tener que dejar sus actividades para realizar el tratamiento, sino además incluye a sus familiares quienes se convierten en dependientes, ya que repercute la enfermedad sobre el medio familiar, así como también las personas cercanas a este tipo de pacientes comparten el sufrimiento, la pérdida del control y deterioro físico de la calidad de vida, incluyéndose el stress social y psicológico (10). Así también en ausencia de stress psicológico, emocional y físico, la familia y amigos pueden que no se encuentren preparados para enfrentar las necesidades dependientes y no dependientes del paciente.

c. Interacción Social

El rol social juega un papel importante en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, se encuentra entrelazado su medio socioeconómico y aquí se habla de coste-beneficio del paciente al tratamiento.

Algunos pacientes se encuentran beneficiados con entradas económicas, pero otros no y en países en vía de desarrollo este problema se observa mucho más marcado aún, muchos no alcanzar al menos el tratamiento óptimo decayendo su calidad de vida.

También el apoyo de amigos, familiares y con los propios servicios de salud, van incluidos en la interacción social de cada paciente que padece insuficiencia renal crónica.(2)

d. Salud Física

Se dice que el buen estado psicológico del paciente lo lleva a prevenir o aliviar su patología de base, la cual a su vez puede mejorar la salud puramente física, no importando esta la edad o estilo de vida que lleve las personas. (15)

La salud física mejora con el ejercicio aeróbico programado, es un método seguro, el cual mejora la tolerancia al enfermo y así la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica que son incluidos en los programas de diálisis peritoneal y hemodiálisis.

La calidad de vida de los pacientes no solo influye en las actividades diarias sino en la incomodidad para el sueño y descanso, ya que muchas veces presentan dolor el cual por algunos es tolerado como por otros no lo es, decayendo día a día y dejando sus actividades diarias y su entorno a la influencia de la misma intolerancia de la misma enfermedad. (10)

i. Afección de las personas discapacitadas y su medio laboral

Las personas presentan discapacidad cuando existen afecciones físicas y mentales que no les permiten incluirse en su medio laboral, tomando como discapacidad según la OMS a la exteriorización funcional de las deficiencias o limitaciones físicas o cognitivas que al relacionarse con el contexto social en el que se desenvuelve el individuo, produce desventaja o minusvalía. (5) Es una restricción o disminución de la capacidad de un individuo para realizar actividades consideradas como normales para él, ello incluye la valoración del paciente con su enfermedad y tratamiento y contribuye a que exista un ausentismo por parte de el individuo que al sentirse afectado tanto física como emocionalmente, ya sea por tratamiento que abandona sus labores de trabajo (incluyéndose aquí estudios o labores de ama de casa).

Ello requiere que a estos pacientes se les otorguen igualdad de oportunidades para que mejore su calidad de vida y para los que lo rodean.

e. Aspecto Espiritual

i. Integridad de la persona

Se entiende por integridad de la persona la correcta ordenación de las partes del todo, es decir la conservación de la armonía y equilibrio entre las diversas dimensiones de la existencia humana necesarios para el funcionamiento de todo el organismo. (3), en otras palabras integridad es sinónimo de salud, y la enfermedad es igual a des-integración, o sea la ruptura de la unidad de cada persona, y esta puede ocurrir según 3 esferas en las cuales la ética forma parte de la misma corporales, psicológicas y axiológicas. La integridad corporal implica a un organismo fisiológicamente normal para un cuerpo apto para lograr fines y objetivos de las personas de una manera eficiente, eficaz y con un mínimo de discapacidad.

Cuando un organismo presenta enfermedad física rompe con la unidad corporal, cuando el cuerpo es convertido en enfermedad, es el centro de atención y el mismo puede perder parte o la totalidad en muchos de los casos de su capacidad incluso para trabajar, recrearse o entablar relaciones humanas.

El cuerpo enfermo también se puede agredir en su integridad psicológica, por una parte enfermedad de tipo emocional se incluye en la des-integración que pasa a la ansiedad, obsesión, compulsión e ilusión, así como a otros trastornos psicopatológicos pasan a controlar la propia existencia. Otras perturbaciones interfieren en el buen funcionamiento de la ruptura de la unidad corporal. Cuando la enfermedad afecta al cuerpo las personas se alinean en ese aspecto o sea nos sentimos en cierto sentido apartados del organismo ofensor y muchas veces lo rechazamos y tomamos antipatía.

La enfermedad grave obliga a enfrentarse a una imagen de discapacidad o dolor, nos entrena con la probabilidad de una autoimagen alterada o de la propia ausencia.

Otra faceta de la integridad es la axiológica, la naturaleza de nuestros valores apreciados y adoptados, y cada uno de nosotros ha escogido los propios. En la enfermedad, estos valores pueden ser contrarios a los del médico, los de nuestras familias y la sociedad.

Se ha utilizado el concepto de calidad de vida para ayudar a resolver interrogantes que se hacen para conservar la vida, pero a un costo psicológico, moral o espiritual para el paciente.(5)

f. Dieta

El estado nutricional en los pacientes es un factor mayor para el resultado del tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal. Este deber de mantener las calorías entre 35 Kcal\ k\ d.

La malnutrición evidencia la disminución de la albúmina la cual debajo de 3.5 g\dl se asocia con una baja mortalidad, la cantidad de proteínas igual a 1g\k\ d y la diálisis y hemodiálisis adecuada son factores que contribuyen a mejorar la calidad de vida. (6)

g. Medio Ambiente

Se considera a la calidad de vida como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones constantes entre el paciente y su medio ambiente. (17)

Se toma en cuenta la situación económica, su libertad, la calidad de atención médica, actividades recreativas y el ambiente familiar. El paciente que es incluido en los programas de hemodiálisis y diálisis peritoneal, establece un vínculo entre su capacidad para descubrir y producir, para así cubrir las necesidades de la sociedad en la que vive y así responde a sus expectativas, con ello mejorar su medio ambiente no sólo para él sino para aquellas personas que forman parte de su vida diaria. (17) (4)

4. Evaluación de la Calidad de Vida

a. WHOQOL

i. Definición

El World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL) es un instrumento que fue desarrollándose en 15 diferentes centros en todo el mundo para evaluar

la calidad de vida. Fue elaborado por personas no enfermas, con pacientes y por profesionales de la salud.

Este instrumento fue probada su validez y confiabilidad en cada uno de los centros, está disponible en 20 idiomas diferentes y desarrollándose día con día.

Consta de 2 versiones, una de 236 ítems y la forma abreviada de 100 ítems.

La importancia radica en la percepción del individuo, provee además una vista propia del bienestar del individuo y su perspectiva con la enfermedad.

El WHOQOL indica cuán satisfechos están los pacientes con su funcionamiento y los efectos de los tratamientos. Este instrumento tiene diferentes formas así también diferentes usos para determinar la calidad de vida en varias situaciones y grupos. Aún continua siendo evaluado para que su evolución sea mejorada y así conocer más sobre la calidad de vida de los pacientes.

ii. Contenido

El WHOQOL-100 contiene 100 preguntas sobre 6 aspectos de la calidad de vida, aquí se incluyen 24 facetas, los aspectos son la salud física, mental, nivel de independencia, relaciones sociales, medio ambiente y espiritualidad, se incluyen en cada faceta 4 ítems, los cuales son medidos en una escala de puntaje de 1-5. (20)

-SALUD FISICA

Energía y fatiga
Dolor e incomodidad
Sueño y cansancio

-AREA PSICOLOGICA

Imagen y apariencia
Sentimientos positivos y negativos
Autoestima
Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración

-NIVEL DE INDEPENDENCIA

Movilidad
Actividades de la vida diaria
Dependencia a medicamentos
Dependencia a atención médica
Capacidad de trabajo

-INTERACCION SOCIAL

Relaciones interpersonales
Apoyo social
Actividad sexual

-MEDIO AMBIENTE

Recursos financieros
Libertad y seguridad física
Accesibilidad a atención médica y social de buena calidad
Ambiente familiar
Oportunidad de adquirir nueva información
Participación en actividades recreativas
Medio físico, polución, ruido, tráfico y clima.

-ESPIRITUALIDAD

Religión
Creencias personales

VI. MATERIAL Y METODOS

A. Diseño Metodológico

1. Tipo de Estudio

Descriptivo-Transversal

2. Sujeto de Estudio

Pacientes con insuficiencia renal crónica incluidos en los programas de diálisis peritoneal ambulatoria continua y hemodiálisis ambulatoria continua que acuden a la Unidad de Atención al Enfermo Renal Crónico (UNAERC). Durante el mes de septiembre del año 2000.

3. Población y Muestra de Estudio

La población a estudiar fue de 800 pacientes atendidos en la Unidad Nacional de Atención al Enfermo Renal Crónico (UNAERC). De ella se tomó una muestra de 200 pacientes por muestreo aleatorio simple, (anexo 2), con un nivel de confiabilidad de 99 a 99.8%, una frecuencia esperada de 10% y un 5% de margen de error, calculada a través del programa EPI INFO.

4. Criterios de Inclusión y Exclusión de sujetos de estudio

a) Criterios de inclusión

- i. Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica incluidos en los programas de diálisis peritoneal ambulatoria continua y hemodiálisis ambulatoria intermitente controlados en la Unidad de Atención al Enfermo Renal Crónico (UNAERC).
- ii. Pacientes de 15 años en adelante.

b) Criterios de exclusión

- i. Pacientes que no deseen colaborar.
- ii. Pacientes con cuadros confusionales, demencia o enfermedades psiquiátricas graves que imposibilitan la realización del test.

5. Variables a estudiar

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
SALUD FISICA	Estado relativo del cuerpo humano en el cual una persona sana es capaz de hacer frente a la vida diaria.	Evalúa la energía, fatiga, dolor e incomodidad, el sueño y descanso que presente el paciente.	Cualitativa Sección A1-C3, A8-A9, B1-C2, B3-A8,C5-C10.	Nominal
ESTADO PSICOLOGICO	Situación que se relaciona con el comportamiento, funciones y procesos de la mente en relación a su medio.	Evalúa la imagen, apariencia, sentimientos positivos y negativos, autoestima, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración.	Cualitativa Sección A3-A4, A5-C4, A6-B2, A2-B2, A2-C1, A7-D1.	Nominal
NIVEL DE INDEPENDENCIA	Capacidad del individuo de satisfacer necesidades en forma personal.	Evalúa movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia a medicamentos y de atención médica.	Cualitativa Sección F1-F2, E2-E1, E3-E4, A10-B4.	Nominal
MEDIO AMBIENTE	Incluye el entorno social , hogar, instalaciones recreativas que juega un papel importante en el desarrollo de la personalidad.	Evalúa recursos financieros, libertad, seguridad física, accesibilidad a atención médica y social de calidad , ambiente familiar, participación en actividades recreativas, medio fisico.	Cualitativa Sección A13-B6, A14-C9, B7-C11.	Nominal
INTERACCION SOCIAL	Modificación o inclusión de una persona en un grupo.	Evalúa relaciones interpersonales, apoyo social, actividad sexual.	Cualitativa Sección A11-A12, A15-C12, B5-C8, C7-C13, C6-A11.	Nominal
ASPECTO ESPIRITUAL	En relación a las creencias y doctrinas de una persona.	Evalúa la religión y creencias personales.	Cualitativa Sección G1-4	Nominal

DIETA	Alimentos y bebidas considerados desde el punto de vista de sus cualidades nutritivas su composición y efectos sobre la	Evaluá apetito, recursos económicos para el cumplimiento de la dieta y la intensidad de la misma.	Cualitativa Sección H1-2	Nominal
-------	---	---	-----------------------------	---------

6. Ejecución de la investigación

a. Fase preliminar

Se realizó una prueba piloto con docentes y de la facultad de medicina, con estudiantes, y con personas de un nivel de educación más bajo para permitir establecer el procedimiento adecuado para realizar la entrevista.

El instrumento es el World Organization of Life Instrument (WHOQOL) de la OMS, el cual consiste en 50 preguntas de selección múltiple, que evalúa varios aspectos de la vida, tales como la salud física, psicológica, el nivel de independencia, la interacción social, el medio ambiente y la espiritualidad.

b. Fase operatoria

Por muestreo aleatorio simple se seleccionaron a 200 pacientes con insuficiencia renal crónica incluidos en los programas de diálisis peritoneal ambulatoria continua y hemodiálisis que acuden a la Unidad de Atención al Enfermo Renal Crónico (UNAERC). A cada paciente que deseó colaborar y que no presentaban impedimentos físicos y/o mentales se les pasó la encuesta, explicándoseles en que consistía el estudio, como llenar la misma. A los que no sabían leer o escribir se les ayudó a contestarla y se les informó que por razones éticas no se darán a conocer nombres o datos personales que crean les afectará a su integridad personal . El tiempo establecido para la recopilación de datos es de 4 semanas.

7. Plan de Presentación de resultados y Tipo de Tratamiento Estadístico

Para el análisis se agrupó a los pacientes en 2 grupos etáreos: el primero de 15 a 44 años y el segundo de 45 años en adelante. Se usó una clave numérica para clasificar el tipo de ocupación de cada paciente el cual es el siguiente:

1. Estudiante
2. Ama de casa
3. Peritos contadores, maestros, secretarias, bachilleres.
4. Depedientes de fábrica o negocios
5. Comerciante
6. Profesionales
7. Sin ocupación.

La calidad de vida en el presente estudio se midió a través del WHOQOL, un instrumento creado por la OMS y que consta de 7 secciones que reciben un punteo:

Salud Física : 10 puntos
Estado psicológico: 10 puntos
Nivel de independencia : 8 puntos
Interacción social:10 puntos
Interacción con el medio ambiente: 6 puntos
Aspecto espiritual : 4 puntos
Dieta : 2 puntos

Se le asignó al test una calificación de un máximo de 250 puntos y un mínimo de 50 puntos. Los 2 primeros aspectos se les dió un valor de 50 puntos como máximo y 10 como mínimo. El nivel de independencia tendrá un valor de 40 puntos el máximo y 8 puntos el mínimo. El nivel de interacción social, un valor de 50 puntos el máximo y 10 puntos el mínimo. La interacción con el medio ambiente, un máximo de 30 puntos y un mínimo de 6 puntos. El aspecto espiritual, un valor de 20 puntos el máximo y 4 puntos el mínimo. La dieta, un valor de 10 puntos el máximo y 2 puntos el mínimo.

Los resultados se interpretarán de la siguiente forma:

0-50 pts.	Mala calidad de vida
51-100 pts.	Regular calidad de vida
101-150 pts.	Buena calidad de vida
151-200 pts.	Muy buena calidad de vida
201-250 pts.	Excelente calidad de vida.

Los resultados se presentan por estadística descriptiva y por medio de cuadros.

B. RECURSOS

1 Materiales Físicos:

- Computadora
- Cuestionarios
- Biblioteca
- Hojas
- Lapiceros

1 Humanos:

- Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica
- Médico asesor
- Médico revisor
- Estadígrafo
- Estudiante

1 Económicos:

- | | |
|-------------------------|----------|
| • Fotocópias | Q300.00 |
| • Diskettes | Q 50.00 |
| • Hojas y cartucho | Q500.00 |
| • Impresión de
tesis | Q1000.00 |

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No.1

**DISTRIBUCION SEGÚN EDAD Y SEXO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RENAL CRONICA
UNIDAD DE ATENCION AL ENFERMO RENAL CRONICO
GUATEMALA, SEPTIEMBRE DEL 2000.**

EDAD	SEXO			TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO		
15-44 AÑOS	53	35.00%	42	28.00% 95 (63.33%)
> 45 AÑOS	33	22%	22	14.60% 55 (36.67%)
TOTAL	86	57.33%	64	42.67% 150 (100%)

Fuente: Boleta de recolección de datos (Ver Anexo No.1)

CUADRO No. 2

**DISTRIBUCION SEGÚN SEXO Y TIPO DE DIALISIS EN PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
UNIDAD DE ATENCION AL ENFERMO RENAL CRONICO
GUATEMALA, SEPTIEMBRE DEL 2000.**

SEXO	HEMODIALISIS	DIALISIS PERITONEAL
MASCULINO	58 38.60%	28 18.6%
FEMENINO	45 30%	19 12.60%
TOTAL	103 68.60%	47 31.30%

Fuente: Boleta de recolección de datos. (Ver anexo No. 1)

CUADRO No. 3

**CATEGORIZACION DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN SEXO DE LOS
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
UNIDAD DE ATENCION AL ENFERMO RENAL CRONICO
GUATEMALA, SEPTIEMBRE DEL 2000.**

CALIDAD DE VIDA *	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
REGULAR	0	0%	4 2.60% 4 (2.6%)
BUENA	28	18.60%	24 16% 52 (34.6%)
MUY BUENA	57	38%	27 18% 84 (56%)
EXCELENTE	1	0.60%	9 6% 10 (6.6%)

* criterios de calificación: Regular 51-100 pts., Buena 101-150 pts., Muy Buena 151-200 pts., Excelente 201-250 pts.

Fuente: Boleta de recolección de datos. (Ver anexo No.1)

CUADRO No. 4

**CATEGORIZACION DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN TIPO DE DIALISIS EN
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
UNIDAD DE ATENCION AL ENFERMO RENAL CRONICO
GUATEMALA, SEPTIEMBRE DEL 2000.**

CALIDAD DE VIDA*	HEMODIALISIS	DIALISIS PERITONEAL	TOTAL
REGULAR	4	2.60%	0 0% 4 (2.6%)
BUENA	21		31 20.60% 52 (34.6%)
MUY BUENA	69	46%	15 10% 84 (56%)
EXCELENTE	9	6%	1 0.60% 10 (6.6%)

* Criterios de calificación: Regular 51-100 pts., Buena 101-150 pts., Muy Buena 151-200 pts., Excelente 201-250 pts.

Fuente: Boleta de recolección de datos. (Ver anexo No. 1)

CUADRO No. 5

**DISTRIBUCION SEGÚN OCUPACION Y TIPO DE DIALISIS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
UNIDAD DE ATENCION AL ENFERMO RENAL CRONICO
GUATEMALA, SEPTIEMBRE DEL 2000.**

OCUPACION	HEMODIALISIS	DIALISIS PERITONEAL	TOTAL
ESTUDIANTE	5 3.30%	7 4.60%	12 (8%)
AMA DE CASA	6 4%	11 7.30%	17 (11%)
PERITO, MAESTRO, BACHILLER, SECRETARIA	63 42%	5 3.30%	68 (45%)
DEPENDIENTE DE FABRICA O NEGOCIO	18 12%	23 15%	41 (27%)
COMERCIANTE	4 2.60%	1 0.60%	5 (3.30%)
PROFESIONALES	4 2.60%	0 0%	4 (2.6%)
SIN OCUPACION	3 2%	0 0%	3 (2%)

Fuente: Boleta de recolección de datos. (Ver anexo No.1)

CUADRO No. 6

CATEGORIZACION DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN OCUPACION DE LOS
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
UNIDAD DE ATENCION AL ENFERMO RENAL CRONICO
GUATEMALA, SEPTIEMBRE DEL 2000.

OCUPACION	CALIDAD DE VIDA			
	REGULAR	BUENA	MUY BUENA	EXCELENTE
ESTUDIANTE	0(0%)	7 (4.6%)	5 (3.30%)	0(0%)
AMA DE CASA	4 (2.6%)	6 (4%)	7 (4.6%)	0(0%)
PERITOS. MAESTROS BACHILLERES. SECRETARIAS	0(0%)	5 (3.3%)	55 (36.6%)	8 (5.3%)
DEPENDIENTES DE FABRICA O NEGOCIO	0(0%)	31 (20.6%)	10 (6.6%)	0(0%)
COMERCIANTE	0(0%)	1 (0.60%)	3 (2%)	1 (0.60%)
PROFESIONALES	0(0%)	1 (0.60%)	2 (1.3%)	1 (0.60%)
SIN OCUPACION	0(0%)	1 (0.60%)	2 (1.3%)	0(0%)
TOTAL	4 (2.6%)	52 (34.6%)	84 (56%)	10 (6.6%)

Fuente: Boleta de recolección de datos (Ver anexo No. 1)

CUADRO No. 7

ASPECTOS DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN TIPO DE DIALISIS EN
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
UNIDAD DE ATENCION AL ENFERMO RENAL CRONICO
GUATEMALA, SEPTIEMBRE DEL 2000.

ASPECTOS (Calidad de vida)	HEMODIALISIS	DIALISIS PERITONEAL	TOTAL
SALUD FISICA	12	8%	9 6% 21 (14%)
ESTADO PSICOLOGICO	8	5.30%	5 3.30% 13 (8.6%)
NIVEL DE INDEPENDENCIA	10	6.60%	9 6% 19 (12.6%)
INTERACCION SOCIAL	13	8.60%	10 6.60% 23 (15.3%)
INTERACCION MEDIO AMBIENTE	9	6%	2 1.30% 11 (7.3%)
ASPECTO ESPIRITUAL	2	1.30%	1 0.60% 3 (2%)
DIETA	49	32.60%	11 7.30% 60 (40%)
TOTAL	103	68.40%	47 31.10% 150 (100%)

Fuente: Boleta de recolección de datos. (Ver anexo No. 1)

VIII. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La población con problema de Insuficiencia Renal Crónica encontrada en septiembre del año 2000 en la Unidad de atención al Enfermo Renal Crónico UNAERC fué de 800 pacientes, de los cuales se escogieron por muestreo aleatorio simple a 200 pacientes, 32 no colaboraron, 12 no se presentaron al centro asistencial, 5 eran menores de 15 años y 1 presentaba cuadros confusionales. Se tomaron en cuenta a 150 pacientes para la evaluación.

De los 150 pacientes evaluados se encontraron entre las edades de 15-44 años 95(63.33%), 53(35%) de sexo masculino y 42(28%) de sexo femenino y entre las edades >45 años 55(36.67%), 33(22%) de sexo masculino y 22 (14.6%) de sexo femenino, dando un total de 86(57.33%) pacientes masculinos y 64(42.67%) pacientes de sexo femenino.(Ver cuadro No.1)

Tomando en cuenta que son los adultos jóvenes los que mayormente fueron encontrados en este grupo, algunos autores refieren que los pacientes experimentan el cese de la satisfacción de experiencias vitales y sociales , así como también perciben los planes futuros como irreales y autoindulgentes . En el presente estudio se observó que el sexo masculino predominó sobre el femenino, aunque algunos autores en otros estudios no demuestran predominio de sexo.

Los pacientes incluidos en el programa de hemodiálisis fueron 103(68.6%) en total, 58(38.6%) de sexo masculino y 45(30%) del sexo femenino. Los pacientes incluidos en el programa de dialisis peritoneal en total fueron 47(31.3%), 28(18.6%) del sexo masculino y 19(12.6%) del sexo femenino .(Ver cuadro No.2)

Todos los pacientes que ingresan a la Unidad de Atención al Enfermo Renal Crónico, el programa inicial es hemodiálisis y posteriormente de acuerdo a las características socio-habitacionales se clasifican para ver si pueden ingresar a programas de dialisis peritoneal ambulatoria continua (CAPD), de tal forma que el programa mayormente utilizado aún es la hemodiálisis. Desde el punto de vista terapéutico la importancia de CAPD sobre hemodiálisis es: son pacientes ambulatorios, no requieren asistir 3 veces por semana, no son dependientes de una máquina para su tratamiento, los requerimientos transitorios son menores, el control de presión arterial es sumamente simple con los pacientes de dialisis y no poseen restricciones dietéticas.

Los pacientes que presentaron una regular calidad de vida en total fueron 4(2.6%) siendo todos del sexo femenino, con buena calidad de vida fueron 52(34.6%), 28(18.6%) del sexo masculino y 24(16%) del sexo femenino, con muy buena calidad de vida fueron 84(56%), 57(38%) del sexo masculino y 27(18%) del sexo femenino. Con excelente calidad de vida fueron 10(6.6%), 1(0.6%) del sexo masculino y 9(6%) del sexo femenino. (Ver cuadro No.3).

Se le asignó a la encuesta una calificación máxima de 250 puntos y una mínima de 50 puntos, y los resultados se interpretaron así: 0-50 puntos mala calidad de vida, 51-100 puntos regular calidad de vida, 101-150 puntos buena calidad de vida, 151-200 puntos muy buena calidad de vida y 201-250 puntos excelente calidad de vida. La importancia de esta puntuación radicó en que permitió catalogar a la calidad de vida de cada paciente según la encuesta realizada a los pacientes que acuden a UNAERC. Los 7 aspectos que se evaluaron son: Salud Física, Estado Psicológico, Nivel de Independencia, Interacción Social,

Interacción con el Medio Ambiente, Aspecto Espiritual y Dieta, entre las que se incluyeron 24 facetas, las cuales fueron medidas en una escala de 1-5, siendo estos aspectos importantes para determinar la calidad de vida de los pacientes por incluirse entre ellas diferentes actividades de la vida diaria que contribuyeron a dar un enfoque del rol que tienen cada uno de los aspectos evaluados.

Los pacientes incluidos en el programa de hemodialisis se encontraron 4(2.6%) pacientes con regular calidad de vida, 21(14%) con buena calidad de vida, 69(46%) con muy buena calidad de vida y 9(6%) con excelente calidad de vida.

Los pacientes incluidos en el programa de dialisis peritoneal se encontraron 31(20.66%) con buena calidad de vida, 15(10%) con muy buena calidad de vida y 1(0.6%) con excelente calidad de vida. (Ver cuadro No.4)

La importancia del tipo de tratamiento sustitutivo en este caso hemodialisis y dialisis peritoneal ambulatoria continua, radica en que a los pacientes de hemodialisis el Seguro Social les brinda ayuda para su tratamiento, los pacientes de dialisis la mayoría no cuentan con instituciones como el IGSS para costear el tratamiento, además contribuye que algunos pacientes viajan desde los departamentos del país, otros pagan hospedaje y comida para que los reciban temprano a su cita y esto afecta su calidad de vida.

Se pudo observar que los pacientes que presentaron regular calidad de vida fueron del sexo femenino, que el mayor número de pacientes de hemodialisis fueron los que presentaron muy buena calidad de vida y que fueron 9(6%) los hombres que presentaron excelente calidad de vida. Se diferencian con los pacientes de dialisis peritoneal que presentaron el mayor número de pacientes con buena calidad de vida y solamente uno con excelente calidad de vida. En estudios de otros países la hemodialisis ofrece una mejor supervivencia, aunque según la Asociación Europea de dialisis y hemodialisis es el 90% a los 10 años para los pacientes jóvenes sin complicaciones la cual disminuye con respecto a la edad.

De los 103 pacientes evaluados que se encontraron incluidos en el programa de hemodialisis, 5 (3.3%) fueron estudiantes, 6 (4%) amas de casa, 63(42%) peritos contadores, maestros, bachilleres y secretarias, 18 (12%) dependientes de fábrica o negocio, 4 (2.6%) comerciantes, 4 (2.6%) profesionales y 3 (2%) sin ocupación.

De los 47 pacientes encontrados en el programa de dialisis peritoneal 7 (4.6%) fueron estudiantes, 11 (7.3%) amas de casa, 5 (3.3%) peritos contadores, bachilleres, maestros y secretarias, 23 (15%) dependientes de fábrica o negocio, 1 (0.6%) comerciantes y no se encontraron profesionales ni pacientes sin ocupación. (Ver cuadro No. 5)

Se encontraron en hemodialisis a 63(42%) pacientes que fueron peritos contadores maestros, bachilleres y secretarias y en dialisis peritoneal se encuentran a 23(15%) pacientes que son dependientes de fábrica o negocio. Esta diferencia entre ambos grupos es marcada por aquellos que si pueden pagar su tratamiento ayudados en su mayoría por el seguro social y los que son dependientes de fábrica o negocio tienen la desventaja de tener que costearse su propio tratamiento como lo es la dialisis peritoneal.

Con respecto a los 12(8%) estudiantes 7(4.6%) presentaron buena calidad de vida y 5(3.3%) presentaron muy buena calidad de vida. Con respecto a las 17(11%) amas de casa, 4(2.6%) presentaron regular calidad de vida, 6(4%) buena calidad de vida y 7(4.6%) muy

buenas calidad de vida. De los peritos contadores, maestros, bachilleres y secretarias 5(3.3%) presentaron buena calidad de vida, 55(36.6%) presentaron muy buena calidad de vida y 8(5.3%) presentaron excelente calidad de vida. Los pacientes dependientes de fábrica o negocio 31(20.6%) presentaron buena calidad de vida y 10(6.6%) muy buena calidad de vida. De los comerciantes 1(0.6%) presentó buena calidad de vida, 3(2%) muy buena calidad de vida y 1(0.6%) excelente calidad de vida. Con respecto a los profesionales 1(0.6%) se encontró con buena calidad de vida 2(1.3%) con muy buena calidad de vida y 1(0.6%) con excelente calidad de vida y los pacientes sin ocupación 1(0.6%) con buena calidad de vida y 2(1.3%) con muy buena calidad de vida. (Ver cuadro No. 6)

Es alentador poder observar que 84(56%) pacientes presentaron muy buena calidad de vida y a la vez no se encontró a ninguno con mala calidad de vida. Esto demuestra que tanto la hemodialisis como la dialisis peritoneal han venido a contribuir con el paciente renal crónico.

Con respecto a los pacientes de hemodialisis se pudo observar que 12(8%) presentaron una salud física menor de 10 puntos, 8(5.3%) presentaron un estado psicológico menor de 10 puntos, 10(6.6%) presentaron un nivel de independencia menor de 8 puntos, 13(8.6%) una interacción social menor de 10 puntos, 9(6%) una interacción con el medio ambiente menor de 6 puntos, 2(1.3%) un aspecto espiritual menor de 4 puntos y 49(32.6%) una dieta menor de 2 puntos.

Con respecto a los pacientes de dialisis peritoneal se observó que 9(6%) presentaron una salud física menor de 10 puntos, 5(3.3%) un estado psicológico menor de 10 puntos, 9(6%) un nivel de independencia menor de 8 puntos, 10(6.6%) una interacción social menor de 10 puntos, 2(1.3%) una interacción con el medio ambiente menor de 6 puntos, 1(0.6%) con aspecto espiritual menor de 4 puntos y 11(7.3%) de dieta menor de 2 puntos. (Ver cuadro No.7)

De los 7 aspectos evaluados la importancia de cada uno es: en la salud física incluye la energía, fatiga, el dolor, incomodidad, sueño y cansancio, en el estado psicológico, la imagen, apariencia, sentimientos negativos y positivos, autoestima, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración, en el nivel de independencia, la movilidad, actividades de la vida diaria, como lavarse las manos, bañarse, comer, ir al baño, dependencia a medicamentos, atención médica y capacidad de trabajo, interacción social, las relaciones interpersonales, el apoyo social y la actividad sexual, en la interacción con el medio ambiente se incluyeron recursos financieros, libertad y seguridad física, accesibilidad a atención médica y social, ambiente familiar, oportunidad de adquirir nueva información, participación en actividades recreativas, medio físico, polución, ruido, tráfico y clima, en el aspecto espiritual, la religión y creencias personales y la dieta.

El puntaje ideal como máximo para cada aspecto fue en siguiente, para la salud física 50 puntos, el aspecto psicológico 50 puntos, el nivel de independencia 40 puntos, la interacción social 50 puntos, la interacción con el medio ambiente 30 puntos el aspecto espiritual 20 puntos y la dieta 10 puntos. Se considera a la salud física, el estado psicológico, la interacción social y el nivel de independencia como los aspectos de mayor peso para presentar una calidad de vida aceptable por tener el máximo puntuación entre todos los aspectos evaluados.

Se pudo observar que el aspecto de la dieta predominó con 60(40%) pacientes que al ser evaluados tuvieron una puntuación menor de 2. Los pacientes refirieron que a un principio les fué muy difícil iniciar con una dieta baja en sal. Se ha dicho por referencia de autores que el estado nutricional de los pacientes es un factor mayor para el resultado óptimo del tratamiento de hemodiálisis y dialisis peritoneal.

El segundo aspecto más afectado fué la interacción social con 23(15.3%) pacientes con una puntuación menor de 10. Se dice que el rol social influye en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica ya que esto se encuentra entrelazado con el medio socioeconómico, este aspecto incluye el coste-beneficio al tratamiento. Los pacientes de UNAERC, en su mayoría son referidos del Seguro Social del cual se benefician por incluir en ellos lo necesario para su tratamiento, la mayor parte se encuentra incluida en hemodiálisis. Algunos se ven afectados por costearse sus propios tratamientos como por ejemplo los pacientes de dialisis que no son beneficiados por instituciones como el IGSS o aquellos pacientes desempleados, incluidas aquí amas de casa, algunos estudiantes y comerciantes.

En la interacción social no se incluye solo el medio socioeconómico, también se incluye el apoyo social, entre estos la familia, amigos, servicios de salud y la actividad sexual de los pacientes.

El tercer aspecto más afectado fué la salud física con 21(14%) con una puntuación menor de 10, aquí se incluyó la energía y fatiga, el dolor, incomodidad, sueño y cansancio.

Estos pacientes presentan discapacidad cuando existen afecciones físicas o mentales, en algún momento la insuficiencia renal crónica ha sido la que predispone a los mismos para su desconfort. Al no tener una salud física óptima disminuye la capacidad del paciente para realizar sus actividades ya que se ven muchas veces obligados a abandonar sus labores cotidianas, además el éxito del tratamiento sustitutivo de dialisis y hemodiálisis radica en el buen estado general del paciente.

En Venezuela según datos del Departamento de Rehabilitación Médica del Ministerio de Salud durante el período comprendido de 1963 a 1987 la prevalencia de discapacidad osciló entre 1.2% y 7.1% aunque la prevalencia real no se ha podido estimar.

La Organización Mundial de la Salud ha estimado que del 7 al 10% de la población de cualquier país sufre de algún tipo de discapacidad física o mental, la cual limita la realización de las actividades de la vida diaria.

IX CONCLUSIONES

1. El grupo etáreo de 15-44 años fué el que predominó, siendo estos la población económicamente activa y a la vez la que mejor pronóstico presenta en los programas de hemodiálisis y dialisis peritoneal ambulatoria continua.
2. El sexo masculino con 86 (57.3%) pacientes predominó sobre el sexo femenino con 64 (42.7) pacientes. Según estudios en otros países no existe predominio de sexo, aunque algunos autores lo mencionan sin explicación alguna.
3. La calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica es muy buena en su mayoría, presentando los pacientes incluidos en hemodiálisis muy buena calidad de vida y los de dialisis peritoneal buena calidad de vida. Con ello se demuestra que ambas terapias sustitutivas ofrecen una calidad de vida aceptable, con la cual los pacientes se benefician.
4. Los aspectos más afectados fueron la dieta en su mayoría, la interacción social, la salud física y el nivel de independencia, no excluyendo el estado psicológico, la interacción con el medio ambiente y el aspecto espiritual, todos ellos relacionados entre sí.
5. Entre las ocupaciones de los pacientes evaluados el grupo de peritos contadores, bachilleres, maestros y secretarias presentaron en su mayor parte muy buena calidad de vida, seguido por los dependientes de fábrica o negocio que presentaron buena calidad de vida, solamente 4 amas de casa presentaron regular calidad de vida. En el estudio se obtuvieron a 10 pacientes con excelente calidad de vida y a ninguno con mala calidad de vida, esto fué muy alentador ya que demuestra la importancia de una institución como UNAERC que brinda ayuda necesaria a estos pacientes para que puedan llevar una mejor calidad de vida.

X. RECOMENDACIONES

1. Que instituciones como el Ministerio de Salud Pública y Organizaciones no Gubernamentales brinden mayor apoyo económico a la Unidad de Atención al Enfermo Renal Crónico con el fin de aportar beneficios a los pacientes con problemas renales.
2. Que se motive con asesoramiento en los diferentes aspectos afectados de la evaluación a aquellos pacientes que se encuentran en los programas de diálisis peritoneal y hemodialisis para mejorar su calidad de vida.
3. Realizar campañas de divulgación dentro de la población para dar a conocer que instituciones como UNAERC brindan ayuda a pacientes con insuficiencia renal crónica y a la vez proporcionar información sobre medidas preventivas para mejorar su calidad de vida.
4. Que en forma continua se evalúe la calidad de vida en los pacientes para aportar lo necesario y que continúe una retroalimentación médico-paciente.

XL RESUMEN

“Estudio descriptivo-transversal sobre calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica incluidos en los programas de dialisis peritoneal ambulatoria continua y hemodialisis ambulatoria continua en la Unidad de Atención al Enfermo Renal Crónico (UNAERC) durante el mes de septiembre del año 2000.”

El objetivo principal del estudio derivó de que en Guatemala no existen estudios que evalúen la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica; por lo que el presente estudio determinó la calidad de vida a través de un cuestionario de la Organización Mundial de la Salud llamada WHOQOL-100 por sus siglas en inglés World Health Organization Quality of Life Instrument, la cual se modificó a 50 preguntas de selección múltiple, en la que se evalúan varios aspectos de la vida como lo son la salud física, psicológica, el nivel de independencia, interacción social y con el medio ambiente, espiritualidad y se incluyó la dieta.

De una población de 800 pacientes en hemodialisis y dialisis peritoneal ambulatoria continua, se seleccionaron con muestreo aleatorio simple a 200 pacientes, de los cuales 32 no colaboraron, 12 no se presentaron, 5 eran menores de 15 años y 1 presentaba demencia, tomandose en cuenta a 150 pacientes.

Los resultados indicaron que 84 (56%) pacientes se encontraban con muy buena calidad de vida, no encontrándose a ninguno con mala calidad de vida. Esto fué muy satisfactorio para fines del estudio. Predominó el sexo masculino aunque diferentes autores no mencionan prevalencia en otros países de sexo.

Se recomienda que instituciones como el Ministerio de Salud Pública y Organizaciones no Gubernamentales brinden su apoyo, tanto económico como en asesoramiento, a la Unidad de Atención al Enfermo Renal Crónico para beneficio y mejorar la calidad de vida de los pacientes con problemas renales, y por otro lado continuar evaluandolos constantemente para tomar en cuenta sus necesidades.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Andreu Lola. Vivir con Insuficiencia Renal Crónica.
<http://rol.ready.soft.es/revista/junio.98.html>
2. Bak Thomas. Comportamiento e Interacción Social.
<http://maloka.org/virtul/vida/comporta.htm>
3. Bioétoca. Temas y Perspectivas. México. Panamericana. 1990. 224p.
4. Calidad de vida y gestión de los recursos vivos
<http://www.jcyl.es/jcyl/ceh/ogqe\svaci\listado-programas\1+D\1+D-vida.htm>
5. Coppin Antonia. Prevalencia de discapacidad física en adultos.
<http://unefm.Edu.ve/revista/discapacidad.htm>
6. Craing Tisher. Morbidity and Mortality of Dialysis.
<http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/093/093-statement.htm>
7. Díaz-Buxo. Quality of life evaluation using short form 36 comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients.
<http://www.intermedglobal.net>
8. Fedotov Ignacio. La promoción de la salud en el medio laboral. Revista Foro Mundial de la Salud. 1998, Mayo. 19. 399-405.
9. Gokal R. Outcomes in peritoneal dialysis and hemodialysis a comparative assessment of survival and Quality of life.
<http://www.intermedglobal.net>
10. Jacox Ada. Sufrimiento, Pérdida del autocontrol y la calidad de vida. En su: Manejo del dolor. 9ed. Texas: Salvat, 1994. 207p (pp 10-21).
11. La diálisis peritoneal aumenta la calidad de vida y disminuye los costes sanitarios.
<http://www.yahoo.com.gt>
12. McPhatter LI. Nightly home hemodialysis improvement in nutrition and quality of life.
<http://www.intermedglobal.net>
13. Merkus M. Physical symptoms and quality of life in patients on chronic dialysis.
<http://www.intermedglobal.net>
14. Merkus M. Predictors of poor outcome in chronic dialysis patient.
<http://www.intermedglobal.net>

15. Rodriguez Alejandra. Maduros, Alegres y sanos.
<http://www.el-mundo.es/salud/297/04N0130.html>
16. Sanlidag C. Comparison of two different KT/v methods in continuos ambulatory peritoneal dialysis patients.
<http://www.intramedglobal.net/>
17. Schwartmann Laura. Validación de un instrumento para medir calidad de vida en Hemodiálisis Crónica. Revista médica de Uruguay. 1999 Agosto;15(2):103-109.
18. Trujillo Federico. Aplicación informática para control de discapacitados.
<http://www.promi.es/Proyecto/aid.htm>
19. Welch Janet. Quality of life in black hemodialysis patients.
<http://www.arti.joernal.org/ags6-4/v6n4p351.htm>
20. Wold Health Organization. World Health Organization Quality of life.
<http://www.who.int/msa/mnh/mnh/q17.htm>
21. Zenteno Archila, Luis Fernando. Evaluación de accesos vasculares internos para Hemodiálisis en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Tesis (Médico y Cirujano) – Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1999. 59 p.

XIII. ANEXOS

ANEXO 1.
 UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
 UNIDAD DE TESIS
 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
 RESPONSABLE: Br. EVELYN KARINA SICAN OLIVARES.

NOMBRE:
 EDAD:
 SEXO:
 RESIDENCIA:
 PROFESION:
 TRATAMIENTO ACTUAL: DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA CONTINUA
 HEMODIALISIS AMBULATORIA CONTINUA

SECCION A

Las siguientes preguntas se refieren a **cuanto ha experimentado ciertos hechos, durante las últimas dos semanas**, por ejemplo sentimientos positivos de bienestar o felicidad. Si ha experimentado algunos de estos hechos excesivamente subraye la frase en extremo. Si no ha tenido esa experiencia subraye la palabra **nada**. Si su respuesta es intermedia, subraye la palabra que mejor refleje su elección. Recuerde por favor, que las respuestas se refieren a las últimas dos semanas.

1. ¿Tuvo dificultades para dormir?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO
2. ¿Disfrutó de la vida?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO
3. ¿Cuán positivo se sintió respecto al futuro?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO
4. ¿Cuánto experimentó sentimientos positivos en su vida?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO
5. ¿Cuánto se valoró a sí mismo?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO
6. ¿Le incomodó algún aspecto de su apariencia personal?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

7. ¿Interfirieron en su vida diaria sentimientos de tristeza o depresión?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO
8. ¿Tuvo dificultades para realizar las actividades de la vida diaria?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO
9. ¿Cuánto le molestó el presentar alguna limitación para desarrollar sus actividades?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO
10. ¿Necesitó de alguna medicación para realizar las actividades de la vida diaria?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO
11. ¿Estuvieron satisfechas sus necesidades sexuales?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO
12. ¿En su vida sexual, tuvo dificultades que le molestaran?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO
13. ¿Tuvo dificultades económicas?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO
14. ¿Tuvo dificultad para obtener buena atención médica?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO
15. ¿Disfrutó de su tiempo libre?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

SECCION B

Las siguientes preguntas se refieren al nivel en que experimentó o fue capaz de hacer algunas actividades en las últimas dos semanas, tales como lavarse, vestirse o comer. Si ha sido capaz de hacer esas cosas totalmente, subraye la palabra totalmente. Si no ha podido hacerlas, subraye la palabra nada. Si su respuesta es intermedia, subraye la palabra que mejor refleje su elección.

1. ¿Tuvo suficiente energía para la vida diaria?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO
2. ¿Fue capaz de aceptar su apariencia personal?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO
3. ¿Fue capaz de desarrollar sus actividades diarias?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO
4. ¿Cuánto dependió de sus medicamentos?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

5. ¿Pudo contar con sus amigos cuando los necesitó?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO
6. ¿Tuvo suficiente dinero para satisfacer sus necesidades?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO
7. ¿Tuvo oportunidades de obtener la información que consideraba importante?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

SECCION C

Las siguientes preguntas se refieren a cuan satisfecho o contento se ha sentido acerca de varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas. Por ejemplo acerca de su vida familiar o su energía. Decida cuán satisfecho o insatisfecho está con cada aspecto de su vida y subraye la palabra

1. En general, ¿cuán satisfecho estuvo con su vida?
 INSATISFECHO POCO SATISFECHO LO NORMAL SATISFECHO
 MUY SATISFECHO
2. ¿Cuán satisfecho estuvo con la energía que tuvo?
 INSATISFECHO POCO SATISFECHO LO NORMAL SATISFECHO
 MUY SATISFECHO
3. ¿Cuán satisfecho estuvo con su sueño?
 INSATISFECHO POCO SATISFECHO LO NORMAL SATISFECHO
 MUY SATISFECHO
4. ¿Cuán satisfecho estuvo con si mismo?
 INSATISFECHO POCO SATISFECHO LO NORMAL SATISFECHO
 MUY SATISFECHO
5. ¿Cuán satisfecho estuvo con sus habilidades?
 INSATISFECHO POCO SATISFECHO LO NORMAL SATISFECHO
 MUY SATISFECHO
6. ¿Cuán satisfecho estuvo con su vida sexual?
 INSATISFECHO POCO SATISFECHO LO NORMAL SATISFECHO
 MUY SATISFECHO
7. ¿Cuán satisfecho estuvo con el apoyo de su familia?
 INSATISFECHO POCO SATISFECHO LO NORMAL SATISFECHO
 MUY SATISFECHO

8. ¿Cuán satisfecho estuvo con el apoyo de sus amigos?
 INSATISFECHO POCO SATISFECHO LO NORMAL SATISFECHO
 MUY SATISFECHO
9. ¿Cuán satisfecho estuvo con los servicios de salud?
 INSATISFECHO POCO SATISFECHO LO NORMAL SATISFECHO
 MUY SATISFECHO
10. ¿Cuán satisfecho estuvo con sus oportunidades para aprender nueva información?
 INSATISFECHO POCO SATISFECHO LO NORMAL SATISFECHO
 MUY SATISFECHO
11. ¿Cuán satisfecho estuvo con la forma en que pasó su tiempo libre?
 INSATISFECHO POCO SATISFECHO LO NORMAL SATISFECHO
 MUY SATISFECHO
12. ¿Cuán satisfecho estuvo con sus relaciones familiares?
 INSATISFECHO POCO SATISFECHO LO NORMAL SATISFECHO MUY
 SATISFECHO
13. ¿Cómo calificaria su vida sexual?
 MUY MAL MAL NORMAL BIEN
 MUY BIEN
14. ¿Cómo calificaría la forma en que durmió?
 MUY MAL MAL NORMAL BIEN
 MUY BIEN

SECCION D

Las siguientes preguntas se refieren a con que frecuencia ha sentido o experimentado algunas cosas, por ejemplo el apoyo de su familia y sus amigos, o experiencias negativas tales como sentirse inseguro. Si no ha experimentado estas cosas para nada subraye la respuesta "nunca". Si ha experimentado alguna de esas cosas piense con que frecuencia y subraye la palabra que mejor lo describa.

1. ¿Con que frecuencia sufrió dolor fisico?
 NUNCA A VECES NORMALMENTE CON MUCHA FRECUENCIA
 SIEMPRE

SECCION E

Las siguientes preguntas se refieren a cualquier tipo de trabajo que haga. TRABAJO significa la actividad principal que realiza. Esto incluye trabajo voluntario, estudios, tareas domésticas, cuidar a los niños o cualquier trabajo pagado o no pagado. Por lo tanto TRABAJO tal como aquí se usa, significa aquellas actividades que usted siente que ocupan la mayor parte de su tiempo y energía.

1. ¿Cuánto fué capaz de trabajar?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO
 TOTALMENTE
2. ¿Cuán capaz se sintió para realizar su trabajo?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO
 TOTALMENTE
3. ¿Cuán satisfecho estuvo con su capacidad de trabajo?
 INSATISFECHO POCO SATISFECHO NORMAL SATISFECHO
 MUY SATISFECHO
4. ¿Cómo calificaría su capacidad de trabajo?
 MUY MAL MAL NORMAL BIEN MUY BIEN

SECCION F

Las siguientes preguntas se refieren a lo bien que ha sido capaz de desplazarse en las últimas dos semanas. Esto se refiere a su capacidad física para moverse de manera de poder hacer las cosas que quiere o necesita.

1. ¿Fue capaz de desplazarse de un lugar a otro?
 NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO
2. ¿Cuán satisfecho estuvo con su capacidad de desplazarse?
 SATISFECHO POCO SATISFECHO NORMAL MUCHO
 MUY SATISFECHO

TABLA DE NUMEROS ALEATORIOS SIMPLES

ANEXO 2. NUMERO	REGISTRO MEDICO	NUMERO	REGISTRO MEDICO	NUMERO	REGISTRO MEDICO
1	6	50	156	99	347
2	7	51	156	100	351
3	7	52	159	101	356
4	15	53	163	102	361
5	16	54	168	103	364
6	18	55	171	104	370
7	21	56	171	105	375
8	26	57	175	106	376
9	35	58	176	107	377
10	38	59	179	108	377
11	40	60	181	109	380
12	41	61	188	110	381
13	53	62	190	111	381
14	55	63	191	113	384
15	59	64	197	114	385
16	61	65	203	115	387
17	66	66	204	116	388
18	79	67	205	117	390
19	80	68	207	118	392
20	81	69	212	119	395
21	83	70	219	120	401
22	84	71	226	121	402
23	86	72	235	122	413
24	92	73	236	123	413
25	93	74	237	124	414
26	93	75	237	125	417
27	93	76	237	126	421
28	96	77	238	127	432
29	99	78	241	128	432
30	103	79	242	129	436
31	104	80	246	130	440
32	106	81	264	131	453
33	108	82	266	132	454
34	110	83	269	133	454
35	115	84	269	134	465
36	117	85	270	135	465
37	117	86	275	136	465
38	123	87	286	137	467
39	125	88	292	138	472
40	127	89	295	139	473
41	129	90	295	140	477
42	132	91	296	141	480
43	135	92	297	142	481
44	139	93	302	143	483
45	141	94	306	144	485
46	149	95	312	145	486
47	149	96	329	146	487
48	153	97	335	147	491
49	154	98			

SECCION G

Las siguientes preguntas se refieren a sus creencias personales y como afectan su calidad de vida. Así como su religión, espiritualidad y otras creencias personales.

1. ¿Sus creencias personales le dieron sentido a su vida?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

2. ¿Tuvo su vida sentido?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

3. ¿En que medida sus creencias personales le dieron fuerza para enfrentar las dificultades?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

4. ¿Sus creencias personales le ayudaron a entender las dificultades de la vida diaria?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

SECCION H

Las siguientes preguntas se refieren a cuan satisfecho se encontraba con la dieta alimenticia que llevaba, la intensidad de apetito que usted presentaba, así como los sentimientos que le producían, en las últimas dos semanas. Subraye la palabra que describa más acertadamente como se sentía.

1. ¿Cuán satisfecho se sentía con la dieta que le fué indicada?

INSATISFECHO POCO SATISFECHO NORMAL SATISFECHO
MUY SATISFECHO

2. ¿Cuánto le molestaba o le deprimía el tipo de dieta que le fué indicada?

NADA ALGO NORMAL MUCHO EN EXTREMO

148	498
149	504
150	504
151	507
152	517
153	518
154	521
155	521
156	524
157	526
158	529
159	530
160	538
161	543
162	547
163	553
164	554
165	559
166	561
167	568
168	573
169	573
170	578
171	578
172	579
173	592
174	592
175	598
176	599
177	608
178	616
179	635
180	639
181	642
182	644
183	645
184	647
185	649
186	649
187	653
188	655
189	656
190	659
191	659
192	659
193	660
194	666
195	670
196	673
197	678
198	695
199	699
200	700