

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y GERENCIA

Calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y sus familias atendidos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital Nacional de Chiquimula. Guatemala 2014.

TESIS DE POSGRADO

IRZA MIRANDA MÉNDEZ

CARNET 24864-12

LA ANTIGUA GUATEMALA, OCTUBRE DE 2015
SEDE REGIONAL DE LA ANTIGUA

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y GERENCIA

Calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y sus familias atendidos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital Nacional de Chiquimula. Guatemala 2014.

TESIS DE POSGRADO

**TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD**

**POR
IRZA MIRANDA MÉNDEZ**

**PREVIO A CONFERÍRSELE
EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y
GERENCIA**

**LA ANTIGUA GUATEMALA, OCTUBRE DE 2015
SEDE REGIONAL DE LA ANTIGUA**

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. CLAUDIO AMANDO RAMÍREZ RODRIGUEZ
VICEDECANO: MGTR. GUSTAVO ADOLFO ESTRADA GALINDO
SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN
DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. SILVIA LUZ CASTAÑEDA CEREZO

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

MGTR. SILVIA LUZ CASTAÑEDA CEREZO

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. ANA VICTORIA ARREAZA MORALES DE FRANCO
MGTR. GUSTAVO ADOLFO ESTRADA GALINDO
MGTR. JUDITH MARINELLY LOPEZ GRESSI

Guatemala 02 de septiembre de 2015

A quien interese:

Como asesora de tesis, hago constar que he acompañado, guiado y revisado el desarrollo del trabajo de tesis de la estudiante **Irza Miranda Méndez** carnet número **2486412**, el cual se titula: **Calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y sus familias atendidos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital Nacional de Chiquimula. Guatemala 2014**. A mi criterio, el trabajo cumple con los lineamientos y procedimientos establecidos en las guías correspondientes por lo que doy por evaluado y aceptado el mismo.

Atentamente,



Dra. Silvia Castañeda Cerezo




Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Posgrado de la estudiante IRZA MIRANDA MÉNDEZ, Carnet 24864-12 en la carrera MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y GERENCIA, de la Sede de La Antigua, que consta en el Acta No. 09901-2015 de fecha 28 de septiembre de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

Calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y sus familias atendidos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital Nacional de Chiquimula. Guatemala 2014.

Previo a conferírsele el grado académico de MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y GERENCIA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 16 días del mes de octubre del año 2015.


LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar



ACTO QUE DEDICO A:

DIOS.

Supremo Creador que me permitió la vida, salud, fortaleza en los momentos difíciles y su bendición de alcanzar con éxito mi meta. Por el cuidado y protección en cada viaje sábado a sábado. Siempre le estaré en deuda. Muchas gracias.

A MI MADRE.

Tomasa Méndez

Por su amor incondicional, apoyo moral y económico. Por compartir desvelos, ambiciones e inquietudes y ayudarme a salir adelante en momentos difíciles. Por sus oraciones y bendiciones en la salida y entrada en cada viaje rumbo a la Antigua Guatemala. Gracias Madre, que Dios le bendiga.

A MIS HERMANOS(AS).

Etelvina, Irene Consuelo, Manuel, Isidro, Rosa Delia

Por su orientación y apoyo que me brindaron para alcanzar una de las metas trazadas. Por ustedes y para ustedes mi triunfo con admiración y respeto.

A MI HIJA.

Claudia Patricia

Por su apoyo y comprensión brindado en todo momento, alentando con su conducta el logro de mis aspiraciones.

A MIS COMPAÑEROS(AS) DE ESTUDIO

Con quienes compartí momentos gratos y de quienes he aprendido cosas valiosas. Gracias por brindarme su amistad. En especial a mi colega y amiga de siempre **Patricia Priego** por todo su apoyo brindado y compartir penas y alegrías. Éxitos y Dios le bendiga.

AGRADECIMIENTO SINCERO A:

MIS CATEDRATICOS DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR.

Por su excelencia académica, mi más profundo agradecimiento por prepararnos para enfrentar los problemas y necesidades de salud de la población guatemalteca.

AL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.

Por brindarme la oportunidad de una beca en Salud Pública y poder continuar mi formación para el engrandecimiento del gremio de Enfermería y de la población guatemalteca.

**AL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL Y HOSPITAL
NACIONAL DE CHIQUIMULA.**

Infinitamente agradecida por permitirme realizar mi tesis en tan prestigiosas instituciones. Gracias por brindar atención de calidad, eficiencia y eficacia a quienes demandan de atención día a día.

Resumen.

La Insuficiencia Renal Crónica –IRC-, es reconocida como un problema de salud pública mundial.

El paciente con Insuficiencia Renal Crónica suele sufrir cambios psicológicos, sociales, en su estilo de vida y también en su vida espiritual, que no sólo afectan a él, sino a toda su familia. Es trascendental estudiar la Calidad de Vida de este tipo de pacientes, ya que permite conocer al ser humano desde una perspectiva más integral, que incluye sus valores, creencias y percepciones y realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida por la que está atravesando.

El presente es un estudio descriptivo, transversal, de la Calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y sus familias atendidos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital Nacional de Chiquimula, durante el año 2014.

La Calidad de Vida se midió a través del cuestionario de salud SF-36, creada por John Ware y traducida al español por Alonso y cols (1995). Fue aplicado a 24 pacientes adultos, que aceptaron voluntariamente participar en el estudio y que cumplían con los criterios de inclusión previamente establecidos.

La investigación permitió determinar que en el grupo de pacientes en estudio predomina el grupo etareo mayor, casados, presencia de red de apoyo familiar, con escolaridad de enseñanza básica incompleta, de procedencia urbana.

En general se concluyó que la Percepción de la Calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica es Regular.

Índice.

I. Introducción.	1
II. Planteamiento del problema.	4
III. Marco teórico.	7
3.1 Concepto de calidad de vida.	7
3.2 Características de la calidad de vida.	10
3.2.1 Dimensiones de la calidad de vida.	11
3.2.2 La calidad de vida relacionada con la salud.	12
3.2.3 Insuficiencia Renal Crónica.	13
3.2.4 Caracterización familiar de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.	14
IV. Antecedentes.	16
V. Justificación.	20
VI. Objetivos.	21
VII. Diseño de la investigación.	22
VIII. Metodología.	26
IX. Presentación y análisis de resultados.	30
X. Conclusiones.	44
XI. Recomendaciones.	45
XII. Referencias bibliográficas.	46
XIII. Anexos.	51

I. Introducción.

En nuestros días es cada vez más común encontrar en los centros de atención médica a pacientes con infinidad de enfermedades, en su mayoría crónicas que llevan a un desenlace drástico para las familias que viven con un miembro enfermo y con pocas posibilidades de vida, que angustia y preocupa a la misma. Las enfermedades afectan con mayor o menor intensidad a la vida del paciente (aspectos físicos, psíquicos, emocionales, familiares, laborales entre otros).

La Insuficiencia Renal Crónica –IRC-, es reconocida como un problema de salud pública, entre otras razones, por la afectación de la Calidad de Vida –CV- de personas de todas las edades. Además es una condición clínica resultante de una multitud de procesos patológicos que conduce a la destrucción irreversible de la masa de nefronas y consecutivamente a la insuficiencia de la función excretora y reguladora renal. Este proceso altera muchos aspectos tanto biológicos, como físicos y emocionales en los pacientes. Las personas con IRC deben someterse a tratamientos no curativos, altamente invasivos, demandantes y que involucran altos costos para el paciente y su familia, a nivel físico, psicológico, social y económico.

La Insuficiencia Renal Crónica, constituye un problema de salud pública, cada vez más importante debido a la incidencia y prevalencia crecientes. En los últimos años afecta a 2 de cada 10.000 personas aproximadamente y se estima para los próximos diez años que se duplique el número de pacientes que precisen tratamiento renal sustitutivo (diálisis o trasplante), aumentando progresivamente y en paralelo a la incidencia creciente de patologías como diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial (1).

La frecuencia de la enfermedad renal crónica en todos sus estadios tiene una prevalencia a nivel mundial de entre el 10% y el 16% en la población adulta, con frecuencia similar en ambos sexos. En América Latina, la tasa de incidencia ha pasado de 27.8 casos por millón de personas en 1992 a 188 casos por millón de personas en el año 2006, siendo la diabetes su principal causa (2,3).

La IRC es una enfermedad que afecta de manera crítica a un número cada vez más grande de la población guatemalteca; en el 2007 la Insuficiencia Renal Crónica constituyó la quinta causa de mortalidad general a nivel nacional (4).

Centroamérica ha presentado durante las dos últimas décadas un desconcertante aumento de las enfermedades renales crónicas, causante de miles de muertes (5,6). De acuerdo a los datos disponibles (7), las tasas de mortalidad específica por Insuficiencia Renal Crónica (CIE 10, N-18) (8), en la Región (y superiores a 10 muertes por 100.000) corresponden en orden decreciente a Nicaragua (42.8), El Salvador (41.9), Perú (19.1), Guatemala (13.6) y Panamá (12.3). Canadá y Cuba han notificado las tasas más bajas de mortalidad de la Región. Así, en Nicaragua y El Salvador la mortalidad fue 17 veces mayor comparada con Cuba; la tasa correspondiente a hombres triplicó la de las mujeres.

El Salvador, en las últimas dos décadas, ha mostrado un aumento de nefropatías, país cuyas tasas de morbilidad y mortalidad son de las más altas de América Latina. En Guatemala, la Unidad Nacional de atención al Enfermo Renal Crónico (UNAERC) reporta un promedio de 108 pacientes nuevos cada mes (9). En 2011 en Guatemala se encontró que de 191 expedientes revisados 99 (52%) de ellos eran de sexo femenino siendo un 46% de personas procedentes de la Ciudad de Guatemala, 9.9% de Escuintla, 6.2% de Jutiapa.

La Insuficiencia Renal Crónica se está convirtiendo en un serio problema de salud. Este tipo de enfermedades consumen el 40 por ciento del presupuesto del Instituto Guatemalteco del Seguro Social (IGSS).

En el Salvador un 66.7% de éstos pacientes su causa es desconocida y se presenta en hombres en relación de 3:1 con respecto a las mujeres entre 36 y 60 años y principalmente agricultores (10).

La Calidad de Vida incluye una combinación de elementos objetivos y subjetivos, refiriéndose tanto a las condiciones de vida de una persona (aspecto objetivo), como a

la satisfacción que experimenta la persona con dichas condiciones (aspecto subjetivo). Esta satisfacción depende, en gran parte, de la escala de valores, las aspiraciones y las expectativas personales de cada uno. El componente subjetivo hace referencia a "bienestar, felicidad y satisfacción con la vida (11). El componente objetivo, incluye aspectos del funcionamiento social, tales como, empleo e independencia (12), nivel de vida e indicadores sociales (13).

Por lo anteriormente mencionado y con base en lo que se conoce hasta ahora acerca de IRC surge el interés de identificar la Calidad de Vida de estos pacientes guatemaltecos a través de un estudio descriptivo realizado en el Hospital Nacional y el Consultorio del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Chiquimula a través de un instrumento ya validado como lo es la encuesta SF-36.

II. Planteamiento del problema.

La OMS define la Calidad de Vida como, la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro de un contexto cultural en que vive y en relación a sus expectativas, valores e intereses. El término Calidad de Vida o de la “buena vida” está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles). La instalación del concepto 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.

La Insuficiencia Renal Crónica somete al paciente a múltiples limitaciones, sin lugar a dudas la capacidad de trabajar es una de éstas, a lo que se agrega en nuestro país la realidad socioeconómica, que combina ausencia de soporte social, altos niveles de desocupación y disminución o carencia de ingresos familiares. Por todo esto es que se ve a diario, una grave afectación en la calidad de vida de los pacientes a través de aspectos tales como mal estado nutricional, fallas en la autoestima, depresión, imposibilidad de adquirir medicamentos, acceder a estudios complementarios, sostener a sus familias y otras.

La Insuficiencia Renal Crónica es un padecimiento con pocas alternativas de tratamiento médico. Es una enfermedad que trae severas consecuencias para quien la padece así como para su entorno familiar ya que de no ser posible un trasplante de riñón se tiene la opción de un tratamiento renal sustitutivo, la diálisis, que en sus distintas modalidades resulta un tratamiento que afecta la calidad de vida del paciente y de la familia siendo esta última quien busca la manera de afrontar las diversas necesidades que surgen a partir del diagnóstico que recibe el paciente, durante y después de que llegue el final del enfermo.

La salud comprende muchas dimensiones, que parten de los aspectos valorados más positivos, como la felicidad o el máximo bienestar. El concepto de Calidad de Vida relacionado con la salud incluye todos aquellos elementos que forman parte integral de

la persona y excluye los que existen de manera independiente de ella aunque puedan interactuar.

La práctica médica tiene como meta preservar la Calidad de Vida a través de la prevención y tratamiento de las enfermedades. Las personas con enfermedad crónica requieren evaluaciones en relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida (14).

La importancia, del estudio de la Calidad de Vida del enfermo parece irrefutable, avalada además por el programa de la OMS Salud/Sanidad para todos en el año 2000, según el cual, desde la sanidad lo que se debe promover es proporcionar más vida a los años, no solamente más años a la vida.

El paciente con Insuficiencia Renal Crónica suele sufrir cambios psicológicos, sociales, en su estilo de vida y también en su vida espiritual, que no sólo le afectan a él, sino a toda su familia. Es por este motivo, que es trascendental estudiar la Calidad de Vida de este tipo de pacientes, ya que permite analizar en qué medida la vida de un paciente es afectada por las diferentes intervenciones que requieren y por los daños que les provoca la enfermedad y/o tratamiento. Con esto se genera información para contribuir de la mejor forma posible a la satisfacción de las necesidades de los pacientes y por otra, permitir que los profesionales de la salud consideren cómo afecta la enfermedad a las personas integralmente, para poder realizar intervenciones más adecuadas.

El propósito de esta investigación es valorar la Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y sus familias en el Departamento de Chiquimula, profundizando en las características de la dimensión subjetiva, universal, holística, dinámica, interdependencias que influyen en los resultados del tratamiento.

2.1 Preguntas de investigación.

- ¿Cómo es la Calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y sus familias atendidos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital Nacional de Chiquimula. Guatemala 2014?
- ¿Cuál es la situación de Calidad de Vida del paciente renal crónico en las diferentes dimensiones de su bienestar?

III. Marco Teórico.

3.1 Concepto de Calidad de Vida.

El interés por la Calidad de Vida existe desde la época de los antiguos griegos (15). El término Calidad de Vida, es relativamente nuevo, sus orígenes provienen de la teoría empresarial y luego de la sociología. La idea comienza a popularizarse en la década de los sesenta hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos como salud, educación, la política y el mundo de los servicios en general (16). La Organización Mundial de la Salud (17) define Calidad de Vida como “la percepción que tienen los individuos acerca de su posición en la vida, teniendo en cuenta el contexto del sistema cultural y de valores en el que viven y en relación con sus metas, expectativas, valores e intereses”.

Algunos autores van más allá al señalar que el significado del concepto de Calidad de Vida depende de la persona que use el término, de cómo lo entienda y de su posición social y política (18).

Majali Mahasned (19) señala que la Calidad de Vida de una persona se relaciona más con la percepción que ésta tiene de su estado, que con el curso propiamente de su enfermedad. Adicionalmente cuando las personas se perciben a sí mismas con una mejor calidad de vida se refuerzan sus capacidades para hacerse cargo de su salud, mejoran su autoestima y los motiva a realizar actividades en pro de una vida más satisfactoria.

En medicina, el interés por la Calidad de Vida es relativamente reciente. Este interés fue estimulado por el desarrollo del éxito en la prolongación de la vida humana y por la creciente comprensión de que ello puede representar un arma de doble filo, ya que los pacientes quieren vivir, no sobrevivir (20).

El concepto de salud está fundamentado en un marco biopsicológico, socio-económico y cultural, teniendo en cuenta los valores positivos y negativos que afectan nuestra vida, nuestra función social y nuestra percepción; por tanto, la redefinición del concepto de salud es de naturaleza dinámica y multidimensional. De ahí deriva la importancia de medir la Calidad de Vida (21,22). Es un concepto relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos (libertades (23), modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas).

Estos son elementos indispensables para el desarrollo del individuo y de la población; por tanto caracterizan la distribución social y establecen un sistema de valores culturales que coexisten en la sociedad (24).

La evaluación de la Calidad de Vida no es un concepto nuevo, y ya en el año 1947 (25), introdujeron estos aspectos en estudios de quimioterapia en el tratamiento de enfermedades neoplásicas. 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.

Actualmente los trabajos de investigación científica utilizan el término Calidad de Vida relacionado con la salud como modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social (26). La medición del concepto se ha utilizado para distinguir diferencias entre pacientes o grupos de pacientes, para predecir resultados en ellos y para evaluar las intervenciones terapéuticas (27).

Dentro de los factores que influyen en la Calidad de Vida, se pueden mencionar:

- La independencia funcional. El grado de funcionalidad física, psíquica y económica.

- La persona independiente tiene mayor Calidad de Vida, que aquella que depende de su familia y/o de la sociedad.
- La vida en su casa, con los suyos, con su pareja. La pérdida de un miembro de la pareja tiene una repercusión negativa en la Calidad de Vida.
- La relación familiar, social. La soledad objetiva o subjetiva es un factor negativo en la Calidad de Vida.

La evaluación de la CV debe basarse en una amplia serie de criterios y no en un solo aspecto como puede ser el dolor. Cuando lo haya, la CV se evaluará estudiando el impacto de ese dolor en la autonomía individual y en la vida psicológica, social y espiritual del individuo, en vez de centrar su atención exclusivamente en el dolor en sí.

Las mediciones de la CV utilizadas son obtenidas a partir de la interpretación de respuestas de personas, a cuestionarios estándar. Así la medida de la CV de las personas descansa en los juicios de ellos mismos sobre su estado de salud. Se les pide que digan en qué medida están satisfechos de su salud, o de la vida que llevan, y en qué medida su vida ha sido transformada por la enfermedad y por las intervenciones médicas aplicadas. Estos métodos no tienen como objetivo medir directamente entidades tan amplias como salud o satisfacción de los enfermos, sino solamente cuantificar algunos de sus atributos característicos, explorados por grupos de preguntas llamadas dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental).

La Calidad de Vida es directamente proporcional a la satisfacción de sus necesidades, principalmente las primarias, afirma Abraham Maslow (1908 – 1970) psicólogo estadounidense, quien desarrolló una teoría que muestra una clasificación ordenada en una escala de necesidades humanas donde a medida que se satisface un grupo de necesidades, el siguiente se vuelve dominante. Ésta sin duda es una perspectiva que

nos explica la manera en que los hombres acceden a lo largo de su vida a ascender en la búsqueda de enriquecer la Calidad de Vida.

Su teoría explica que los primeros dos niveles de necesidades se consideran primarios o de orden inferior y los otros tres niveles se consideran secundarios o de orden superior, ya que no adquieren importancia para el individuo hasta que puede aspirar a satisfactores internos de naturaleza psicológica.

No obstante Maslow presenta este orden de prioridad, considerado como el orden normal o lógico, en diferentes etapas de nuestra vida y ante determinadas circunstancias, el orden puede variar, es más, existen casos de personas que anteponen ante necesidades fisiológicas, las de autorrealización, pero esto no sucede en la mayoría de los individuos y al suceder el tiempo con que se dan no puede prolongarse demasiado, pues atentarían contra la naturaleza y supervivencia humana.

Los niveles que Maslow postula son los siguientes desde los más a los menos básicos:

- Necesidades fisiológicas
- Necesidades de seguridad
- Necesidades sociales
- Necesidades de estima
- Necesidades de autorrealización

La Calidad de Vida se verá favorecida en la medida a como éstas sean satisfechas. Un acercamiento a la realidad de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica nos permitiría tener una mejor idea acerca de sus necesidades.

3.2 Características de la calidad de vida.

- a) Concepto subjetivo: Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la Calidad de Vida, la felicidad.

- b) Concepto universal: Las dimensiones de la Calidad de Vida son valores comunes en las diversas culturas.
- c) Concepto holístico: La Calidad de Vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.
- d) Concepto dinámico: Dentro de cada persona, la Calidad de Vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.
- e) Interdependencia: Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales (28).

3.2.1 Dimensiones de la calidad de vida.

La Calidad de Vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. Las ocho dimensiones que global e integralmente comprenden la Calidad de Vida son:

1. Función física: Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.
2. Rol físico: Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.
3. Dolor corporal: Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.

4. Salud general: Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
5. Vitalidad. Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.
6. Función social: Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
7. Rol emocional: Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.
8. Salud mental: Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general.

3.2.2 La calidad de vida relacionada con la salud.

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud -CVRS- se refiere, a cómo el paciente percibe y reacciona frente a su estado de salud, a los aspectos de la vida que pueden ser atribuidos a la enfermedad y a su terapéutica, por tanto, a todos los aspectos de la vida de un individuo que están influidos por su salud (29,30). Puede ser definida como el efecto funcional de una enfermedad y su tratamiento en un paciente, tal y como es percibido por él mismo (31). El estado funcional sería la consecuencia objetiva del estado de salud, mientras que la Calidad de Vida relacionada con la salud sería su consecuencia subjetiva (32).

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud es el impacto de la enfermedad que percibe el individuo, en su capacidad para vivir una vida satisfactoria, valoración que hace el paciente del bienestar físico, emocional y social luego del diagnóstico y/o tratamiento. Incluye la evaluación funcional física, emocional cognitiva, social, percepciones de salud y bienestar y las perspectivas futuras.

Éste término Calidad de Vida corresponde a un concepto más amplio que los anteriores y sus distintas definiciones coinciden en la importancia que se le asigna al concepto de multidimensionalidad. Hörnquist, por ejemplo, define a la Calidad de Vida como la “percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con un énfasis particular en el bienestar del individuo”.

3.2.3 Insuficiencia Renal Crónica.

A la pérdida del funcionamiento de los riñones se le conoce como Insuficiencia Renal Crónica, la cual es de larga duración, progresiva e irreversible y se hace más evidente cuando más de tres cuartas partes de su función se ha perdido.

Según el boletín de situación de salud de Comisión Técnica de Vigilancia en Salud y Sistemas de Información de Centroamérica y República Dominicana –COMISCA-, la Enfermedad Renal Crónica se asocia causalmente a enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus 43% a 50%, y la hipertensión arterial 20% a 30%, ambas enfermedades con un tendencia creciente principalmente en los países en desarrollo, demás se asocia al envejecimiento poblacional, a la obesidad y a otros factores de riesgo relacionados con el estilo de vida (hábito de fumar, nutrición inadecuada, sedentarismo y otros) (33).

Es un padecimiento con pocas alternativas de tratamiento médico, que trae severas consecuencias para quien la padece así como para su entorno familiar ya que de no ser posible un trasplante de riñón se tiene la opción de un tratamiento renal sustitutivo, la diálisis, que en sus distintas modalidades resulta un tratamiento que afecta la Calidad de Vida del paciente y de la familia siendo esta última quien busca la manera de afrontar las diversas necesidades que surgen a partir del diagnóstico que recibe el paciente, durante y después de que llegue el final del enfermo.

Es considerada como fuente generadora de estrés, ya que implica un proceso de deterioro continuo y constante de varios años, afectando la Calidad de Vida de la

persona, originando nuevas exigencias que deben ser afrontadas. No sólo es percibida como una amenaza o pérdida de las funciones importantes para el bienestar personal sino también puede ser evaluado como un desafío dada las nuevas condiciones bajo las que se debe seguir viviendo, las mismas que implican la introducción de tratamientos y nuevos regímenes alimenticios, la modificación de actividades laborales y sociales y la alteración de las relaciones interpersonales con seres significativos.

3.2.4 Caracterización familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica.

En el proceso de enfermarse, influye de manera importante la familia, pues como principal ente socializador del individuo, trasmite hábitos, actitudes, costumbres, creencias y conductas vinculadas a la percepción del fenómeno salud-enfermedad.

La familia es reconocida como la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso a los individuos. Se reconoce su función protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros, además de lo cual, si bien la existencia de relaciones familiares, de pareja y su funcionamiento adecuado contribuyen al bienestar y la salud, su ausencia genera malestar y vulnerabilidad.

Aunque muchas veces se exagera el valor de la familia como fuente de amor, cuidados, apoyo, satisfacción y bienestar, en ocasiones se obvia el hecho de que los conflictos y alteraciones en las relaciones intrafamiliares pueden motivar estrés, disgusto y enfermedad en sus miembros. Muy vinculado a lo anterior se identifica el cumplimiento de las funciones básicas como elemento importante en la acción de la familia sobre la determinación de la salud humana, lo cual facilita no solo la satisfacción de las necesidades esenciales de sus integrantes, el logro del bienestar y la salud, sino además se relaciona con el nivel de funcionalidad familiar alcanzado, así como también con los procesos intrafamiliares que están en su base.

Actualmente, el funcionamiento familiar es reconocido como la categoría que integra a todos los procesos psicológicos que ocurren en el seno de la familia y permite un adecuado desarrollo como grupo y de los individuos que la conforman.

En el caso de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, los estudios de familia son escasos, de manera que se cuenta con muy pocas referencias bibliográficas sobre su repercusión en el estado de salud de dichos enfermos y viceversa. Esta situación viene dada por la falta de visión científica y el empeño de realizar un trabajo serio, que trascienda su utilidad práctica y aporte las herramientas teóricas para la atención e intervención de los afectados.

Paul Kimmel, destacado investigador norteamericano que se ha convertido en un defensor de la necesidad de evaluar y tener en cuenta los factores psicosociales en la valoración de las manifestaciones clínicas de ellos, se dedica a profundizar en el aspecto familiar y de pareja en relación con estos enfermos, así como a determinar diferencias de género en el impacto de la enfermedad.

Las peculiaridades de las familias de estos pacientes en cuanto al nivel de demanda que se les impone, no solo por ser consideradas como familias con exigencias adicionales al contar en su seno con un paciente afectado por un proceso crónico, sino además, por asumir ciertos roles característicos de las familias de enfermos con IRC (siempre acompañan al paciente al tratamiento, pues como se prioriza en muchas ocasiones su atención médica, alguno de sus miembros se desvincula del trabajo para ocuparse de atenderle).

Dicha situación puede conducir a una disfuncionalidad familiar si no se afronta convenientemente el hecho de tener a una persona enferma crónica en su seno.

IV. Antecedentes.

En Guatemala la Insuficiencia Renal Crónica es un problema que ha ido en aumento progresivo tanto en magnitud como en importancia durante los últimos años. Algunos datos que se han presentado en los medios de comunicación del país son los siguientes:

- La falta de acceso a los servicios de salud y a información sobre las enfermedades de los riñones ha originado que muchos guatemaltecos, dos de cada tres pacientes, mueran sin saber que fue por insuficiencia renal; otros lo saben, pero no tienen acceso a medicinas (34).
- Cada mes, el IGSS recibe unos 120 casos recién diagnosticados con problemas de riñón, y en la consulta externa atiende de forma permanente a mil personas que son tratadas con diálisis o hemodiálisis (34).
- La Unidad de Nefrología del Hospital General San Juan de Dios atiende en consulta externa a unos 500 pacientes en etapa temprana de este padecimiento; a quienes se suman los cinco casos nuevos que se diagnostican cada día (35). Ese nosocomio refiere a los pacientes para diálisis y hemodiálisis a la Unidad Nacional de Atención al Enfermo Renal Crónico (UNAERC), donde se atiende a unas 1,500 personas con insuficiencia renal (34).
- Más de tres mil personas con insuficiencia renal no llegan a ser diagnosticados, y menos a recibir un tratamiento; son dos de cada tres pacientes (34).
- Tomando como base las estadísticas de países de Latinoamérica, se calcula que hay unas 400 personas con enfermedad renal por cada millón de habitantes, lo

que indica que en Guatemala podría haber más de cuatro mil 800 pacientes, de los cuales solo son diagnosticados 1,800 (34).

- Fredy Abed, director médico del Programa de Trasplante de la Fundación Amor, afirma que cada día surgen tres pacientes con problemas renales en fase crítica, y el país no tiene capacidad para atenderlos. “Es preocupante, porque ese número de casos los vemos en los hospitales, y aunque no existen estadísticas, sabemos que van en aumento”, afirmó (34).
- El 20 por ciento de los pacientes que llegan a la unidad del San Juan de Dios lo hacen en la etapa tardía de la enfermedad, por lo que muchos tienen como única salida el trasplante. Solo el San Juan de Dios tiene 20 personas en espera de un riñón, y en todo el país se calcula que existen unas tres mil (34).
- Respecto de los adultos la complicación se debe a falta de donadores y al costo para evitar el rechazo del órgano, que son unos Q3 mil mensuales, sin tomar en cuenta la operación, que cuesta entre Q150 mil y Q200 mil (34).

Los estudios acerca de la vivencia en IRC son pocos dado a los menores índices de mortalidad, duración e incidencia en comparación con otras enfermedades como las que afectan el corazón, el cáncer, la infección por VIH/SIDA, el asma, la diabetes mellitus y las enfermedades reumáticas. No obstante, la IRC es de importancia, sobre todo por el efecto que esta genera en la Calidad de Vida en quienes la padecen.

Kimmel (2002) manifiesta que la IRC es una enfermedad que amenaza la vida de las personas por la posibilidad de aparición de otras enfermedades asociadas a ésta y por la posibilidad de una muerte próxima e inminente. Estudiar la Calidad de Vida relacionada con la salud constituye actualmente un concepto fundamental para la atención integral del paciente con enfermedad crónica (36).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), hay 3.100 personas en tratamiento en El Salvador, más de 3.000 en Guatemala, 1.800 en Panamá y unas 1.000 en Nicaragua. De Honduras y Costa Rica el organismo no precisa cifras, aunque también están afectados. La enfermedad parece estar asociada con “contaminantes ambientales y riesgos laborales”, como consecuencia de las pobres condiciones de trabajo e insuficiente hidratación de los campesinos expuestos a elevadas temperaturas, alertó la OPS.

De 2002 a 2012 murieron 6.079 salvadoreños por insuficiencia renal, una de las principales causas de muerte hospitalaria. El año pasado se contaron 783 fallecidos. La situación es igualmente grave en Nicaragua, donde la mayoría de enfermos renales son o fueron trabajadores de la industria azucarera en los departamentos de Chinandega, León y Managua.

Entre 2000 y 2013, unos 15.000 trabajadores de la caña fueron diagnosticados con insuficiencia renal en Nicaragua, de los cuales unos 8.000 ya murieron, según el gremio.

“La enfermedad fue provocada por la contaminación del agua a consecuencia de tanta cantidad de pesticidas”, aseguró a la AFP (Asociaciones Financieras Privadas) Carmen Ríos, líder de los ex trabajadores de la caña afectados por el padecimiento. En Guatemala, entre 2004 y 2010, se registraron unos 800 fallecidos, 250 de ellos solo en 2010, según cifras oficiales.

Costa Rica tampoco escapa al problema. Registros de la Caja Costarricense de Seguro Social revelan que, mientras el promedio nacional de enfermos renales es de 5 por cada 10,000 habitantes, en Costa Rica asciende a 45 por cada 10,000, en tanto la mortalidad (masculina) es cinco veces mayor.

Aunque se dispone de pocos datos, se estima que en el año 2030, el 70% de los pacientes con enfermedad renal crónica, residirán en países en vías de desarrollo, cuyos recursos no representarán con más del 15% de la economía mundial (37).

Los informes de la Organización Mundial de la Salud muestran a la enfermedad renal en el número 12 de la lista de principales causas de muerte en el mundo.

V. Justificación.

Conocer acerca de la Calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital Nacional de Chiquimula, permitirá intervenir en la dinámica familiar para brindar una mejor atención a sus enfermos y que éstos a vez puedan mejorar su calidad de vida. También es importante porque se influye en la generación de cambios de intervención, promoviendo estrategias en pro de la salud integral, no sólo de quien padece la enfermedad crónica, sino también de la familia que acompaña directamente al enfermo.

Además estudios como el presente aportan elementos para una mayor eficiencia en los servicios de salud y favorecen la calidad de atención del servicio de tal manera que se eleven los niveles de atención y se proyecte al IGSS u Hospital Nacional como una figura institucional que brinda servicios de calidad.

VI. Objetivos.

Objetivo general.

Describir la Calidad de Vida de las personas que padecen de Insuficiencia Renal Crónica y sus familias atendidos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital Nacional de Chiquimula.

Objetivos específicos.

1. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes que padecen de Insuficiencia Renal Crónica.
2. Determinar la Calidad de Vida que tienen los pacientes según las ocho dimensiones que cubre el cuestionario de salud SF-36.
3. Identificar en los pacientes la presencia y características del apoyo familiar.

VII. Diseño de investigación.

Estudio descriptivo, transversal.

7.1 Universo: 24 Pacientes adultos, con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital Nacional de Chiquimula, y sus respectivas familias. Este es un grupo seleccionado por conveniencia de acuerdo a los registros del área hospitalaria y a quienes se les da seguimiento periódico.

7.2 Criterios:

Inclusión

Pacientes de ambos sexos.

Persona con diagnóstico y tratamiento por Insuficiencia Renal Crónica.

Mayores de 18 años

Que acepte voluntariamente participar

Que conviva con la familia

Exclusión

Pacientes graves durante el estudio.

Pacientes con trastornos psíquicos, retraso mental o cualquier alteración psíquica u orgánica que afectare el juicio o contacto con la realidad.

7.3 Instrumentos de recolección.

Para medir la variable principal "Calidad de Vida" se utilizó el Cuestionario de Salud SF-36 que fue desarrollado por Ware (1993), aceptado y validado en España por Alonso y col (1995), para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad,

enfermedad y grupos de tratamiento. Es aplicable tanto para la población general como para pacientes en estudios descriptivos y de evaluación. Proporciona un método perfecto, eficiente y psicométricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista del paciente, puntuando respuestas estandarizadas a preguntas estandarizadas.

El cuestionario final cubre 8 dimensiones del estado de salud; contiene 36 ítems que cubren dos áreas, el estado funcional y el bienestar emocional (Schwartzmann y col., 1999).

El Estado Emocional representado por las dimensiones: Función Física (10 ítems), Función Social (2 ítems), Rol Físico (4 ítems) y Rol Emocional (3 ítems).

El Estado Bienestar incluye las dimensiones Salud Mental (5 ítems), Vitalidad (4 ítems), y Dolor (2 ítems).

Además se aplicó un instrumento para determinar la percepción de la Calidad de Vida, que es igualmente importante en la determinación del estado de salud de la persona. Mide la Evaluación General de la Salud, que incluye la dimensión de la Percepción de la Salud General (5 ítems) y el Cambio de la Salud en el tiempo (1 ítem que no forma parte de la puntuación final de esta área).

Sub-escalas del índice de salud SF-36. Interpretación de los resultados.

DIMENSIONES	PREGUNTAS	SIGNIFICADO DE LOS RESULTADOS	
		ALTA PUNTUACIÓN	BAJA PUNTUACIÓN
1. Función Física.(10 ítems)	3, 4, 5, 6, 7. 8, 9, 10, 11, 12	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 gran limitación.
2. Rol Físico (4 ítems)	13, 14, 15, 16	Problemas con el trabajo u otras	Ningún problema con el trabajo u otras

		actividades diarias como resultado de su salud física.	actividades diarias como resultado de la salud física.
3. Dolor corporal (2 ítems)	21, 22	Dolor muy severo y altamente incapacitante.	Ausencia de dolor o limitaciones debidas al mismo.
4. Salud general (5 ítems)	1, 33,34, 35, 36	El sujeto evalúa su salud como mala y cree que probablemente empeorará.	Evalúa su salud personal como buena/excelente.
5. Vitalidad (4 ítems)	23,27,29, 31	Cansancio Agotamiento todo el tiempo	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo.
6. Función Social (2 ítems)	20, 32	Interferencia frecuente y extrema con las actividades normales debido a problemas físicos y emocionales.	Realiza actividades sociales normales sin interferencia debidas a problemas físicos o emocionales.
7. Rol emocional (3 ítems)	17,18, 19	Problemas en 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.
8. Salud mental (5 ítems)	24, 25,26, 28, 30	Sensación de nerviosismo y depresión todo el	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo.

		tiempo.	
Transición de salud (1 ítem)	2	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año.	Cree que su salud es mucho mejor que hace un año.

7.4 Procesamiento de datos.

Una vez obtenida la información, el procesamiento de datos se realizó mediante la construcción de una base de datos electrónica creada utilizando el programa Microsoft Office Excel. Se analizaron los datos de las variables estudiadas utilizando medidas de distribución de frecuencias y proporciones.

7.5 Aspectos éticos.

En la presente investigación prevaleció el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar del sujeto de estudio. Se protegió la individualidad y anonimato del sujeto ya que el instrumento no incluía nombre de la persona ni domicilio o cualquier otro dato que pudiera identificarla. Se procedió a brindar una explicación clara y completa respecto a la justificación y objetivos de la investigación y la libertad de retirarse cuando lo considerara permanente, posteriormente se solicitó la firma del consentimiento informado por escrito.

VIII. Metodología.

Operacionalización de las variables.

	Variable.	Definición.	Indicador.	Tipo de variable.	Escala.
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.	Sexo.	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Masculino Femenino	Cualitativo, Nominal	Dicotómica
	Estado Civil.	Condición jurídica de la persona desde el punto de vista de sus obligaciones y deberes cívicos de carácter individual y familiar.	Soltero Unido Casado Viudo Divorciado/a	Cualitativa, Nominal	Politómica
	Edad.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona en años cumplidos hasta el día de la entrevista	21-30 31-40 41-50 51-60 Más de 60	Cuantitativa, Continúa	Intervalo
	Escolaridad.	Grado de	Primaria	Cualitativa	Ordinal

		instrucción que posee la persona.	Secundaria Superior		
	Situación laboral.	Tipo de trabajo que desempeña en la actualidad	Ocupación normal. Trabajos esporádicos Ninguna ocupación Trabaja en la casa	Cualitativa	Nominal

CALIDAD DE VIDA	Funcionamiento físico.	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.	Excelente Muy Buena Buena Regular Mala	Cualitativo	Ordinal
	Rol Físico.	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se pueda realizar o la dificultad de las mismas	Excelente Muy Buena Buena Regular Mala	Cualitativo	Ordinal

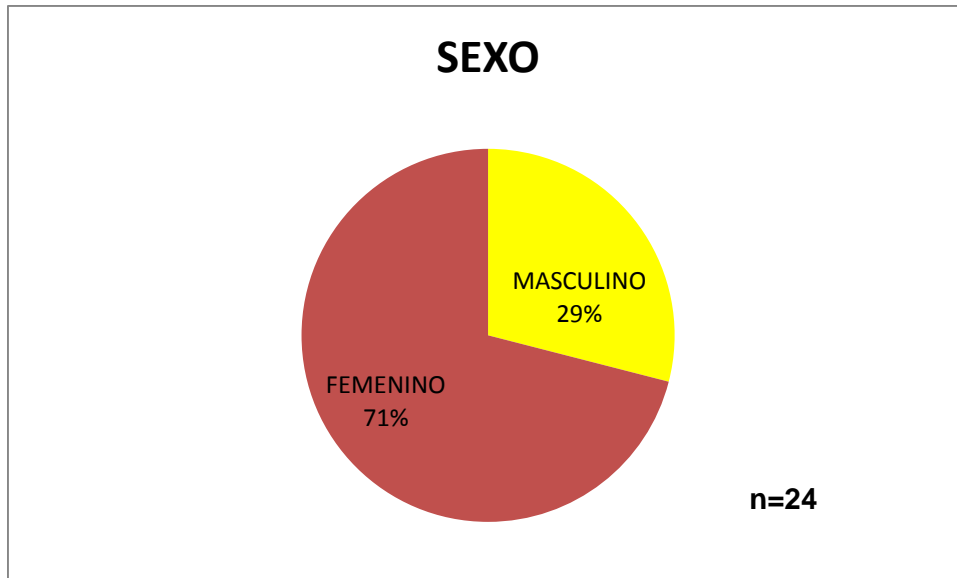
	Dolor corporal.	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.	Excelente Muy Buena Buena Regular Mala	Cualitativo	Ordinal
	Salud general.	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.	Excelente Muy Buena Buena Regular Mala	Cualitativo	Ordinal
	Vitalidad.	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.	Excelente Muy Buena Buena Regular Mala	Cualitativo	Ordinal
	Funcionamiento Social.	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual	Muy Buena Buena Regular Mala	Cualitativo	Ordinal
	Rol Emocional.	Grado en el que los problemas emocionales afectan al	Excelente Muy Buena Buena	Cualitativo	Ordinal

		trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, discriminación del rendimiento y del esmero en el trabajo.	Regular Mala		
	Salud mental	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.	Excelente Muy Buena Buena Regular Mala	Cualitativo	Ordinal

Insuficiencia Renal Crónica.	Según su Clasificación.	Es la pérdida lenta de la función de los riñones con el tiempo.	Aguda Crónica	Cualitativa	Dicotómica
Familia del paciente con Insuficiencia Renal Crónica	Grado de parentesco.	Grado de vinculación ó relación que existe entre los miembros de una determinada familia.	Tía Primo Sobrino Otro	Cualitativa	Politómica

IX. Presentación y análisis de resultados.

Gráfica N° 1: Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, según sexo.



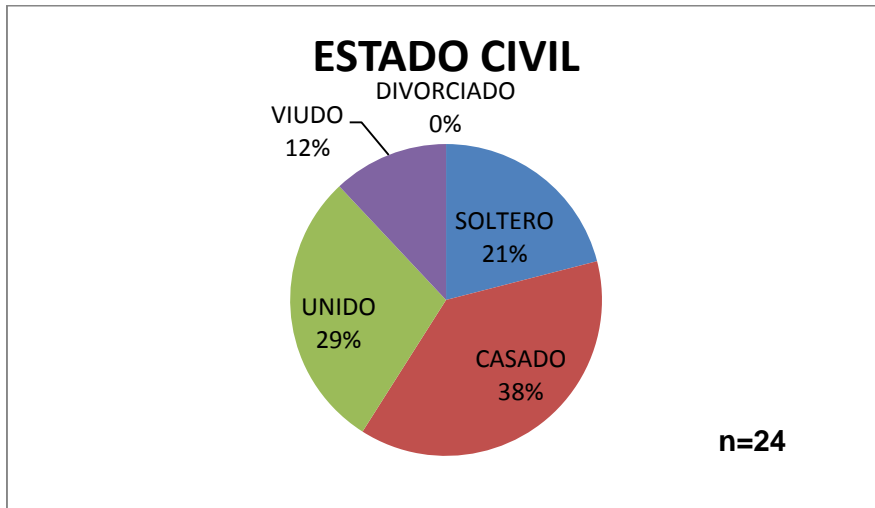
Fuente: Elaboración propia.

La insuficiencia renal crónica, afecta por igual a hombres que a mujeres de todas las edades y tiene su origen en diversas causas.

Existen estudios que mencionan que los hombres tienen más posibilidad de desarrollar insuficiencia renal a lo largo de su vida. Un estudio publicado en la revista Journal of the American Society of Nephrology afirma que uno de cada 93 hombres y una de cada 133 mujeres tendrán insuficiencia renal si viven hasta los 80 años de edad. Si llegan a los noventa, esa cifra se eleva a uno de cada 40 hombres y una de cada 60 mujeres, que desarrollarán insuficiencia renal.

Estudios realizados en el Salvador mencionan la prevalencia es de 52.1% en mujeres y del 16.6% en hombres.

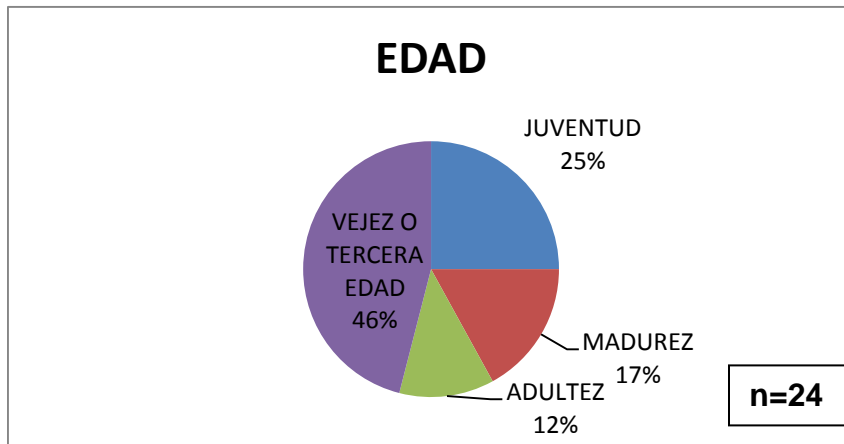
Gráfica N°. 2 Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, según estado civil.



Fuente: Elaboración propia.

Este gráfico muestra que la mayoría de los pacientes (67%) son casados y/o unidos, en este caso sus cónyuges fueron nombrados como el principal apoyo emocional, dato importante si se considera que tener un apoyo familiar podría favorecer en cierta medida una buena adhesión al tratamiento. Cabe destacar que tanto los pacientes viudos como los solteros, la mayoría si presenta una red de apoyo familiar. Algunos pacientes refirieron que tener a sus hijos es un apoyo en su tratamiento

Gráfica N° 3: Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, según edad.

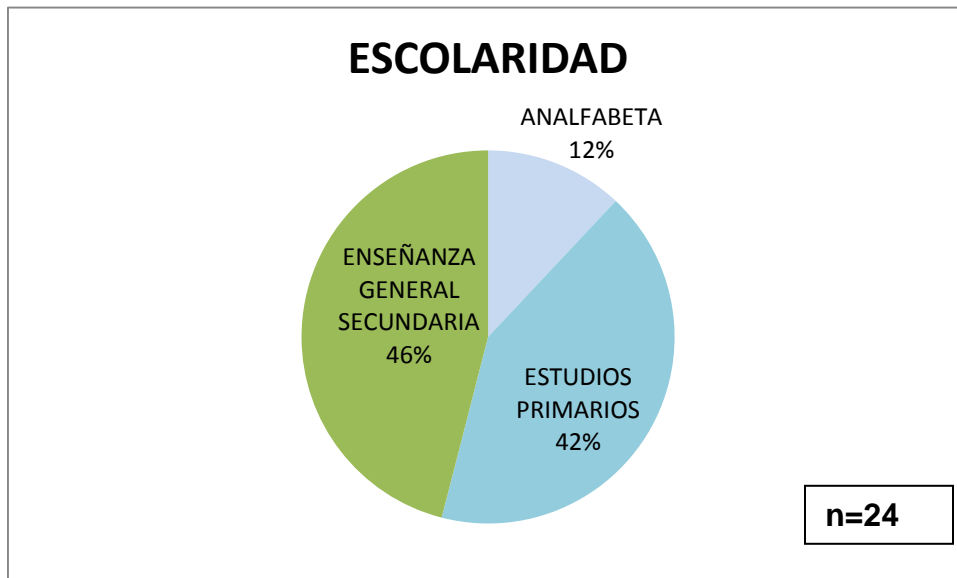


Fuente: Elaboración propia.

La insuficiencia renal crónica, afecta todas las edades.

Al igual que otras enfermedades crónicas, la prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica aumenta con la edad, por lo que es superior al 20 por ciento en personas mayores de 60 años y el 35 por ciento, en los de más de 70 años. Sin embargo, 1 de cada 25 adultos jóvenes de entre 20 a 39 años también tiene esta condición.

Gráfica N° 4: Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, según escolaridad.

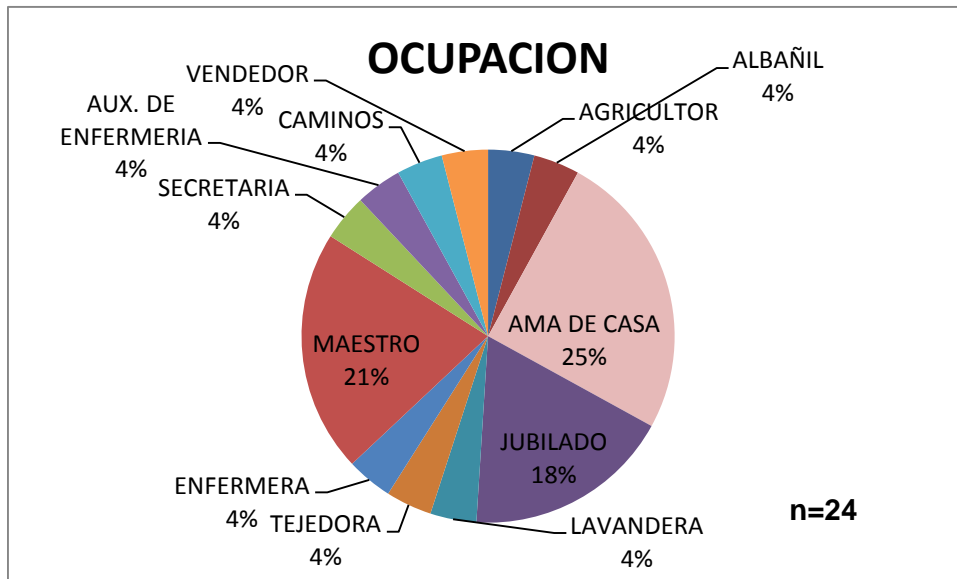


Fuente: Elaboración propia.

La preparación académica en las personas es de vital importancia (46%), ya que tiene los medios para conocer lo referente a su enfermedad y poder adoptar modos de vida saludables, así como la de poder comprender una gran cantidad de información para mantener conductas de autocuidado de salud.

Es necesario invertir en educación ya que nuestro sistema sanitario invierte más en el área curativa (90%) que preventiva (1.5%).

Gráfica N° 5: Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, según ocupación u oficio.



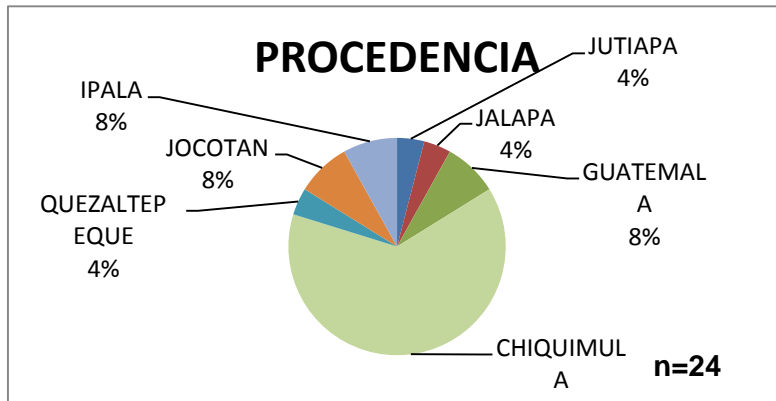
Fuente: Elaboración propia.

La Enfermedad Renal Crónica en este estudio tuvo una prevalencia en las amas de casa de un 25% lo cual influye en el tipo de actividad que desempeñe, así como la extensión de sus jornadas de trabajo.

Importante mencionar que el enfermo que es independiente económicamente tiene mayor calidad de vida, que aquella que depende económicamente de su familia.

Gráfica N° 6:

Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, según procedencia.



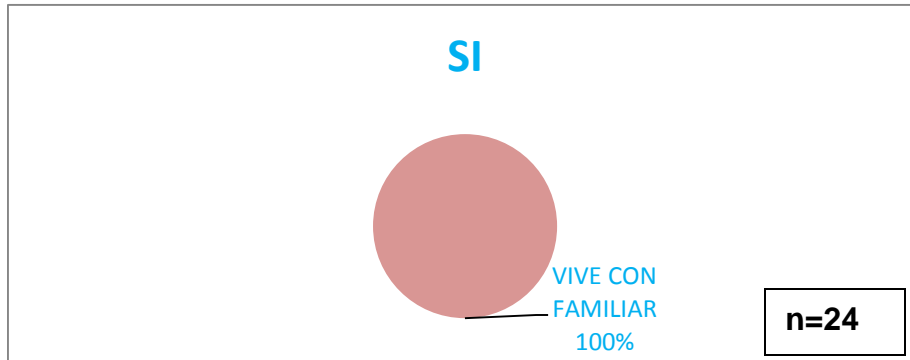
Fuente: Elaboración propia.

La muerte por enfermedad renal se ha duplicado en los últimos 20 años.

Un estudio llevado a cabo en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Hospital Roosevelt y Hospital San Juan de Dios, menciona que las enfermedades renales crónicas tienen su prevalencia en regiones de clima cálido y seco.

Gráfica N° 7:

Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, según ambiente familiar.



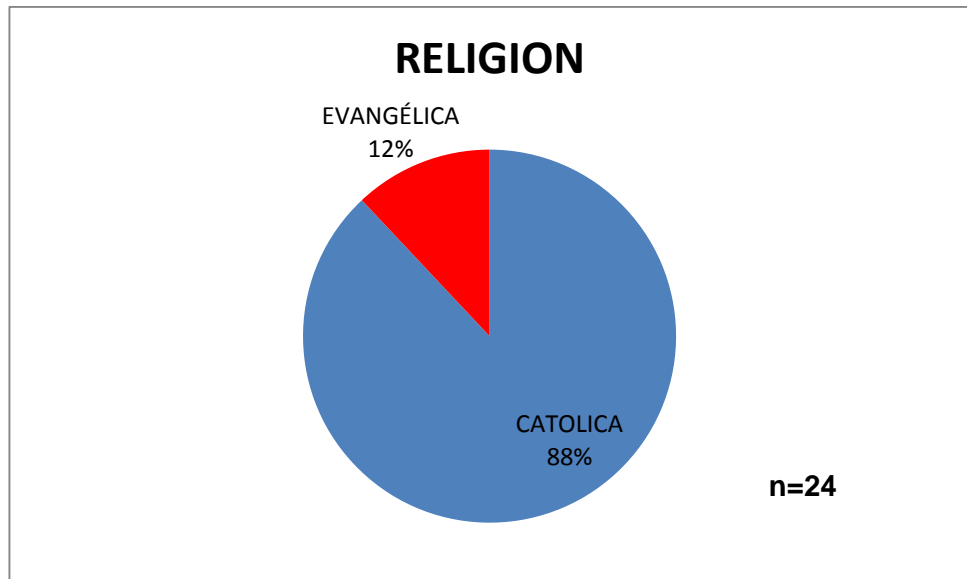
. Fuente: Elaboración propia.

Se pudo observar que el 100% de las personas con Insuficiencia Renal Crónica perciben a la familia como el pilar fundamental de apoyo. En familia los pacientes se sienten protegidos y acompañados, con lo cual sus miedos se disipan y su angustia disminuiría en función de la respuesta positiva del apoyo social de su familia. De lo contrario el paciente podría ir espiritualmente perdiendo sus facultades esenciales (de pertenencia, apoyo, energía, vitalidad etc.)

Las enfermedades crónicas generan dependencia total o parcial; se caracterizan por producir una pérdida total de la autonomía por lo que se necesita de la familia para ayudar a cumplir con las actividades cotidianas. En ocasiones el individuo es capaz de favorecer el autocuidado pero siempre requiere de quien le proporcione apoyo y acompañamiento en el proceso de la enfermedad y en la asistencia a los servicios de salud.

Gráfica N° 8:

Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, según religión.



Fuente: Elaboración propia.

El 100% de personas profesan una religión, lo que demuestra como el paciente posee fe en un ser supremo para salir adelante en su proceso de enfermedad. Provee seguridad, consuelo, sociabilidad y auto justificación. Brindan a la persona esperanza, fuerza y valor que le hacen ser optimista y esperar lo mejor.

Dimensiones del cuestionario de salud SF-36

Tabla N° I. Función Física de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

Función Física	Sí, me limita mucho		Sí, me limita un poco		No, no me Limita nada.	
	N°	%	N°	%	N°	%
Esfuerzos intensos tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores.	10	42	13	54	1	4
Esfuerzos moderados como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de un hora.	11	46	12	50	1	4
Coger o llevar la bolsa de la compra.	11	46	12	50	1	4
Subir varios pisos por la escalera.	12	50	10	42	2	8
Subir un solo piso por la escalera.	11	46	12	50	1	4
Agacharse o arrodillarse.	11	46	12	50	1	4
Caminar un kilómetro o más.	11	46	12	50	1	4
Caminar varias manzanas.	11	46	12	50	1	4
Caminar un sola manzana.	11	46	12	50	1	4
Bañarse o vestirse por sí mismo.	10	42	11	46	3	12

n= 24

Fuente: Elaboración propia.

En los ítems de la categoría función física se detectó que en un 96% de los pacientes tenía algún grado de limitación para realizar esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados y realizar deportes agotadores. Esto puede deberse no sólo a la Insuficiencia Renal Crónica, sino también a las complicaciones que conlleva esta patología. La actividad física que pueden realizar estos pacientes siempre debe ser aconsejada en forma individual, tomando en cuenta factores como su situación clínica, edad y tipo de tratamiento depurador.

Tabla N° II. Rol Físico y Emocional de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

Rol Físico. Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o actividades.	SI		NO	
	N°	%	N°	%
Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas	21	88	3	12
Hizo menos de lo que hubiera querido hacer.	21	88	3	12
Tuvo que dejar hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades.	21	88	3	12
Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades.	21	88	3	12
Rol Emocional.				
Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	21	88	3	12
Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional?	21	88	3	12
No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional?	21	88	3	12

n= 24

Fuente: Elaboración propia.

El 88% de los pacientes declaró que el desempeño de sus roles, físico y emocional se ven afectados por interferir en el desempeño de su trabajo u otras actividades, incluyendo reducción del tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor, lo que coincide con los resultados de otros estudios similares y publicados en revistas de circulación internacional.

Tabla N° III. Dolor Corporal y Rol Social de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

Dolor Corporal.	Nada		Un poco		Regular		Bastante		Mucho	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas.	2	8	5	21	5	21	8	33	4	17
Durante las 4 últimas semanas, hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual.	2	8	3	12	5	21	9	38	5	21
Rol Social.										
Durante las 4 últimas semanas, hasta que punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, amigos, vecinos u otras personas.	2	8	3	12	3	12	9	38	7	29
Durante las 4 últimas semanas, con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales.	0	-	3	12	10	42	4	17	7	29

n= 24

Fuente: Elaboración propia.

El dolor corporal que acusa el 71% se presenta cuando los pacientes se encuentran en la sesión de hemodiálisis y con posterioridad a ella. Se presentan contracturas o calambres musculares, específicamente en extremidades inferiores, superiores y dorso, seguidos por dolor abdominal y cefaleas; posteriores a ella los dolores óseos, musculares, el síndrome del túnel carpiano, cefalea y dolor abdominal son los más referidos por los pacientes.

El paciente tiene limitaciones en el desempeño de su rol social, aceptan el hecho de tener una enfermedad renal y que necesitarán tratamiento para el resto de sus vidas y afloran sentimientos de culpa, negación, rabia, depresión y frustración.

Tabla N° IV. Energía y Salud Mental de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

Energía y Vitalidad.	Siempre		Casi siempre		Muchas veces		Algunas veces		Sólo alguna vez		Nunca	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Se sintió lleno de vitalidad.	0	-	0	-	2	8	6	25	9	38	7	29
Tuvo mucha energía.	0	-	1	4	1	4	4	17	11	46	7	29
Se sintió agotado	4	17	0	-	5	20	10	42	5	21	0	-
Se sintió cansado	2	8	4	17	5	21	10	42	3	12	0	-
Salud Mental.												
Estuvo muy nervioso	1	4	2	8	3	13	11	46	7	29	0	-
Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle.	1	4	2	8	5	21	9	38	7	29	0	-
Se sintió calmado y tranquilo.	1	4	0	-	1	4	8	33	10	42	4	17
Se sintió desanimado y triste.	3	13	2	8	2	8	10	42	7	29	0	-
Se sintió feliz.	0	-	1	4	1	4	6	25	11	46	5	21

n= 24

Fuente: Elaboración propia.

La capacidad de energía y vitalidad se ven disminuidas ya que los pacientes refieren sentirse agotados y cansados casi todo el tiempo (63%) ante cualquier esfuerzo, así mismo, un 33 % de ellos expresan percibirse incapacitados para realizar cualquier actividad, lo que se relaciona con las complicaciones crónicas que sufre este tipo de paciente, como son los trastornos cardiovasculares presentados por el 80%, anemia en un 90% de los casos y trastornos de la nutrición y el metabolismo.

Un 42% de ellos presentó en algún grado sentimientos de tristeza y desánimo.

Tabla N° V. Salud general de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

Salud general Ítem I.	Excelente		Muy buena		Buena		Regular		Mala	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
En general, usted diría que su salud es:	0	-	0	-	8	33	9	38	7	29
Salud general. Ítem II.	Totalmente cierta.		Bastante cierta.		No lo sé.		Bastante falsa.		Totalmente falsa	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.	15	63	8	33	0	-	1	4	0	-
Estoy tan sano como cualquiera.	0	-	4	17	0	-	9	37	11	46
Creo que mi salud va a empeorar.	4	17	12	50	4	17	4	17	0	-
Mi salud es excelente	0	-	1	4	0	-	5	21	18	75

n= 24

Fuente: Elaboración propia.

En relación a la percepción de la salud general informada por estos pacientes, se aprecia que la autovaloración realizada de su situación personal respecto a las perspectivas de su salud en el futuro y la resistencia a enfermarse, es regular a mala (67%), lo que es comprensible por la experiencia que están enfrentando en la actualidad.

La salud general de estos pacientes está muy disminuida, una por la propia patología en sí y por patologías de base que suelen rodear a estos pacientes como diabetes, cardiopatía isquémica, patologías en las que ya por si disminuye la calidad de vida.

Solo un 4% declara gozar de excelente salud.

X. Conclusiones.

1. La Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad progresiva y altamente demandante de los recursos del individuo que la padece y de su familia con serias consecuencias sobre su calidad de vida.
2. Las dimensiones que evalúa el SF-36 en las que se evidenció mayor afectación en la percepción de calidad de vida fueron: el Rol Físico, Rol Emocional, Función Física, Dolor Corporal, Rol Social, Energía y Vitalidad, Salud Mental y Salud General. Lo anterior repercute con incapacidad para el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la afectación en su salud física y su estado emocional. Así también su calidad de vida interfiere con la capacidad para realizar actividades diarias tales como bañarse o vestirse. La valoración global del estado de salud según el grupo de estudio, es que el 67% en promedio de las personas encuestadas tiene una apreciación de Regular a Mala de su calidad de vida.
3. Respecto al estado civil, el 38% son casados, 29% unidos, y el 33% personas solteras y viudas pero si cuentan con una red de apoyo familiar, lo cual favorece en cierta medida una buena adhesión al tratamiento.
4. Sabiendo la percepción de la calidad de vida, el profesional puede centrarse más en las necesidades reales de la persona y no verlo sólo como un enfermo, sino como un “ser humano biopsicoespiritual”, es decir abordarlo de una manera más integral, que incluye sus valores, creencias y percepciones. Este conocimiento permitirá realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida por la que está atravesando cada persona en particular.

XI. Recomendaciones.

1. El presente estudio debe servir para estudios posteriores que evalúen la calidad de vida percibida por los usuarios en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y el Hospital Nacional de Chiquimula, tanto con Insuficiencia Renal Crónica como con otras patologías crónicas.
2. Con los resultados obtenidos se deben realizar acciones que contribuyan al desarrollo de una cultura de prevención y promoción de patologías crónicas.
3. Es importante incrementar los conocimientos de los pacientes y sus familias de las múltiples alternativas que se tienen en relación a la preservación de su salud y determinar las orientaciones importantes en ésta patología.
4. Promover con las familiares la adecuación de espacios en su hogar que faciliten la realización de sus actividades cotidianas para tratar que el paciente logre algún tipo de independencia.

XII. Referencias bibliográficas.

1. Alonso J. Prieto L. Anto J. M. La versión española del SF-36 un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin 1995.
2. Cusumano AM, González Bedat MC, García-García G, Maury Fernández S, Lugon JR, Pablete Badal H, et al. Latin American dialysis and renal transplant registry: 2008 Report (data 2006). Clin Nephrol. 2010 Nov; 74 Suppl 1:S3-8
3. Cusumano AM and González Bedat MC: Chronic Kidney Disease in Latin América: Time to Improve Screening and Detectron. Clin J AM Soc Nephrol 3:594-600, 2008.
4. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria de vigilancia epidemiológica 2007Guatemala: MSPAS; 2008.
5. Ministerio de Salud, Nicaragua, Norma y protocolo para el abordaje de la enfermedad renal crónica Managua: Ministerio de Salud; 2009.
6. Ministerio de Salud pública y Asistencia Social, El Salvador. Capítulo 2. De qué se enferma y muere la población salvadoreña. En: Informe de Labores, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2011.
7. Organización Panamericana de la Salud. Base de datos de mortalidad regional. Unidad de Análisis de Salud, Área de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud. Washington (DC): OPS; febrero del 2012.
8. Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana; Ministerio de Salud de El Salvador; Instituto Nacional de Salud. Conferencia Internacional y Reunión de Alto Nivel sobre Enfermedad Renal Crónica de Causas no Tradicionales

(ERCnT) en Centro América; del 24 al 26 de abril del 2013; San Salvador (El Salvador). San Salvador: COMISCA; 2013.

9. Escobar Rolando, MSPAS, UNAERC. Estadísticas de ingreso a Unidad de Atención Nacional al Enfermo Renal Crónico (UNAERC). Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Septiembre 2014.

10. Organización Panamericana para la Salud de el Salvador. OPS.

11. Bradburn NM editor. The structure of psychological well-being. Chicago: Aldine; 1969

12. Rapp CA, Gowdy E, Sullivan WP. Client outcome reporting: the estatus meted. Community Ment Health J 1998; 24:118-133.

13. Blanco-Abarca A. La calidad de vida: supuestos psicosociales. En: Morales JF, Blanco-Abarca A, Huici Casal C, Fernández JM, editores. Psicología social aplicada. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1985.

14. Velarde-Jurado, E. & Avila-Figueroa, C.; (2002) Evaluación de la calidad de vida. Revista de salud pública de México, No. 44, 349-361.

15. Scwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Cienc enferm. 2003; 9:09-21.

16. Gómez, M. y Sabeh, E. (2000). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Madrid, Rialp.

17. Organización Mundial de la Salud (1980). International classification of impairments, disabilities and hándicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease. Génova, Italia: Wood J.
18. Edlund, M. y Tancredi, L.R. (1985). Quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *Clinical Oncology*, 5, 43-49.
19. Majali Mahasned, S. (2001). Health perceptions and Health behaviours of por Jordanian women. *Journal of American Nursing*, 16 (1), 58-68.
20. McDowell I, Newell C. editors. *Measuring Health: A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press; 1987.138.
21. Calero J. Del Rey, Alegre E. El tratamiento y la calidad de vida. En Calero J. Del rey, Herruzo R, Rodríguez F, editores, *Fundamentos de Epidemiología Clínica*. Madrid: Síntesis. p. 153:166.
22. Grau J.,En: *Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación*. II Jornada de actualización en psicología de la salud.-ASOCOPSIS-Seccional Valle del Cauca, agosto de 1998.
23. Sen A. La perspectiva de la libertad. En: *Desarrollo y Libertad*. Santafé de Bogotá: Planeta; 2000.p. 29:53.
24. San Martín H. *Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas*. Prensa Médica Mexicana. Tomo i. Méjico 1992.
25. Karnofsky DA. Burchenal JH. The clinical evaluation of chemoterapeutic agents in cancer. En Maclead CM, editor. *Evaluation of chemotherapeutic agents*. New York. Columbia. 1947; p 37-56.

26. Lugones M. Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2002; 18(4).
27. Bravo M, Falache S. Un concepto de calidad de vida. Una revisión de su alcance y contenido. Rev. Geográfica Venezolana. 1993; 34:275-295.
28. http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida 30/07/2010.
29. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of life Measurement .JAMA 1994; 272 (8): 619-626.
30. Rylander A. Impacto del tratamiento antipsicótico en la evaluación de la calidad de vida. Consideraciones Metodológicas. Sexto Congreso Europeo de la Asociación Europea de psiquiatría; 1992 Nov; Barcelona, España.
31. Schipper H, Clinch J, Powell V. Definitions and conceptual issues. En: Spilker B, editor. Quality of life assessment in clinical trials .New York: Raven Press; 1990. P 11-25.
32. Bobes García J, Bousoño García M, Iglesias García C, González García-Portilla MP. Calidad de vida: Concepto. En: Bobes García J, González G Portilla MP, Bousoño García, editores. Calidad de vida en las esquizofrenias. Barcelona: Prous; 1995; p.1-11.
33. Otero A, Gayoso P, Garcia F, de Francisco AL, EPIRCE study group, Epidemiology of chronic renal disease in the Galician population; results of de pilot Spanish EPIRCE study. Kidney Int Suppl. 2005; (99): S16-9.
34. Valdez S. Insuficiencia renal, ahora problema de salud en Guatemala. Prensa Libre, domingo de marzo del 2009; Actualidad Nacional: 8.

35. Gómez, M. y Sabeh, E. (2000). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Madrid, Rialp.

36. White SL, Chadbon SJ, Jan S, Chapman jr, Cass A. Bulletin of the World Health Organization, Marzo 2008.

37. Comisión Técnica de Vigilancia en Salud y Sistemas de Información de Centroamérica y República Dominicana (Se-Comisca). Boletín 02-2012. Sala Regional de Situación de Salud. Enfermedad Renal Crónica.

XIII. Anexos.



Anexo No. 1. Cuestionario de Salud SF-36

Responsable de la investigación: Irza Miranda Méndez.

Fecha de la investigación: _____

Boleta No: _____

Calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y sus familias atendidos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital Nacional de Chiquimula, Guatemala, 2014.

Cuestionario de Salud SF-36

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una X el número que mejor describa su respuesta.

Marque una sola respuesta.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

Hospital Nacional _____

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social _____

Fecha: Día: Mes: Año:

1. Sexo: M F

2. Estado Civil: Soltero: Casado: Unido:
Viudo: Divorciado:

3. Edad: años

4. Escolaridad: _____

5. Ocupación u Oficio: _____

6. Procedencia: _____

7. Vive con algún familiar: SI No

Con quien: _____



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**?

Siempre

1. Casi siempre
2. Muchas veces
3. Algunas veces
4. Sólo alguna vez
5. 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



Universidad
Rafael Landívar

Tradición Jesuita en Guatemala

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



Universidad
Rafael Landívar

Tradición Jesuita en Guatemala

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.

GRACIAS POR CONTESTAR ESTAS PREGUNTAS.

Anexo No. 2.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Se me ha solicitado participar voluntariamente en un estudio que realiza la Licda. Irza Miranda Méndez, tesista de Maestría en Salud Pública con énfasis en Epidemiología y Gerencia de la Universidad Rafael Landívar.

Al participar en este estudio yo estoy de acuerdo en responder el cuestionario que se llevará a efecto en el Hospital Nacional o en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Chiquimula. Comprendo que esto no implica riesgos para mi salud, ni para mi familia y que puedo negarme a contestar algunas preguntas o bien retirarme del estudio si lo considero pertinente.

Se me ha explicado qué es el estudio y para qué se hace, así mismo he podido hacer las preguntas necesarias sobre mis dudas. Se me informó que los datos son anónimos y confidenciales.

Firma: _____

Fecha: _____