

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**"CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON LESIÓN MEDULAR Y
TRATAMIENTO REHABILITATIVO INTEGRAL"**

**Estudio descriptivo realizado en pacientes que asistieron a la consulta
externa del hospital de rehabilitación del Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social -IGSS-**

mayo-junio2010

Tesis

**Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala**

Por

Wendy Susana Cheté Ortiz

Médica y Cirujana

Guatemala, Agosto de 2010

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

La estudiante:

Wendy Susana Cheté Ortiz 200210130

Ha cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médicos y Cirujanos, en el grado de **Licenciatura**, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**"CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON LESIÓN MEDULAR Y
TRATAMIENTO REHABILITATIVO INTEGRAL"**

Estudio descriptivo realizado en pacientes que asistieron a la consulta externa del hospital de rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-

mayo-junio 2010

Trabajo asesorado por la Dra. Carol Mendoza Menchú, coasesor Dr. Alfredo Hamilton González y revisado por la Dra. Ana Eugenia Palencia, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, once de agosto del dos mil diez

DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO



El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

La estudiante:

Wendy Susana Cheté Ortiz 200210130

ha presentado el trabajo de graduación titulado:

**"CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON LESIÓN MEDULAR Y
TRATAMIENTO REHABILITATIVO INTEGRAL"**

**Estudio descriptivo realizado en pacientes que asistieron a la consulta
externa del hospital de rehabilitación del Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social -IGSS-**

mayo-junio 2010

El cual ha sido **revisado y corregido**, y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el once de agosto del dos mil diez.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licda. María Antonieta Castillo
Profesora Revisora




Vp.Bo.
Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas
Coordinador

Guatemala, 11 de agosto del 2010

Doctor
Edgar Rodolfo de León Barillas
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. de León:

Le informo que la estudiante abajo firmante,

Wendy Susana Cheté Ortiz



Presentó el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

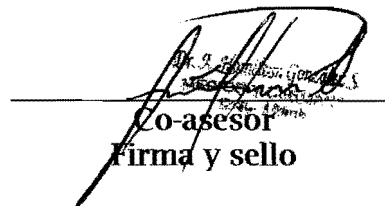
**"CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON LESIÓN MEDULAR Y
TRATAMIENTO REHABILITATIVO INTEGRAL"**

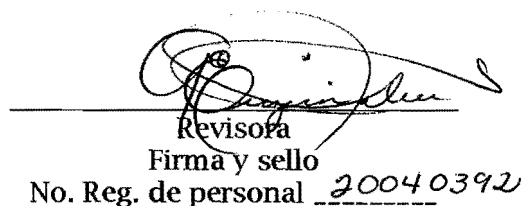
Estudio descriptivo realizado en pacientes que asistieron a la consulta
externa del hospital de rehabilitación del Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social -IGSS-

mayo-junio 2010

Del cual como asesora, co-asesor y revisora nos responsabilizamos por la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.


DRA. CAROL A. MENDOZA
MÉDICO REHABILITADOR
COL. No. 8789
Asesora
Firma y sello


Dra. Ana Eugenia Palencia
Médico y Cirujano
Colegiado No. 5931
Co-asesor
Firma y sello


Revisora
Firma y sello
No. Reg. de personal 20040392

Dra. Ana Eugenia Palencia
Médico y Cirujano
Colegiado No. 5931

RESUMEN

Objetivo: Medir la calidad de vida de los pacientes que obtuvieron tratamiento rehabilitativo integral secundario a lesión medular en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Mayo a Junio 2010. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal en 40 pacientes con paraplejía, que asisten a la consulta externa para prescripción de equipo de uso diario que aceptaron participar previo consentimiento en la medición de la calidad de vida con el test SF-36. **Resultados:** La población fue en 92.5% de sexo masculino, comprendidos entre 18-64 años de edad. El valor medido del perfil de salud por el SF-36 fue: función física 58; rol físico 73.75; dolor corporal: 64.76; salud general; 49.15; vitalidad 69.13; función social 73.34; rol emocional 78.23; salud mental 72.65. La transición de salud en el momento de la entrevista 72.65. **Conclusiones:** La salud física de los pacientes medida por: función física, rol físico dolor corporal y salud general obtuvieron valores arriba de los 50 puntos exceptuando salud general. La salud psíquica y social de la población estudiada evaluada por: vitalidad, función social, rol emocional y salud mental se estableció como alta por presentar valores arriba de 50 puntos. Al evaluar características de la población la calidad de vida fue alta cuanto mayor escolaridad poseen los pacientes. Al momento de la entrevista quienes manifestaron estar empleados fueron los que obtuvieron medidas de calidad de vida alta, dando importancia a la reinserción laboral. Los pacientes más afectados son los mayores de 56 años y los de estado civil soltero están dentro de los pacientes con mejor calidad de vida.

Palabras claves: Lesión medular, calidad de vida y test SF-36

ÍNDICE

1	Introducción	1
2	Objetivo	3
3	Marco teórico	5
	3,1 Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	5
	3,2 Hospital de Rehabilitación	6
	3,3 Calidad de vida	7
	3,4 Medición de Calidad de vida	9
	3,5 Lesión medular	12
	3,6 Secuelas y complicaciones de los lesionados medulares	14
	3,7 Lesionado medular con su estado emocional	16
4	Metodología	19
	4,1 Tipo y diseño de investigación	
	4,2 Unidad de análisis	
	4,3 Población y muestra	
	4,4 Selección de los sujetos de estudio	
	4,5 Operacionalización de variables	20
	4,6 Técnicas, procedimiento e instrumento de recolección de datos	22
	4,7 Procesamiento y análisis	
	4,8 Aspectos éticos	25
5	Resultados	27
6	Discusión	37
7	Conclusiones	39
8	Recomendaciones	41
9	Aportes	43
10	Bibliografía	45
11	Anexos	51

1. INTRODUCCIÓN

La calidad de vida según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones. Para el estudio de pacientes se debe tomar en cuenta la calidad de vida relacionada a salud que toma el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional como las dimensiones importantes para su medición. (1)

Los pacientes con lesión medular, viven con secuelas acorde al grado y nivel medular afectado. Se encuentran de forma repentina en una situación de grandes pérdidas físicas, que desencadenan una serie de reacciones emocionales para ajustarse a la nueva situación física, social y psicológica.

Para su rehabilitación, las personas que cuentan con afiliación ingresan al Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para recibir tratamiento por un equipo multidisciplinario formado por médicos fisiatras, fisioterapeutas, terapistas ocupacionales, trabajadores sociales, psicólogos y enfermería, cuya finalidad es integrar al paciente a la sociedad con sus capacidades diferentes, trazándose objetivos acuerdo al nivel y tipo de lesión medular. Al cumplir con los objetivos de la rehabilitación, el paciente es egresado dándole seguimiento en consulta externa únicamente para prescripción de equipo de uso diario, el cual puede ser sonda Foley o catéter de Texas y sus complementos. (2)

En Guatemala actualmente no hay estudios de calidad de vida en el paciente con lesión medular, por lo que se considera importante aportar conocimiento sobre esta parte de la población y su rehabilitación. Para medir la calidad de vida de los pacientes con lesión medular en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se utilizó el test SF-36 (3), que consta de 8 criterios de salud divididos en dos grupos, Salud física: función física, rol físico, salud general y dolor corporal. Salud psíquica y mental: vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Los ítems se puntúan del 0 al 100 donde menor de 50 es mala calidad de vida y mayor de 50 es buena calidad de vida.

Al momento del estudio, desde la perspectiva de la población, el valor de la media de los punteos obtenidos en las dimensiones del Test SF-36 fue arriba de 50, exceptuando salud general, en el grupo de salud física.

Por ser la calidad de vida un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente, se estudió la calidad de vida de la población por sus características personales: escolaridad, estado civil, edad y ocupación.

Entre los resultados obtenidos en esta población, se encontró que los pacientes obtuvieron medidas mejores de calidad de vida cuanto mayor grado de escolaridad tenían; los pacientes que manifestaron estar empleados al momento del estudio obtuvieron mejores medidas de calidad de vida que los desempleados y los pensionados. Al analizar los datos los pacientes, los solteros presentaron mejor calidad de vida.

El estudio brinda la oportunidad de valorar la calidad de vida de una población, con medidas tangibles y dando a conocer la importancia de la rehabilitación para lograr su integración a la sociedad.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Describir la calidad de vida de los pacientes que obtuvieron tratamiento rehabilitativo secundario a lesión medular, en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de mayo a junio 2010

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1 Describir las características de la población estudiada por medio de: escolaridad, estado civil, edad y ocupación, al terminar su rehabilitación.
- 2.2.2 Medir la calidad de vida del paciente con paraplejía a través del test SF-36, en el Hospital de rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- 2.2.3 Valorar las condiciones de salud física de los pacientes desde su percepción de la función física, su rol físico, salud general y dolor corporal.
- 2.2.4 Determinar la apreciación de los pacientes de su salud psíquica y social, mediante su función social, rol emocional, salud mental y vitalidad.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (2)

En Guatemala, al finalizar la segunda guerra mundial se difundieron ideas democráticas propagadas por los países aliados; el 20 de octubre de 1944 se derrocó al gobierno interino del General Ponce Vaides, quien había tomado el poder después de una dictadura de 14 años por el General Jorge Ubico, eligiéndose un Gobierno democrático, bajo la presidencia del Dr. Juan José Arévalo Bermejo. El Gobierno de Guatemala de esa época, gestionó la venida al país, de dos técnicos en materia de Seguridad Social. El Lic. Oscar Barahona Streber (costarricense) y el Actuario Walter Dittel (chileno), quienes hicieron un estudio de las condiciones económicas, geográficas, étnicas y culturales de Guatemala. El resultado de este estudio lo publicaron en un libro titulado "Bases de la Seguridad Social en Guatemala". Al promulgarse la Constitución de la República de aquel entonces, el pueblo de Guatemala, encontró entre las Garantías Sociales en el Artículo 63, el siguiente texto: "SE ESTABLECE EL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO".

Por lo cual el 30 de Octubre de 1946, el Congreso de la República de Guatemala, emite el Decreto número 295, "LA LEY ORGANICA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL". Creando así: "Una Institución autónoma, de derecho público de personería jurídica propia y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, cuya finalidad es aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala, un Régimen Nacional, Unitario y Obligatorio de Seguridad Social, de conformidad con el sistema de protección mínima" (Cap. 1º, Art. 1º).

Se crea así un Régimen Nacional, Unitario y Obligatorio. Esto significa que debe cubrir todo el territorio de la República, debe ser único para evitar la duplicación de esfuerzos y de cargas tributarias; los patronos y trabajadores de acuerdo con la Ley, deben de estar inscritos como contribuyentes, no pueden evadir esta obligación, pues ello significaría incurrir en la falta de previsión social.

3.2 HOSPITAL DE REHABILITACIÓN DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (2)

Es un Hospital de Referencia que atiende pacientes afiliados al régimen del seguro social de toda la República, con capacidad para atender diariamente entre 900 y 1,200 pacientes, cuenta los siguientes servicios:

- Servicio de Lesiones Medulares
- Servicio de Lesiones Craneoencefálicas.
- Servicio de Amputados y Lesiones de Nervios Periféricos.
- Servicio de Lesiones Diversas

La Consulta Externa funciona con Especialistas en el campo de la Rehabilitación y en las especialidades de: Neurología, Psiquiatría, Medicina Interna, Nutriología, Odontología y clínicas de Electrodiagnóstico.

La institución ofrece tratamiento rehabilitativo por medio de un equipo multidisciplinario coordinado por el médico fisiatra. El quipo cuenta con psicólogo/a, terapeuta físico, terapeuta ocupacional, trabajo social y terapeuta del lenguaje (según la lesión). Según las estadísticas del Hospital de rehabilitación se atendieron en el año 2009 a 43 pacientes con lesión medular.

- Áreas de Terapia:
- Terapia Física: Mecanoterapia, Hidroterapia, Electroterapia, Láser terapia, Ultrasonido.
- Área Terapéutica: Gimnasia terapéutica, Área de ambulación, Terapia laboral, Terapia deportiva, Área de lesiones craneoencefálicas, área de Lesiones medulares y de amputados.
- Terapia Ocupacional.
- Terapia de Lenguaje.
- Áreas de Readaptación laboral.
- Área de Prótesis y Órtesis
- Zapatería y Corsetería

3.3 CALIDAD DE VIDA

Calidad de vida según la OMS, es la percepción de un individuo, de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones. La aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. (4)

La evaluación de la calidad de vida no es un concepto nuevo, ya en 1947, Karnofsky y Burchenal introdujeron estos aspectos en estudios de quimioterapia en el tratamiento de enfermedades neoplásicas. Pero no fue hasta 1952, y después de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) definiera el concepto de calidad de vida, que algunos investigadores clínicos se plantearon considerar la calidad de vida como una medida a tener en cuenta, ya que representa el resultado final de una actuación médica desde la importante visión de su protagonista, el propio paciente. (5)

La calidad de vida como medida para el impacto de una enfermedad en un individuo tiene un valor predictivo para la función y el bienestar físico, además de que la Lesión medular (LM) tiene un impacto sobre el funcionamiento físico; ésta constituye la dimensión más afectada (6), pero el resultado final dependerá de la habilidad de adaptación a la nueva situación de vida y esta será mejor en la medida en que se implementen mejores tratamientos psicológicos, similar a lo expuesto por Kennedy, acerca de que la calidad de vida de una persona con LM responde a la estabilidad emocional posterior al trauma. (7)

En un ámbito más concreto de evaluación clínica surge la denominada Calidad de vida relacionada con la salud conceptualizada como la percepción influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

3.3. 1 Calidad de vida relacionada a salud

La instalación del concepto de Calidad de vida relacionado a salud (CVRS) dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI. Anualmente se publican en revistas médicas más de 2.000 artículos, poniendo de manifiesto tanto el gran interés como la amplia gama de acepciones del término.

La prevalencia de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países, para las cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de los servicios de salud. (8)

Herdman y Baró citan la definición propuesta por Shumaker y Naughton, que refleja adecuadamente el enfoque tomado por muchos investigadores en este campo:

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional. (9)

El concepto de CVRS incorpora la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud. (10)

La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del

paciente de su bienestar. La definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. (11)

Implica además aceptar que, hasta el momento, las evaluaciones de CVRS asumen que las personas son capaces de analizar aspectos de su estado de salud en forma aislada, separándolos de otros aspectos de la vida humana (ingresos, situación laboral, relaciones interpersonales, estrategias personales de afrontamiento). Hay numerosas evidencias de que, a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que podemos encontrar personas con grados importantes de limitación física que consideren que su calidad de vida es buena. (1)

Las medidas de CVRS según en consenso World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) deben ser:

1. Subjetivas: Recoger la percepción de la persona involucrada.
2. Multidimensionales: Releva diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal etc. Incluir sentimientos positivos y negativos.
3. Registrar la variabilidad en el tiempo: La edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.

3.4 MEDIR DE CALIDAD DE VIDA

Para la medición de calidad de vida relacionada con salud se pueden utilizar dos tipos de cuestionarios, genéricos y específicos. Dichos elementos deben reunir determinadas cualidades: validez, fiabilidad y sensibilidad. El cuestionario debe ser:

- Amplio, que incorpore una parte considerable de los aspectos de la salud.
- Seguro, en el que se pueda precisar conceptos, que sea reproducible y que tenga consistencia interna, de manera que no haya contradicciones en las respuestas y, en caso de haberlas, que puedan ser detectadas. La correlación entre los dominios puede contrastarse mediante el test de Cronbach.
- Sensible, capaz de detectar variaciones incluso pequeñas en el estado de salud y, por tanto, capaz de reflejar las variaciones sintomáticas tras un tratamiento.

(12)

Se considera que las más importantes directrices sobre este tema son elaboradas por la American Psychological Association conjuntamente con la American Educational Research Association y el National Council on Measurement in education. La fiabilidad de las escalas proporcionan información acerca de cuan buena o segura resulta la medición para esto de distinguen dos enfoques el cálculo de consistencia interna valor de alfa de Cronbach y la verificación en dos tiempos distintos. (13) Hay numerosos cuestionarios específicos para diversas enfermedades, algunos tan concretos como cuestionarios de calidad de vida en la bronquitis crónica, la insuficiencia cardíaca, la artritis reumatoide, la hipertensión arterial, la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) o la enfermedad inflamatoria intestinal. (14)

Los cuestionarios genéricos se suelen usar para medir la calidad de vida en pacientes con más de una enfermedad y, además, permiten comparar diferentes procesos patológicos como, por ejemplo, la calidad de vida de pacientes diabéticos con complicaciones iniciales y la de pacientes con artritis reumatoide. (15) Las escalas genéricas intentan cubrir todos los aspectos de la vida y se resumen en una puntuación global.

3.4.1 SF- 36

Medical Outcomes Study (SF-36), es un cuestionario genérico, que fue desarrollado en Estados Unidos a principio de la década de los noventa para estudiar resultados de las investigaciones médicas. Se considera un cuestionario suficiente y fácilmente realizable. Alonso et al han validado la versión castellana del SF-36, con un valor de alfa de Cronbach superior a 0,7 (considerado como bueno) en todas los dominios (rango de 0,71 a 0,94), excepto en la relación social (alfa = 0,45); por tanto, es recomendable para valoraciones de calidad de vida en pacientes de nuestro entorno. (15) Como término medio, los pacientes tardan 10-20 minutos en rellenar por completo el cuestionario. El SF-36 es un cuestionario muy utilizado por su facilidad, comodidad y validez. De hecho, es el más usado para la validación de otros cuestionarios diseñados con posterioridad y para la valoración de los cuestionarios específicos. (17)

El SF-36 tiene 8 dominios, 4 corresponden a aspectos físicos (función física, actividad física laboral, índice de dolor, percepción de salud) y 4 a aspectos del área psíquica o mental (vitalidad, función social, actividad psíquica laboral, índice de salud mental). (18)

3.4.2. Definición de las dimensiones y calificación de los temas

1. Función Física: Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos (10 temas).
2. Rol físico: Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades (4 temas).
3. Dolor corporal: Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 temas).

4. **Salud General:** Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (5 temas).
5. **Vitalidad:** Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 temas).
6. **Función Social:** Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 temas).
7. **Rol Emocional:** Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 temas).
8. **Salud mental:** Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 temas).

Además, incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior. La respuesta a esta pregunta describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud. (17)

La taxonomía de los temas y conceptos que subyacen a la construcción de las escalas SF-36 y las medidas de resumen, tienen tres niveles: (1) artículos, (2) ocho escalas y, (3) dos indicadores sintéticos que escala global. Todos menos uno de los artículos 36 (información de salud auto-transición) se utilizan para marcar las ocho escalas SF-36. (18)

3.3 LESIÓN MEDULAR

Las lesiones en medula espinal afectan con mayor o menor intensidad a la vida del paciente (aspectos físicos, psíquicos, emocionales, familiares, laborales, entre otros). Con el tratamiento se intenta recuperar la mayor funcionalidad del paciente en dichos aspectos. Para evaluar el grado de afección y sus posibles variaciones con el tratamiento habitualmente se consideran parámetros morfológicos, analíticos y funcionales. A lo largo de la historia los progresos de rehabilitación fueron escasos, pero el pronóstico cambió cuando se empezaron a crear centros para lesionados medulares como la inauguración del Hospital de Stoke Mandeville en 1944, en Barcelona, que es el primero en su clase con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente mieloleso. (20)

Se estima que la incidencia anual de lesiones de la médula espinal (LME), sin incluir los que mueren en el lugar del accidente, es de aproximadamente 40 casos por millón de población. En la actualidad, el 80,9% de las lesiones de la médula espinal informó a la base de datos nacional de Estados Unidos, se han producido entre los hombres. La categoría neurológica más frecuente en la aprobación de la gestión de las personas dadas a la base de datos es tetraplejia incompleta (30,1%), seguido por paraplejia completa (25,6%), tetraplejia completa (20,4%), y paraplejia incompleta (18,5%). (21)

El mecanismo de producción de la lesión medular (LM), es complejo. Rotación, hiperflexión, hiperextensión, compresión, fenómenos de estiramiento, son movimientos que pueden producir la lesión. Microscópicamente, se puede encontrar una médula edematizada, equimótica, aplanada, comprimida por hernia discal o fragmento óseo. Pero en otros casos, aparece aparentemente intacta además, se encontrará alteración de los vasos, así como de las raíces nerviosas, que pueden estar estiradas o seccionadas. (14)

La American Spinal Injury Association, introduce unos conceptos más actuales y completos para la definición de nivel y evolución de la Lesión Medular.

- NIVEL MOTOR: último nivel motor NORMAL (derecho o izquierdo)
- NIVEL SENSITIVO: último nivel sensitivo NORMAL

- **NIVEL NEUROLOGICO:** último nivel tanto sensitivo como motor normal.
- **NIVEL ESQUELETICO:** Nivel en que, radiográficamente, se encuentra la vértebra más afectada.
- **ZONA DE PRESERVACION PARCIAL.** Dermatomos caudales al nivel de la lesión que permanecen parcialmente inervados. (14)

Clasificación de Frankel modificada por ASIA. Utilizada para definir el tipo de lesión del paciente. (22)

LESION COMPLETA	A	No hay preservación sensitiva ni motora por debajo de la lesión
LESION INCOMPLETA	B	conservación de sensibilidad, sin función motora por debajo de la lesión hasta los últimos segmentos
LESION INCOMPLETA	C	preservación de función motora con fuerza muscular menor de 3 sobre 5, por debajo del nivel de la lesión
LESION INCOMPLETA	D	Preservación de función motora con fuerza muscular de 3 o más sobre 5, por debajo del nivel de la lesión.
LESION INCOMPLETA	E	Recuperación de la función motora y sensorial total. Puede persistir hiperreflexia.

3.6 SECUELAS Y COMPLICACIONES DE LOS LESIONADOS MEDULARES

3.6.1 Secuelas neurovegetativas

- **Hipotensión ortostática.** Aparece frecuentemente en las maniobras urológicas, o cuando existe infección urinaria.
- **Fenómenos de Hipertensión paroxística.** Se produce por hiperactividad simpáticorefleja de la médula.

- Alteraciones de la regulación térmica, tanto más frecuente cuanto más alta es la lesión.
- Hipotermia o hipertermia.
- Alteraciones de la sudoración

3.6.2 Secuelas neurorespiratorias

Mejorable con la cinesiterapia respiratoria

- Disminución de la Capacidad Vital
- Fatigabilidad

3.6.3 Secuelas urinarias

Causadas por vejiga neurógena, por lesión de los centros parasimpáticos sacros, raíces nerviosas procedentes de los mismos y por afección de los cordones posteriores medulares, para lo cual es necesaria una reeducación vesical (7). Para evitar las siguientes complicaciones.

- Infecciones de repetición.
- Litiasis renal
- Insuficiencia renal
- Se entiende que existe infección urinaria cuando en el sedimento aparecen más de 10 leucos/campo y en el urocultivo más de un millón de gérmenes.

3.6.4 Secuelas intestinales

Estreñimiento causado por intestino neurógeno que ocurre por lesión de las vías de centros pontinos en medula espinal o lesión del cono medular en el centro sacro. Provocando un íleo adinámico o paralítico.

3.6.5 Disfunción sexual

La adaptación sexual como consecuencia de una lesión de la médula espinal es un proceso gradual que exige ajustes de orden psicológico y físico. La disponibilidad de nuevas medicinas, de dispositivos y de procedimientos ha aumentado mucho las posibilidades de recobrar una vida sexual satisfactoria después de una lesión medular. El organismo Consortium for Spinal Cord Medicine Paralyzed Veterans of America, elabora actualmente directrices para

la práctica clínica sobre la sexualidad y la salud genésica. Se tratará de la información que debe comunicárseles a los lesionados medulares y a sus compañero (a) después de un traumatismo. (23)

La capacidad del hombre de tener el reflejo de erección se localizan en los nervios sacros (S2-S4) de la médula espinal. La capacidad de tener una erección psicógena depende del nivel y el alcance (completo o incompleto) de la lesión. Los hombres con bajo nivel de lesiones incompletas son más propensos a tener una erección psicógena que los hombres con mayor nivel de lesiones incompletas.

Los hombres con lesiones completas son menos propensos a experimentar una erección psicógena. Sin embargo, la mayoría de los hombres con lesión medular, son capaces de tener una erección refleja con la estimulación física, independientemente de la extensión de la lesión si las vías nerviosas S2-S4 no están dañadas. Debido a que cada LM es diferente, el impacto de la lesión en la función sexual también puede diferir. La disfunción eréctil puede ser un problema para los hombres que han sido recientemente lesionados, o se puede desarrollar en cualquier momento después de la lesión. (15)

En mujeres con lesión de neurona motora superior completa, la lubricación se mantiene por acción refleja. En las lesiones inferiores, S2-S4, ninguna experimenta lubricación refleja pero si psicógena. (22)

3.6.6 Espasticidad

Es el aumento de tono patológico, que aparece en algunos lesionados, una vez pasado el shock medular. Se acompaña de espasmos, que pueden llegar a ser muy importantes y limitantes para los enfermos.

3.6.7 Complicaciones cutáneas

Úlceras por presión:

Son lesiones isquémicas, por falta de circulación adecuada, producida por compresión de las redes arteriolares de los tejidos blandos, cuando se encuentran comprimidos entre dos planos duros: superficie ósea y plano de

apoyo sobre la cama o silla. Esta complicación obliga a hospitalización asociándose a sepsis y muerte. (24)

Las lesiones por presión se clasifican, según la profundidad en:

Grado I. Compromete la piel hasta la membrana basal

Grado II. Llega al plano de la aponeurosis muscular

Grado III. Compromete el plano muscular

Grado IV. Llega al plano perióstico y óseo (24)

3.7 LESIONADO MEDULAR CON SU ESTADO EMOCIONAL

La actitud emocional puede tener efecto decisivo en el resultado de la rehabilitación.

En el 50 % de adultos estos factores rigen el éxito o el fracaso de la rehabilitación. (26)

3.7.1 Consecuencias psicológicas derivadas de la lesión medular:

- Plano individual: La experiencia de pasar bruscamente de una situación física normal a una limitación grave de la motricidad debe provocar un conflicto psicológico amplio y profundo.
- Plano familiar: La situación posterior al trauma requerirá una adaptación por parte de toda la estructura familiar, de tal modo que todos sus miembros deben asumir en parte las dificultades y limitaciones derivadas del cambio en las posibilidades motoras así como las necesidades creadas por la nueva situación.
- Plano socio-laboral: en la mayoría de los casos las secuelas físicas de la lesión impedirán el retorno al anterior puesto de trabajo. Ello implicará un nuevo aprendizaje laboral o, en ciertos casos, la imposibilidad de reintegrarse a la vida laboral, lo que probablemente provocara modificaciones en su contexto social.

Las pérdidas físicas del lesionado medular desencadenan una serie de reacciones emocionales para ajustarse a la nueva situación física, social y psicológicamente. Pasando por etapas de duelo, que son:

- Shock y negación: La realidad de la muerte aún no ha sido aceptada por. Hay sentimientos de asombro y aturdimiento, como si todo lo que es "irreal".
- La ira y la culpa: Pueden atacar a la familia, amigos. Hay sentimientos de culpa y miedo. Estas emociones
- Negociación: Esto se manifiesta de diferentes maneras, para los adultos, se trata de pedir un acuerdo o una recompensa de Dios.
- La depresión y la tristeza: Hay una reacción, a la manera de cambiar la vida creada por la pérdida. Habrá sentimientos de tristeza y desesperanza.
- Aceptación: Esto sucede cuando los cambios introducidos en la persona por la pérdida se estabilizan en un nuevo estilo de vida. (26)

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño de investigación

Descriptivo transversal.

4.2 Unidad de análisis

Pacientes con lesión medular, que cumplieron objetivos de rehabilitación integral.

4.3 Población y muestra

Todos los pacientes con paraplejía que llegaron a consulta externa para prescripción periódica de equipo de uso diario los jueves de cada semana en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, del 3 de mayo al 10 de junio del 2010.

4.4 Selección de los sujetos de estudio

Criterios de inclusión:

- Pacientes con lesión medular, parapléjicos que cumplieron con los objetivos rehabilitativos del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- Voluntad para participar en el estudio.
- Pacientes de consulta externa que asistieron para recibir equipo de uso diario.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes cuyo discurso no fue fluido y claro.
- Pacientes que no desearon participar en el estudio.

4.5 Operacionalización de variables

Variable	Definición	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Calidad de vida	Percepción de las condiciones de salud del paciente desde su función física, rol en el trabajo, apreciación de su salud futura y resistencia a enfermar. Además de la apreciación del paciente frente a la función social, rol emocional y salud mental en sus actividades diarias.	El puntaje va desde el peor estado de salud 0 pts. a el mejor estado de salud 100pts	Cuantitativa	Nominal	Instrumento de recolección. SF-36
Características personales	Edad. Tiempo transcurrido desde el nacimiento del paciente hasta el momento de la entrevista.	Edad de años indicada por el paciente y anotada en el cuestionario correspondiente.	Cuantitativa	Razón	Instrumento de recolección. SF-36.
	Estado Civil. Es la situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Soltero/a. Casado/a. Divorciado/a. Viudo/a. Unido/a.	Cualitativa	nominal	Instrumento de recolección. SF-36

	Escolaridad. Tiempo durante el cual la persona, asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Alfabeto, si solamente lee y escribe. Primaria. Numero de grados aprobados en la escuela primaria. Secundaria: numero de grados aprobados después de la educación primaria. Universitaria: Numero de grados aprobados en la universidad.	cualitativa	nominal	Instrumento de recolección. SF-36
	Ocupación actual. Acción o función en la que se desempeña el paciente.	Desempleado: Cuando no se cuenta con un trabajo remunerado. Empleado: Cuando se cuenta con un trabajo remunerado. Pensionado: cuando tiene derecho al programa de protección a invalidez, vejez, orfandad y viudez.	cualitativo	nominal	Instrumento de recolección. SF-36

4.5 Técnicas, procedimiento e instrumento utilizados en la recolección de datos

Para la medición de la calidad de vida se utilizó el cuestionario SF-36, desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental.

Este instrumento explora 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; limitaciones del rol: de problemas físicos; limitaciones del rol: problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general.

Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).

4.6 Procesamiento y análisis de resultados

La recodificación de los ítems es el proceso de derivación de los valores, que se utilizó para calcular las puntuaciones de la escala. Este proceso incluye varios pasos:

- Cambiar los valores fuera de recorrido a ausentes,
- Recodificar los valores para 10 de los ítems, y
- Sustituir las estimaciones de especificación personal para los ítems ausentes.

Después de la recodificación de ítems, incluyendo el manejo de los datos que faltan, se calculó para cada escala una puntuación cruda. Esta puntuación es la simple suma algebraica de las respuestas para todos los ítems en esa escala.

4.6.1 Recodificación de los ítems

Escala	Suma final de los valores de los ítems (después de recodificar los ítems según las tablas 6.1-6.8)	Puntuación es crudas mínimas y máximas posibles	Máximo recorrido posible de la puntuación cruda
Función Física	3+4+5+6+7+8+9+10+11+12	10, 30	20
Rol Físico	13+14+15+16	4, 8	4
Dolor Corporal	21+22	2, 12	10
Salud General	1+33+34+35+36	5, 25	20
Vitalidad	23+27+29+31	4, 24	20
Función Social	20+32	2, 10	8
Rol Emocional	17+18+19	3, 6	3
Salud Mental	24+25+26+28+30	5, 30	25

El siguiente paso trata de transformar cada puntuación cruda de las escalas en una escala de 0 a 100, utilizando la fórmula que se muestra más abajo. La tabla 1 detalla la información necesaria para aplicar esta fórmula a cada escala.

$$\text{Escala transformada} = \left(\frac{\text{(Puntuación real cruda - puntuación cruda más baja posible)}}{\text{Máximo recorrido posible de la puntuación cruda}} \right) \times 100$$

Esta transformación convierte las puntuaciones más bajas y las más altas posibles en 0 y 100 respectivamente. Las puntuaciones situadas entre estos valores representan el porcentaje del posible total de puntuación logrado.

Los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuantos mayores sean, mejor estado de salud. (26)

4.6.2 Escalas del estado de salud e interpretación de resultados bajos y altos. Encuesta de salud SF-36 (28)

Concepto	No. de Preguntas	Bajo	Alto
Función física	10	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin limitantes debido a la salud.
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy severo y extremadamente limitante	Ausencia de dolor o limitaciones debido a dolor
Salud general	5	Evalúa la salud personal como mala y cree que probablemente empeorará	Evalúa la salud personal como excelente
Vitalidad	4	Cansancio y agotamiento todo el tiempo	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia frecuente y extrema con las actividades sociales normales debido a problemas físicos y emocionales	Realiza actividades sociales normales sin interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales
Salud mental	5	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo
Transición de salud notificada	1	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año

4.7 Aspectos éticos

Esta investigación es de categoría I; sin riesgo, no se realizó ninguna intervención fisiológica, psicológica o social con las personas que participaron en el estudio. Se explicó a los pacientes, de forma oral, los objetivos del trabajo en la institución. No se realizó un consentimiento informado escrito para evitar interpretaciones equivocadas con relación a las prestaciones que de la institución, que ellos reciben.

Se informó la importancia que tiene para departamento obtener su apreciación acerca de la calidad de vida de cada uno de los entrevistados al finalizar su rehabilitación, si existen factores que la modifican, además de brindar a la institución información de cómo se maneja el paciente reinsertado desde su perspectiva, para evaluar las mejoras necesarias en el tratamiento institucional.

5. RESULTADOS

El trabajo de campo se realizó con los pacientes que padecen de paraplejia, como secuela de una lesión medular, asistentes a la consulta externa del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; la población entrevistada total fue de 40 pacientes, de los cuales 3 eran femeninos y 37 masculinos, comprendidos entre 18 a 64 años de edad. En la población no se encontró analfabetismo y actualmente 18 de ellos se encuentran laborando. El estado civil de la población es mayoritariamente de casados y solteros.

Cuadro 1

Distribución de las características con mayor frecuencia de los pacientes con paraplejía, que asistieron a consulta externa del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad social de mayo a junio 2010

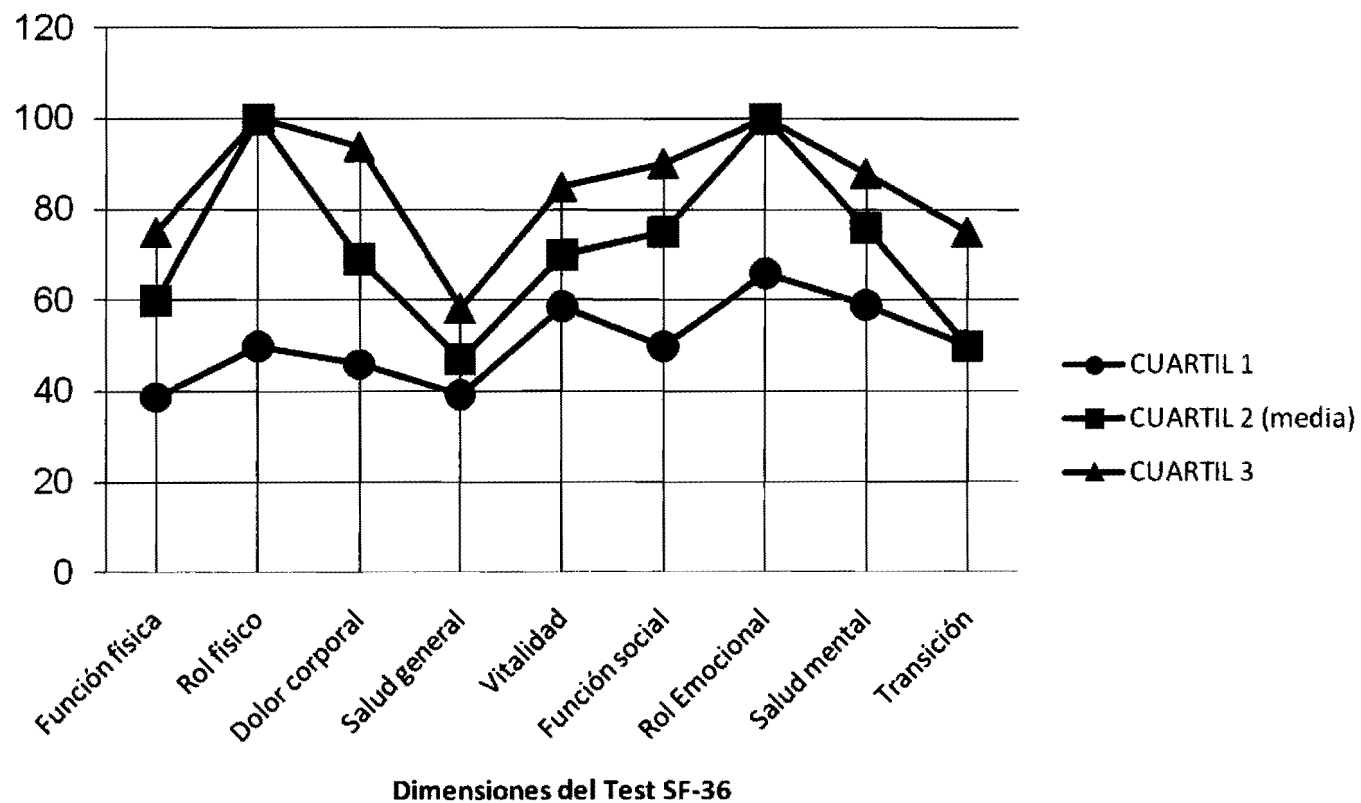
Características	Frecuencia
Edad	26-35 años
Escolaridad	10-12 años
Ocupación	Empleados (45%)
Sexo	Masculino (92,5%)
Estado civil	Solteros y casados (37,5%)

Para la medición de salud física de los pacientes por: función física, rol físico, dolor corporal y salud general se ubicaron los datos por cuarteles, observando que la calidad de vida en la población es baja en el 25 %.

El 75% de la población tiene calidad de vida alta exceptuando salud general, donde la percepción del paciente estuvo más afectada.

La calidad de vida de la población estudiada es alta, con respecto a su salud psíquica y social . El 25% de la población en la característica de función social, obtuvieron un punteo de calidad de vida baja.

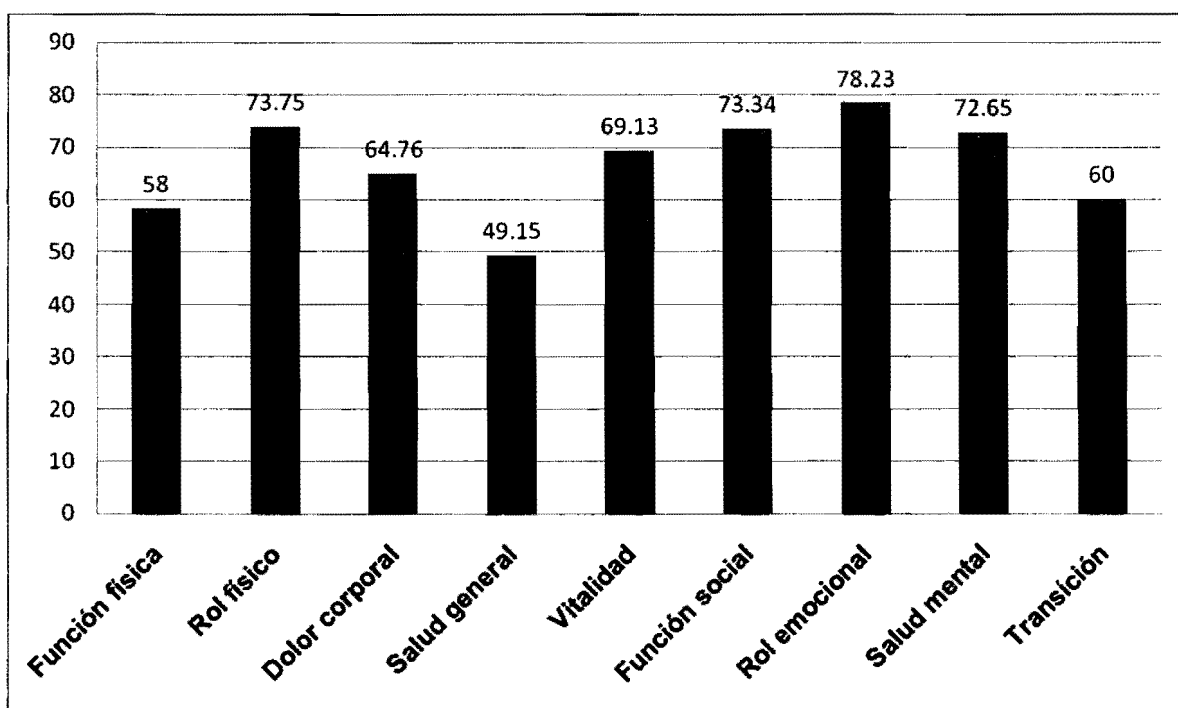
Gráfica 1
Dimensiones de Salud física utilizando el Test SF-36 en los pacientes con lesión medular. Hospital de Rehabilitación del
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-
Guatemala, julio 2010



Fuente: Datos obtenidos de la Encuesta SF-36 cuadro No.7

La calidad de vida de la población tiene sus medidas como alta en 7 de los 8 aspectos medidos por el test SF-36, el aspecto con baja calidad de vida según la interpretación del Test es salud general.

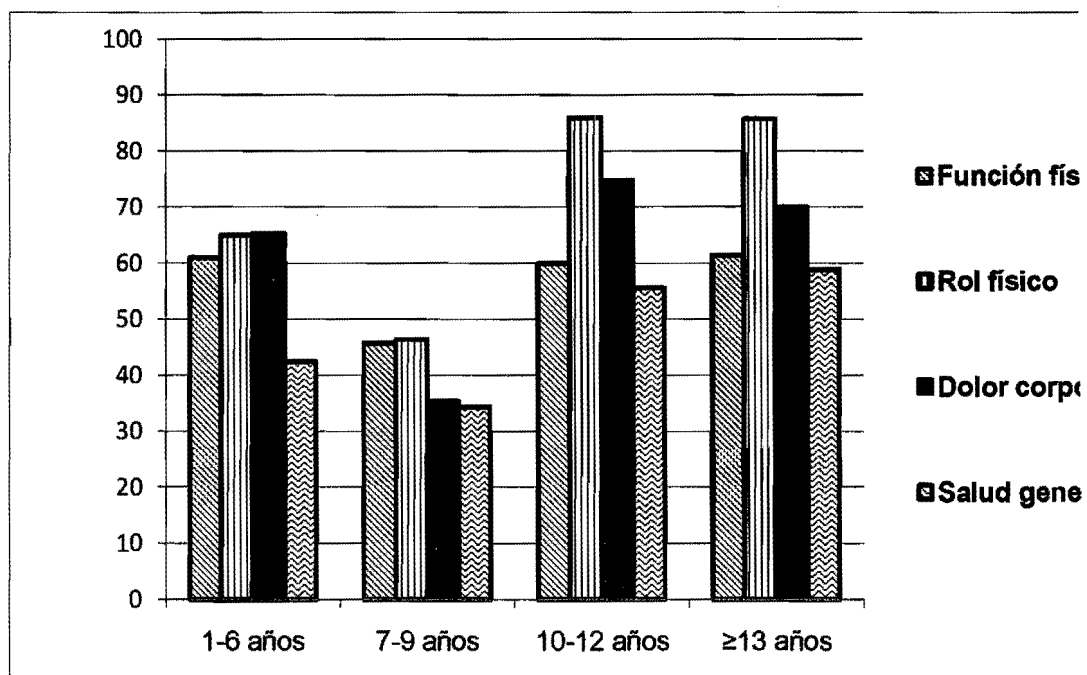
Gráfica 2
Distribución de punteos de calidad de vida utilizando el test SF- 36. Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- .
Guatemala, julio 2010



Fuente: Datos obtenidos de la Encuesta SF-36 cuadro No.6

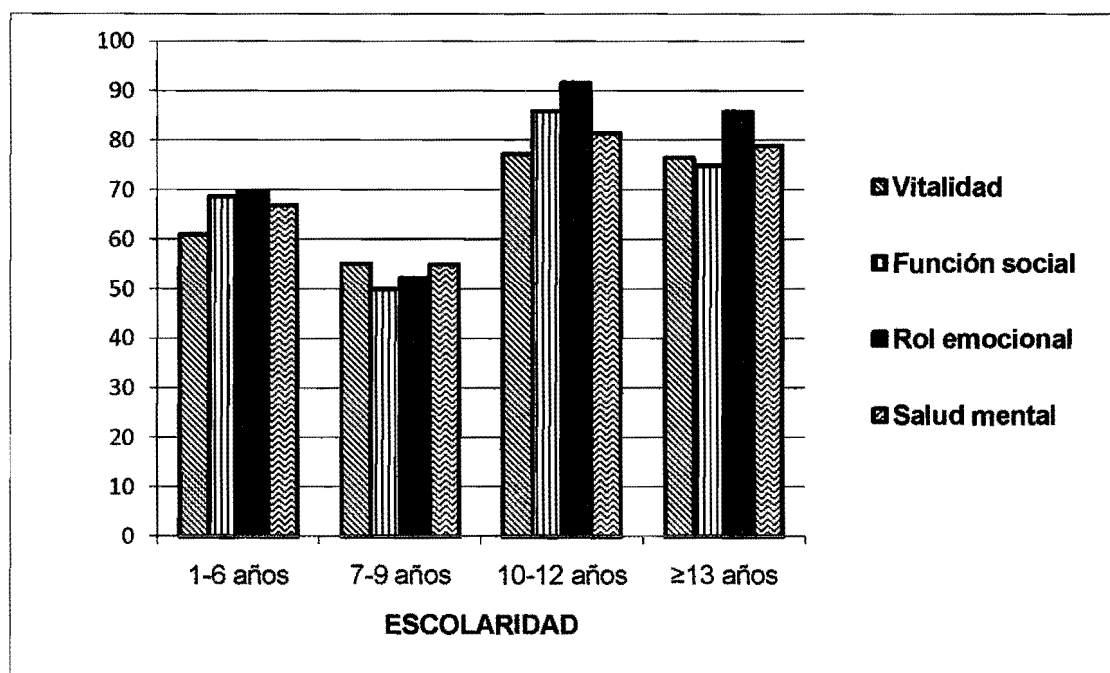
Por su escolaridad (gráfica No. 3 y 4), la población evidenció que a mayor escolaridad la calidad de vida es alta, tanto en salud física como en la salud psíquica y social. Los pacientes con escolaridad de 7-9 años, fueron quienes obtuvieron medidas de calidad de vida más bajas respecto a las demás.

Gráfica 3
Distribución de medidas de calidad de vida en pacientes con lesión medular
desde su perspectiva de salud física con el instrumento SF-36, según su
escolaridad. Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad
Social -IGSS-
Guatemala, julio 2010



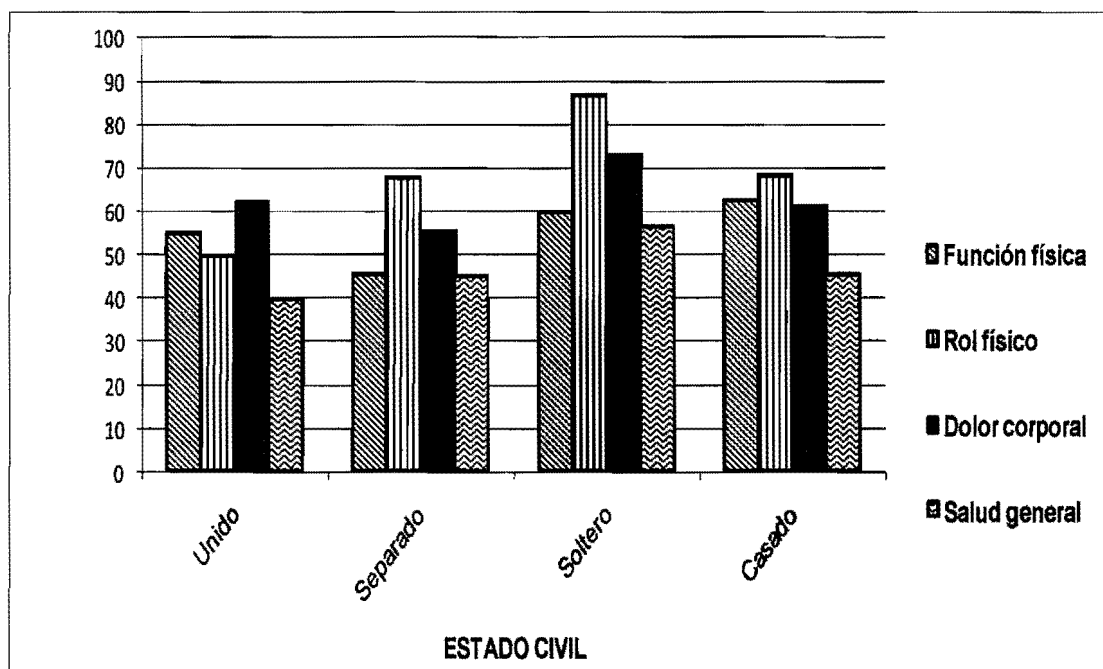
Fuente: Datos obtenidos de la Encuesta SF-36 cuadro No. 8

Gráfica 4
Dimensiones de Calidad de vida utilizando el Test SF-36 en los pacientes con
lesión medular desde la perspectiva de salud psíquica y social, según su
escolaridad. Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad
Social -IGSS-
Guatemala, Julio 2010



Fuente: Datos obtenidos de la Encuesta SF-36 cuadro No. 8

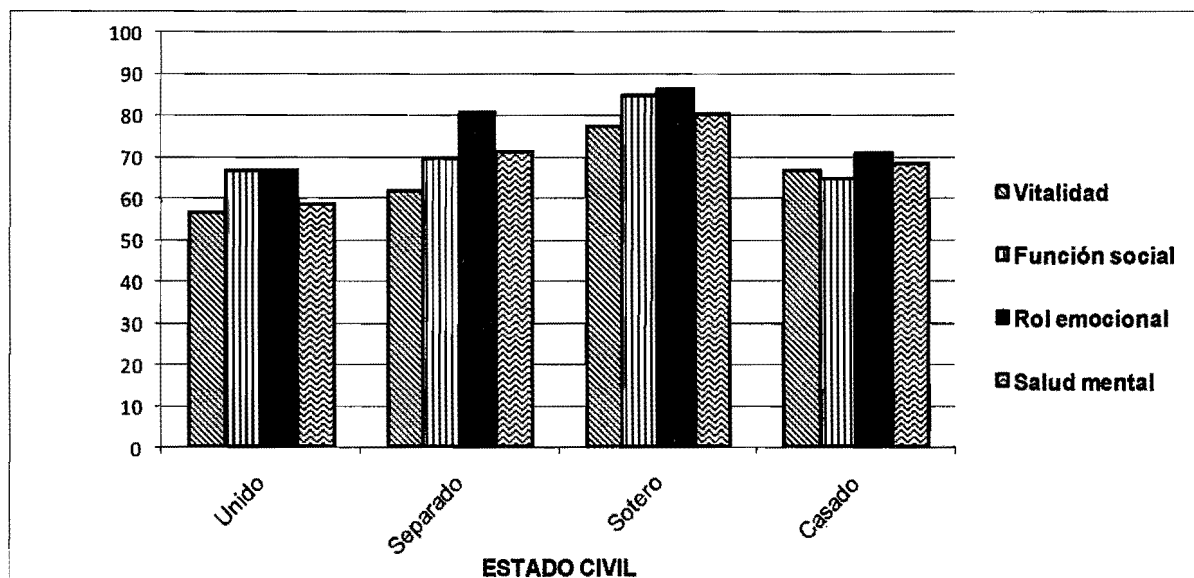
Gráfica 5
Distribución de medidas de calidad de vida utilizando del Test SF-36 en los
pacientes con lesión medular, desde la perspectiva de salud física, con el
instrumento SF-36, según su estado civil. Hospital de Rehabilitación del Instituto
Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-
Guatemala, julio 2010



Fuente: Datos obtenidos de la Encuesta SF-36 cuadro No. 9

Gráfica 6

Calidad de vida de los pacientes con lesión medular, desde la perspectiva de salud psíquica y social, medida con el instrumento SF-36 según su estado civil. Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- Guatemala, julio 2010

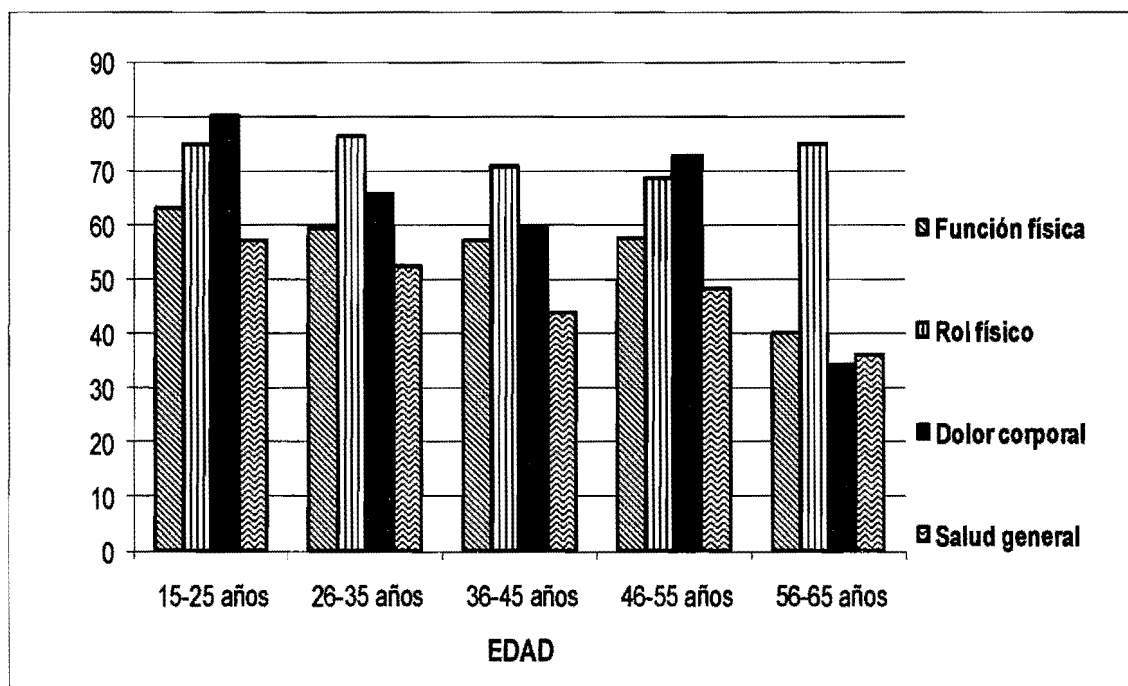


Fuente: Datos obtenidos de la Encuesta SF-36 cuadro No. 9

La población estudiada estuvo constituida por: adultos jóvenes y adultos mayores; al analizar la calidad de vida por edad, se observa que a mayor edad menor calidad de vida, con respecto a su salud física.

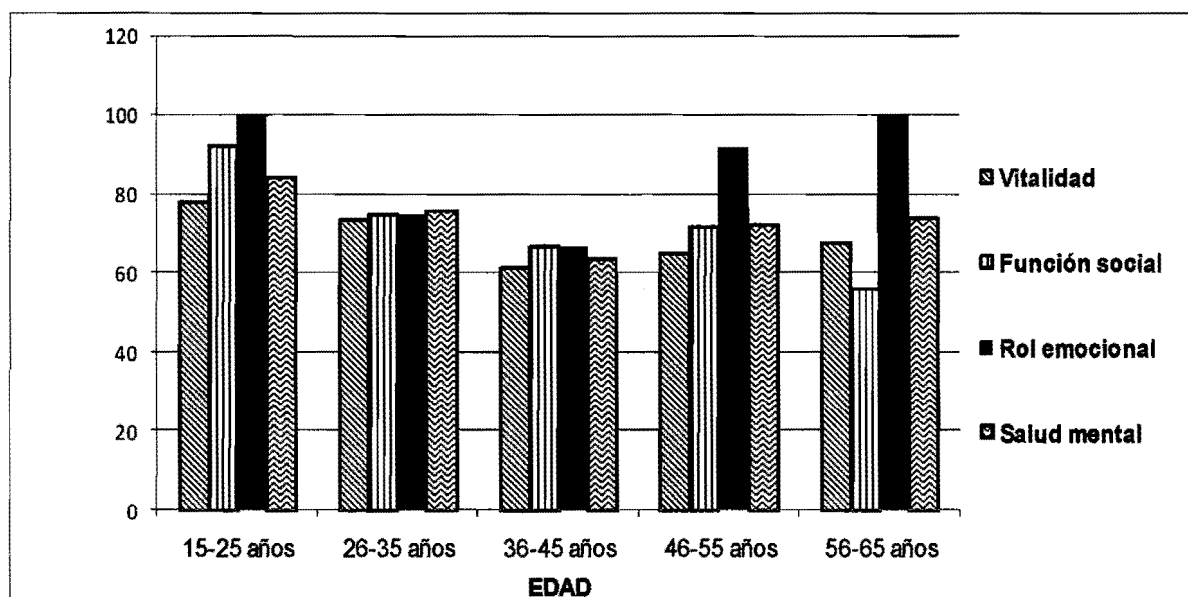
La calidad de vida de la población, con relación a su salud psíquica y social, muestran menor calidad de vida en el grupo de 25 a 45 años y la población con mayor edad evidenció mejor calidad de vida.

Gráfica 7
Calidad de vida de los pacientes con lesión medular, desde la perspectiva de salud física, con el instrumento SF-36 según su edad. Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- Guatemala, julio 2010



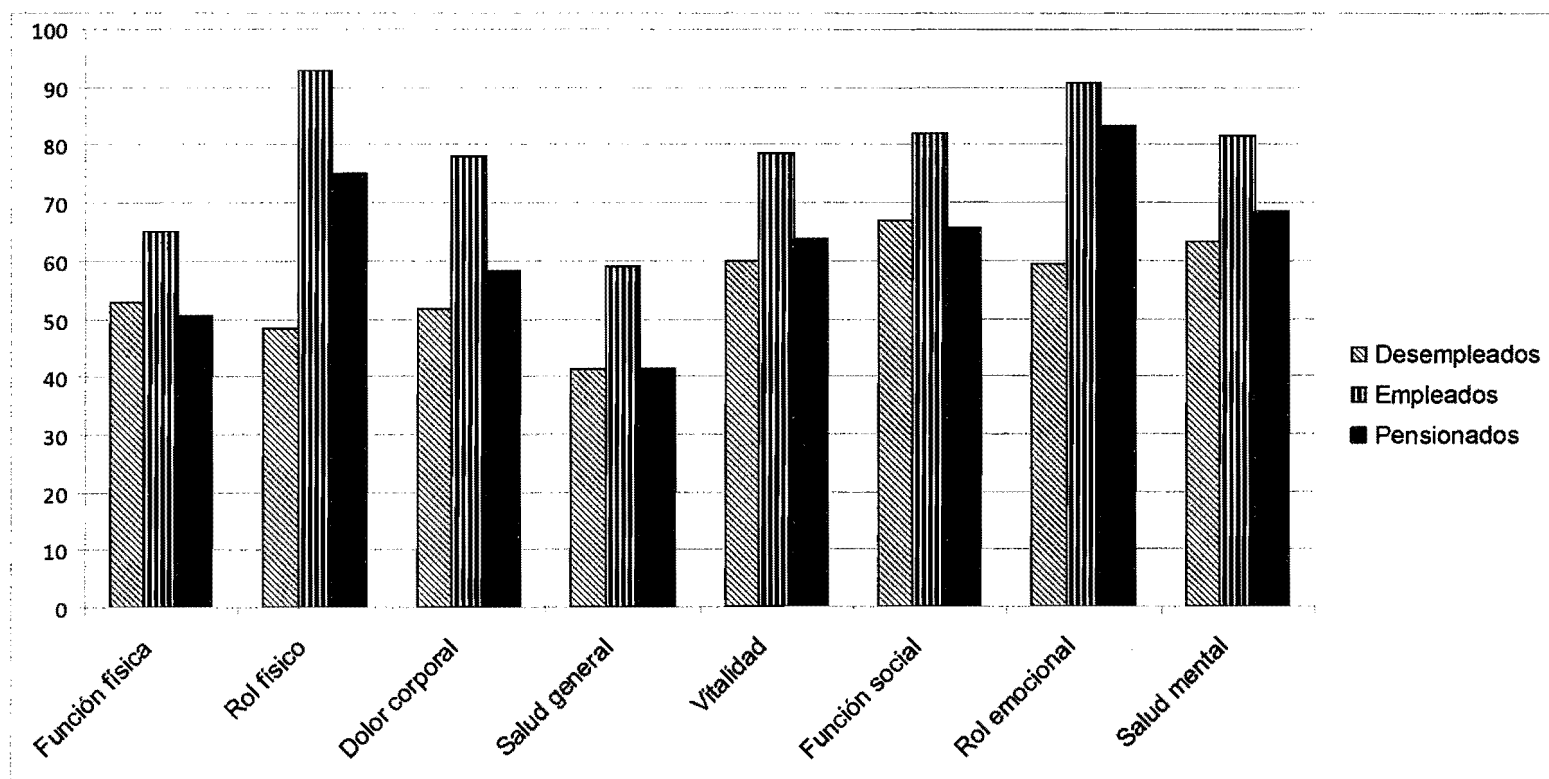
Fuente: Datos obtenidos de la Encuesta SF-36 cuadro No. 10

Gráfica 8
Calidad de vida de los pacientes con lesión medular, desde la perspectiva de
salud psíquica y social, con el instrumento SF-36 según su edad. Hospital de
Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-
Guatemala, Julio 2010



Fuente: Datos obtenidos de la Encuesta SF-36 cuadro No. 10

Gráfica 9
Calidad de vida de los pacientes con lesión medular, con el instrumento SF-36 según su ocupación actual. Hospital de
Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-
Guatemala, julio 2010



ente: cuestionario SF-36 cuadro 4

6. DISCUSIÓN

La población de pacientes con lesión medular del seguro social, fue en 85.5% menor de 45 años y de sexo masculino en 92.5%, resultados que coinciden con lo reportado en los datos estadísticos de Estados Unidos en Spinal Cord Injury Facts & Figures (20), en donde se estableció que la población con lesión medular es de sexo masculino en 85 % y que es una población de adultos jóvenes en edad reproductiva. Con el test SF-36, la calidad de vida en la población estudiada evidenció estar afectada en la dimensión de salud general, datos que difieren del estudio realizado por Vásquez (30), en pacientes con lesión medular y trauma craneoencefálico, con el mismo test, que demostró pacientes afectados en todas las dimensiones, pero la diferencia puede deberse a que el estudio fue realizado durante la rehabilitación.

El que la dimensión de salud general sea la más afectada en la población estudiada, es un hallazgo importante, por ser un marcador de que el paciente considera las secuelas de su lesión como una enfermedad progresiva, no aceptando su estado como algo establecido y que las mismas lo predisponen a padecer de enfermedades crónicas degenerativas, por ejemplo: las alteraciones renales por cicatrices, producto de infecciones del tracto urinario por vejiga neurógena o las lesiones por presión, que pudieran ocasionarles osteomielitis, entre otras complicaciones.

La calidad de vida como medida para el impacto de una enfermedad en la población con lesión medular, como es de esperar, tiene un gran impacto en el funcionamiento físico; constituyendo las dimensiones más afectadas, con una mejor perspectiva en sus aspectos psíquicos y sociales, pero el resultado final dependerá de la habilidad de adaptación del paciente a la nueva situación de vida y esta será mejor en la medida en que se implementen mejores tratamientos psicológicos, esto coincide con lo expuesto por Kennedy (7), acerca de que la calidad de vida de una persona con LM responde a la estabilidad emocional posterior al trauma. Por ejemplo: el manejo de la espasticidad por el paciente, pueden considerarla como algo limitante a su actividad diaria o aprovechar dicha secuela para una mejor movilización, además de readecuar sus actividades aprendiendo a controlar el espasmo.

Los pacientes solteros fueron los que al momento del estudio tenían medidas de calidad de vida alta, efecto que puede explicarse por el hecho de ser individuos sin responsabilidad directa de sustentar a la familia y si, recibir el apoyo económico y psicológico de sus padres. Pero en el caso de los pacientes casados puede explicarse que por ser quienes sustentaban a su familia antes de la lesión, el hecho de no

continuar siendo económicamente activos, afecta la calidad de vida del lesionado medular.

Entre los objetivos trazados por el equipo multidisciplinario del seguro social, está el reinsertar al paciente a nivel familiar, económico y social, pero la repercusión física de la lesión medular es evidenciada por el alto porcentaje de desocupación de los pacientes al momento de la entrevista, en este caso de un 55%. En el estudio realizado por Estevez (31) reportó el 25% de pacientes trabajando a los 6 años de la lesión; datos que no se conocen actualmente en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, por no contar con la información necesaria sobre el éxito de reincorporación al trabajo con su reajuste laboral en los casos que sea posible, en los años siguientes a la lesión medular.

Estévez (31) en su estudio concluyó que si los pacientes tienen empleo, tendrán mejor calidad de vida. Importante al analizar la población de este estudio, porque los pacientes con empleo, tienen sus medidas de calidad de vida alta y los pacientes desempleados y pensionados obtuvieron en todas las dimensiones, punteos por debajo de los que sí tienen empleo, resultados que revelan que si los pacientes están económicamente activos tendrán una mejor calidad de vida.

La calidad de vida de los pacientes según su escolaridad, mostró que a menor escolaridad las medias de los aspectos medidos por el SF-36 son más bajas, los pacientes con escolaridad de 10-12 años y mayor de 13 años, expresaron estar empleados al momento del estudio, pacientes con labores físicas como albañiles o guardias de seguridad con baja escolaridad, no podrán realizar todas las actividades requeridas por sus empresas.

7. CONCLUSIONES

- 7.1 La calidad de vida de los pacientes con lesión medular, evaluada por el test SF-36, mide la salud física en sus actividades de la vida diaria, con este test los punteos obtenidos fueron mayores a 50, exceptuando salud general, dimensión en la que el paciente evalúa sus secuelas como una enfermedad que le provocarán complicaciones en el futuro.
- 7.2 Los punteos medidos con el test son más altos en las cuatro dimensiones de salud física, cuanto menor es la edad del paciente.
- 7.3 Las dimensiones del test SF-36 que miden la salud psíquica y social de la población a estudio, mostró calidad de vida alta y los punteos fueron mas altos cuanto mayor edad tenía el paciente.
- 7.4 La escolaridad de los pacientes previo a la lesión medular, tiene relación directa con la reinserción laboral al terminar la rehabilitación en el departamento de lesión medular del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- 7.5 Las responsabilidades económicas y sociales en el paciente en su reinserción post rehabilitación, interfiere en su perspectiva de una mejor calidad de vida.

8. RECOMENDACIONES

Al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social:

- 8.1 Realizar estudios para medir la calidad de vida del paciente, con el objetivo de crear un método de evaluación para antes y después de la rehabilitación para la evolución del paciente.
- 8.2 Diseñar un programa para pacientes con lesión medular con el propósito de ofrecer capacitaciones ocupacionales, con mayor diversidad y acorde a la escolaridad de los pacientes previo a la lesión medular, con el objetivo de lograr mayor reinserción laboral.
- 8.3 Realizar seguimiento a largo plazo, por trabajo social a los pacientes en la reinserción laboral.

9. APORTES

9.1 Se realizó una evaluación de calidad de vida en los pacientes con lesión medular, posterior a la rehabilitación, desde la perspectiva del lesionado medular, por medio del Test SF-36, así como la oportunidad de conocer las características de la población a estudio respecto a escolaridad, edad, ocupación y estado civil.

9.2 Con los resultados de la investigación el equipo multidisciplinario abordó el tema de la calidad de vida de los pacientes y evaluó los resultados de este estudio, entre estos:

9.2.1 La importancia de un seguimiento en la incorporación del paciente a sus labores y a su vida familiar a largo plazo.

9.2.2 Sensibilización a la sociedad guatemalteca, sobre las capacidades de los pacientes al terminar los objetivos de su rehabilitación, sobre la importancia de crear ambientes adaptados a las capacidades diferentes de los pacientes con secuelas neurológicas.

9.2.3 El impacto que tiene en la calidad de vida del paciente el ser económicamente activo, posiblemente porque brinda la oportunidad al paciente de aportar en su familia y los pacientes logran re-crear sus actividades.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

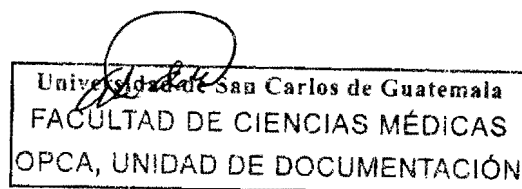
1. Leplège A, Huno S. El problema de la calidad de vida en medicina. Rev Cienc. Enferm [revista en línea] 1998 [accesado noviembre 2009] 7 (19-23). Disponible en: <http://www.scielo.cl/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S07179553200300020000200017&pid=S0717-95532003000200002&lng>
2. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Info IGSS [en línea] Guatemala: IGSS, 2009 [accesado marzo 2010] Disponible en: <http://www.igssgt.org/index2.html#>
3. Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. [monografía en línea] Barcelona. 2000. El instituto. [accesado enero 2010] Disponible en: http://iryss.imim.es/iryss/PDFs/Manual-Puntuaci%C3%B3n_SF-36v1.pdf
4. Hernández Mejía J, Fernández López I, Rancaño García, A y Cueto Espinar A. Calidad de vida y enfermedades neurológicas. Cure Hunter, Presicion Medical Data Mining [revista en línea] 2001 [accesado noviembre 2009]. 16: [30-35]. Disponible en : http://www.arsxxi.com/pfw_files/cma/ArticulosR/Neurologia/2003/04/109010100300037.pdf
5. Torres Delis Y, Vergara Lozano P, Hurtados Marcell, O y Febles S. Fisioterapia respiratoria en el lesionado medular Rev .Cubana Ortop Traum. [revista en línea] 2001. [accesado noviembre 2009]. 15 (1-2) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-215X20010001000008&script=sci_arttext
6. Schwartzmann'b L, Olaizola I, Aícfa G, Derguzuricda, S, Fruncolino C, forleyb G, et al. Validación de un instrumento para medir calidad de vida en hemodiálisis crónica: perfil de impacto de la enfermedad. Rev Med Uruguay [revista en línea] 1999 [accesado noviembre 2009] 15: [103- 109]. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/1999v2/art4.pdf>

7. Boubarbier R, Krusen, T. Symptoms of major depression in people with spinal cord injury: Implantation for sercenong. Arch Phys Med Rehab. [revista en línea]. 2004 [accesado enero 2010] 85(11). Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/mfr/mfr109/mfr03109.htm
8. Kennedy P, Rogers B. Reported quality of life of people with spinal cord injury a longitudinal analysis of the first 6 months post discharge Spinal cord. Rev Cuba [revista en línea] 2006, [accesado diciembre 2009]. 38 (8). Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/mfr/mfr109/mfr03109.htm>
9. Guyatt G, Feeny D, Patrick D. Measuring health-related quality of life. Annals of Internal Med. [revista en línea] 2006 [accesado noviembre 2009] 118 (622-629). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1618841/>
10. Herdman M, Baró E. Calidad de vida asociada a la salud e infección por el VIH. La medición de la calidad de vida: fundamentos teóricos. Rev Ter Psicol (Madrid) [revista en línea] 2000. [accesado diciembre 2009] 1 (19-33). Disponible en : <http://scielo.isciii.es/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S113480462004000800004000002&pid=S1134-804620040008000004&lng=es>
11. Testa M. Assessment of quality-of-life outcomes. N Engl J Med [revista en línea] 1996 [accesado noviembre 2009] 334(13) 835-840. Disponible en: <http://content.nejm.org/cgi/content/short/334/13/835>
12. Naughton m, Shumaker S, Anderson R, Czajkowski S. Quality of life and pharmaco economics in clinical trials. [monografía en línea] 2ed. Filadelfia-Nueva York: lippincot raven, 1996 [accesado noviembre 2009] Disponible en: www.gbv.de/dms/bs/toc/185460984.pdf
13. Monés J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? Cir Esp. [revista en línea] 2004 [accesado noviembre 2009] 76(2):71-77. Disponible en: http://www.aecirujanos.es/revisiones_cirugia/2004/Agosto2.pdf

14. Anderson R, Nackley J, Testa M. Quality of life and antihypertensive therapy in men: comparison of captopril and enalapril. N Engl J Med [revista en línea] 1995 [accesado noviembre 2009] 17 (328). Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/rj7151l763t0/?p=d2aa6c91317847149f1796bd7f050997&pi=0>
15. Moreno García I. Síndrome del lesionado medular, tratamiento, rehabilitación y cuidados continuos. Guía de tratamiento [monografía en línea] 2002 Hospital Monográfico Asepeyo Coslada (Madrid) [accesado enero 2010] Disponible en: www.imagina.org/archivos/LM_sindrome%20del%20lesionado%20medular.pdf
16. Klebine P, Lindsey L. La función sexual para los hombres con lesión medular. Injury Information Network [revista en línea] 2007 [accesado en febrero 2010] 3. Disponible en: <http://www.spinalcord.uab.edu/show.asp?durki=22405>
17. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana J, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Rev San [revista en línea] 2005 [accesado noviembre 2009] 19 (2). Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S021391112005000200007&script=sciarttext>
18. Alonso J, Prieto L, Anto J. La versión española del SF36 Health Survey: un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Rev Esp Salud Pública [revista en línea] 2004 [accesado noviembre 2009] 78, [771-776]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php pid=S113557272004000500006&script=sciarttext>
19. Ware J. SF -36 Health survey. Massachusetts. Medical outcomes trust [sede web] 2006 SF-36 Literature [accesado en noviembre 2009]. Disponible en: <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>
20. Ware J. SF-36 actualización de la encuesta de Salud Massachusetts. [sede web] Medical outcomes trust [accesado en noviembre 2009] Disponible en: <http://www.sf-36.org/tools/SF36.shtml#VERS2>

21. Forner Valerc J. Pasado, presente y futuro de la lesión medular. Guía de autocuidados, Lesión Medular. España: Generalitat valencia 2001. p 15-24
22. Spinal Cord Injury Facts & Figures. [sede web] National Spinal Cord Injury Statistical. Birmingham, Alabama. 2009. [accesado febrero 2010]. Disponible en: <http://www.fscip.org/facts.htm>
23. Romero Meza M, Jiménez Juliao A, Román Pérez E. editores. Guía de prácticas clínicas basada en la evidencia. Rehabilitación en trauma raquimedular. España: Proyecto ISS-ASCOFAME, [2000?]
24. Ducharme S. Lesiones medulares y la sexualidad. International Encyclopedia of Rehabilitation [monografía en línea] 2008-2010 [accesado febrero 2010] Disponible en: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/article.php?id=5&language=es>
25. Velasco María, Salinero Pérez M. Tratamiento de fisioterapia en el lesionado medular [monografía en línea] Toledo 2006. [accesado noviembre 2009]. Disponible en: http://www.lesionadomedular.com/archivos/almacen/guia_fisioterapiaalm.pdf
26. Yohena R, Olivero Vila F, Ares de Parga E, Moreau G. Lesiones por presión Boletín del Departamento de Docencia e Investigación [revista en línea] 2004 [accesado febrero 2010] 8, (1). Disponible en: www.samfyr.org/publicaciones/lesiones_por_presion.pdf
27. Anguera Domen B. Aproximación psicológica al problema del lesionado Medular traumático. Departamento de Psicología General [tesis en línea]. Universidad de Barcelona, Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación, 2004 [accesado febrero 2010] Disponible en: www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/64450/88131
28. Hervás A, Zabaleta G, Beldarrain, J. Health related quality of life in patients with diabetes mellitus type 2. An Sist Sanit Navar. [revista en línea] 2007 [accesado en noviembre 2009] 30(1):45-52. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S02127199206082&script=sciarttext>

29. Zúniga M, Carrillo-Jiménez G, Fos P, Gandek B, Medina-Moreno M. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. Salud Púb Méx. [revista en línea] 1998 [accesado noviembre 2009] 41(2). Disponible en: www.chime.ucla.edu/.../SF-36%20Mexico%20Spanish.pdf
30. Montes castillo M. Calidad de vida. Rev Mex Medic Fís y Rehab [revista en línea] 2006 [accesado noviembre 2009] 18(1). Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/calidadvida.pdf>
31. Vasquez Cabrera C, Carod Artal F. Calidad de vida en pacientes con secuela neurológica y en sus cuidadores evaluados mediante la escala sf-36 [en línea] 1999 Red Sarah de Hospitales del Aparato Locomotor.Brasil [accesado junio 2010]. Disponible en: <http://www.uninet.edu/union99/congress/libs/val/v12.html>
32. Estévez Perera A, García García Y, Villanueva Moreno M, Martínez Díaz N. Calidad de vida en lesionados medulares del Centro Nacional de Rehabilitación "Julio Díaz" [en línea] Matanzas, Cuba: El Hospital, 2009 [accesado junio 2010]. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/mfr/mfr109/mfr03109.htm>



11. ANEXOS

Anexo 1. Cuadros de resultados

Cuadro 1

Intervalo de edades de los pacientes con lesión medular que asistieron a consulta externa del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social - IGSS- para obtener equipo de uso diario.

Guatemala, julio 2010

EDAD	f	%	% acumulado
15-25	5	12.50	12.5
26-35	17	42.50	55
36-45	12	30	85
46-55	4	10	95
56-65	2	5	100
TOTAL	40	100	

Fuente: Datos obtenidos de la Encuesta SF-36.

Cuadro 2

Distribución de pacientes con lesión medular por su ocupación. Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- para obtener equipo de uso diario.

Guatemala, julio 2010

OCUPACIÓN	f	%	% acumulado
Empleados	18	45	45
Desempleados	14	35	80
Pensionados	8	20	100
Total	40	100	

Fuente: Datos obtenidos de la Encuesta SF-36

Cuadro 3

**Distribución de los pacientes con lesión medular por escolaridad en años.
Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-
para obtener equipo de uso diario.**

Guatemala, julio 2010

ESCOLARIDAD	f	%	% acumulado
1-6	10	25	25
7-9	7	17.5	42.5
10-12	16	40	82.5
≥13	7	17.5	100
	40	100	

Fuente: Datos obtenidos de la Encuesta SF-36

Cuadro 4

**Distribución de pacientes con lesión medular, que asistieron a consulta externa
del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –
IGSS- para obtener equipo de uso diario, por su ocupación según su
escolaridad.**

Guatemala, Julio 2010

OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD				
	0 años	1-6 años	7-9 años	10-12 años	mayor 13 años
Empleado		1		10	7
Desempleado	1	6	4	3	
Pensionado		2	3	3	
Total	1	9	7	16	7

Fuente: Datos obtenidos de la Encuesta SF-36

Cuadro 5

**Distribución de de pacientes con lesión medular por estado. Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS- para obtener equipo de uso diario.
Guatemala, Julio 2010**

ESTADO CIVIL	f	%	% acumulado
Unido	3	7.5	7.5
Casado	15	37.5	45
Separado	7	17.5	62.5
Soltero	15	37.5	100

Fuente: Datos obtenidos de la Encuesta SF-36

Cuadro 6

**Distribución de punteos de las dimensiones del Test SF-36 para calidad de vida en los pacientes con lesión medular. Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-
Guatemala, julio 2010**

	Media	σ
Función física	58	22.30
Rol físico	73.75	37.96
Dolor corporal	64.76	27.99
Salud general	49.15	18.32
Vitalidad	69.13	18.98
Función social	73.34	23.54
Rol emocional	78.23	35.91
Salud mental	72.65	19.71
Transición	60	25.82

Fuente: Datos obtenidos de la Encuesta SF-36

Cuadro 7
Calidad de vida de los pacientes con lesión medular. Hospital de
Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- utilizando
el instrumento sf-36. Según sus cuartiles.
Guatemala, julio 2010

	Cuartil 1	Cuartil 2	Cuartil 3
Función física	38.75	60	75
Rol físico	50	100	100
Dolor corporal	46	69	94
Salud general	39.25	47	58.25
Vitalidad	58.75	70	85
Función social	50	75	90.25
Rol emocional	66	100	100
Salud mental	59	76	88
Transición	50	50	75

Fuente: Datos obtenidos de la Encuesta SF-36

Cuadro 8
Distribución de punteos de calidad de vida en los pacientes con lesión medular,
utilizando el Test SF-36 según su escolaridad, Hospital de Rehabilitación del
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-
Guatemala, julio 2010

	1-6		7-9		10-12		≥13	
	Media	σ	Media	σ	Media	σ	Media	σ
Función física	61	18.827	45.71	19.02	60	19.32	61.43	34.49
Rol físico	65	39.441	46.43	46.61	85.938	27.34	85.71	37.80
Dolor corporal	65.3	25.897	35.50	24.15	74.875	20.43	70.14	33.95
Salud general	42.4	10.437	34.43	10.41	55.563	14.69	58.86	28.65
Vitalidad	61	14.298	55.00	9.13	77.188	9.48	76.43	33.88
Función social	68.7	21.531	49.93	10.31	85.813	11.05	74.86	37.45
Rol emocional	69.9	42.927	52.14	42.37	91.563	19.43	85.71	37.80
Salud mental	66.8	17.390	54.86	15.44	81.375	11.66	78.86	28.63

Fuente: Datos obtenidos de la Encuesta SF-36

Cuadro 9
Punteos para las dimensiones de calidad de vida Calidad de vida con el
instrumento SF-36 según su estado civil. Hospital de Rehabilitación del Instituto
Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-
Guatemala, julio 2010

	Unido		Separado		Soltero		Casado	
	Media	σ	Media	σ	Media	σ	Media	σ
Función física	55	8.66	45.71	15.66	59.67	23.49	62.67	24.78
Rol físico	50	50	67.86	47.25	86.67	24.76	68.33	41.69
Dolor corporal	62	27.71	55.43	29.18	73.07	26.02	61.37	29.98
Salud general	39.67	15.04	45.14	12.63	56.6	19.75	45.47	18.51
Vitalidad	56.67	20.21	62.14	14.39	77.33	13.74	66.67	23.04
Función social	66.67	14.43	69.57	20.36	84.8	19.08	64.97	27.19
Rol emocional	66.67	57.74	80.86	37.84	86.53	24.74	71.00	41.56
Salud mental	58.67	16.17	71.14	18.03	80.27	14.54	68.53	23.90

Fuente: Datos obtenidos de la Encuesta SF-36

Cuadro 10
Punteos para las dimensiones de calidad de vida con el instrumento SF-36
según su edad. Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de
Seguridad Social -IGSS-
Guatemala 3 de mayo a 10 de junio 2010

	15-25		26-35		36-45		46-55		56-65	
	Media	σ	Media	σ	Media	σ	Media	σ	Media	σ
Función física	63	24.9	59.41	22.56	57.08	24.16	57.50	22.17	40	7.07
Rol físico	75	30.62	76.47	43.72	70.83	39.65	68.75	31.45	75	35.35
Dolor corporal	80.2	19.85	65.59	26.44	59.54	31.38	72.75	17.84	34.5	48.79
Salud general	57.2	19.38	52.24	17.52	43.92	18.72	48.25	16.00	36	29.69
Vitalidad	78	9.75	73.24	18.79	61.25	22.47	65.00	14.72	67.5	17.67
Función social	92.4	11.24	74.88	21.16	66.63	28.34	71.75	21.42	56	26.87
Rol emocional	100	0	74.35	36.46	66.58	44.97	91.50	17	100	0
Salud mental	84	9.80	75.65	18.79	63.67	23.91	72.00	16.97	74	14.14

Fuente: Datos obtenidos de la Encuesta SF-36

Cuadro 11

**Puntuaciones para cada dimensión de calidad de vida con el instrumento SF-36
según su ocupación actual. Hospital de Rehabilitación del Instituto
Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-
Guatemala, julio 2010**

	Desempleados		Empleados		Pensionados	
	media	σ	media	σ	media	σ
Función física	52.86	19.68	65.28	25.35	50.63	15.45
Rol físico	48.21	43.26	93.06	23.96	75.00	29.88
Dolor corporal	51.75	25.06	77.83	24.52	58.13	30.15
Salud general	41.14	10.17	58.89	20.70	41.25	13.87
Vitalidad	60.00	14.01	78.61	21.27	63.75	10.61
Función social	66.89	21.68	81.83	26.13	65.50	14.72
Rol emocional	59.29	39.61	90.72	27.59	83.25	35.68
Salud mental	63.43	18.35	81.67	19.65	68.50	14.25

Fuente: Datos obtenidos de la Encuesta SF-36

Anexo 2. Manual de puntuación de SF-36 (3)

1. FUNCIÓN FÍSICA

Preguntas de 3-12

3. Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores
4. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora
5. Coger o llevar la bolsa de la compra
6. Subir varios pisos por la escalera
7. Subir un solo piso por la escalera
8. Agacharse o arrodillarse
9. Caminar un kilómetro o más
10. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)
11. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)
12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor final
Sí, me limita mucho	1	1
Sí, me limita un poco	2	2
No, no me limita nada	3	3

2. ROL-FÍSICO:

Preguntas del 13-16

13. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?
14. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?
15. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?
16. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor final
Sí	1	1
no	2	2

3. DOLOR CORPORAL:

Preguntas 21-22

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor final
No, ninguno	1	6.0
Sí, muy poco	2	5.4
Sí, un poco	3	4.2
Sí, moderado	4	3.1
Sí, mucho	5	2.2
Sí, muchísimo	6	1.0

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor final
Nada	1	6.0
Un poco	2	4.75
Regular	3	3.5
Bastante	4	2.25
mucho	5	1.0

4. SALUD GENERAL:

Preguntas 1, 33-36.

1. En general, usted diría que su salud es:

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor final
Excelente	1	5.0
Muy buena	2	4.4
Buena	3	3.4
Regular	4	2.0
mala	5	1.0

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas
35. Creo que mi salud va a empeorar

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor final
Totalmente cierta	1	1
Bastante cierta	2	2
No lo se	3	3
Bastante falsa	4	4
Totalmente falsa	5	5

34. Estoy tan sano como cualquiera
36. Mi salud es excelente

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor final
Totalmente cierta	1	5
Bastante cierta	2	4
No lo se	3	3
Bastante falsa	4	2
Totalmente falsa	5	1

5. VITALIDAD:

Preguntas 23, 27, 29 y 31

23. Se sintió lleno de vitalidad?
27. Tuvo mucha energía?

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor final
Siempre	1	6
Casi siempre	2	5
Muchas veces	3	4
Alguna veces	4	3
Solo alguna vez	5	2
nunca	6	1

29. Se sintió agotado?

31. Se sintió cansado?

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor final
Siempre	1	1
Casi siempre	2	2
Muchas veces	3	3
Alguna veces	4	4
Solo alguna vez	5	5
nunca	6	6

6. FUNCIÓN SOCIAL:

Preguntas 20 y 32

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor final
Nada	1	5
Un poco	2	4
Regular	3	3
Bastante	4	2
mucho	5	1

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor final
Siempre	1	1
Casi siempre	2	2
Algunas veces	3	3
Solo alguna vez	4	4
nunca	5	5

7. ROL EMOCIONAL:

Preguntas 17- 19

17. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?

18. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?

19. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor final
Si	1	1
no	2	2

8. SALUD MENTAL:

Preguntas 24-26, 28 y 30

24. Estuvo muy nervioso?

25. Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

28. Se sintió desanimado y triste?

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor final
Siempre	1	1
Casi siempre	2	2
Muchas veces	3	3
Algunas veces	4	4
Solo alguna vez	5	5
nunca	6	6

26. Se sintió calmado y tranquilo

30. Se sintió feliz?

Opción de respuesta	Valor pre codificado	Valor final
Siempre	1	6
Casi siempre	2	5
Muchas veces	3	4
Algunas veces	4	3
Solo alguna vez	5	2
nunca	6	1

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

Opción de respuesta	Valor pre codificado
Mucho mejor ahora que hace un año	1
Algo mejor ahora que hace un año	2
Más o menos igual que hace un año	3
Algo peor ahora que hace un año	4
Mucho peor ahora que hace un año	5

Anexo 3. Cuestionario "SF-36" sobre el estado de salud ⁽²⁹⁾

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

"Calidad de vida del paciente con lesión medular"

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Ocupación:

Escolaridad: 0 _____ 1-6 _____ 7-9 _____ 10-12 _____ ≥13 _____

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 No, ninguno

2 Sí, muy poco

3 Sí, un poco

4 Sí, moderado

5 Sí, mucho

6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas.

En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa