

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

Medición de la calidad de vida de un grupo de pacientes terminales de una unidad de cuidado paliativo domiciliario en Santafé de Bogotá, Colombia
[Measuring quality of life of a group of terminal patients in a palliative care unit house in Bogota, Colombia]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Támara, Liliana M.;Arteaga, Ivan Dario
Publisher	Universidad El Bosque
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-06-16 10:46:44
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/215482

MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE UN GRUPO DE PACIENTES TERMINALES DE UNA UNIDAD DE CUIDADO PALIATIVO DOMICILIARIO EN SANTAFÉ DE BOGOTÁ, COLOMBIA.

*Liliana M. Támara, Iván Darío Arteaga, Isa Fonnegra-Jaramillo,
Cecilia Gerlein**

INTRODUCCIÓN

El concepto de calidad de vida ha ameritado múltiples análisis, desde perspectivas bien diferentes, puesto que parte del concepto de vida y por ende de todos los factores que la afectan. Pero ya que el mismo concepto de vida, está bien imbrincado dentro de nuestra existencia y a pesar de ello semioculto a los ojos de la razón, es necesario partir de conceptos prácticos que hacen parte de la esencia de la vida humana, para hacer una aproximación al concepto de calidad de vida.

Uno de los componentes evidentes de la vida es la salud, puesto que la amenaza a la salud o la ausencia de ésta es conocida como enfermedad y el desarrollo de la enfermedad en la mayoría de los casos llevará a la muerte, es decir a la ausencia de vida. Es por ello que a pesar de lo difícil del abordaje racional sobre calidad de vida, es más evidente su realidad cuando se ve amenazada la vida misma.

* Fundación Omega. Santafé de Bogotá.

En torno, entonces a la salud, tanto clínicos como creadores de políticas en salud han reconocido la importancia de medir la calidad de vida relacionada con la salud, para informar acerca del manejo de pacientes y de las decisiones políticas en torno a ella. Sin embargo no ha sido fácil determinar cuál es la mejor forma de medirla¹ Algunos han sugerido que puede ser un instrumento global durante el tiempo y otros que debe ser en un grupo definido de pacientes en un momento del tiempo.

De acuerdo a Cassel², el sufrimiento es una sensación agobiante que abrumba al hombre cuando éste ve amenazada la integridad de su ser, de su existencia. El enfermo terminal, su familia y sus allegados encaran frontalmente todas las dimensiones del sufrimiento, puesto que el límite cercano y definido de la existencia del enfermo los aboca a enfrentar tareas que antes nunca habían vivido. La tarea entonces del cuidado de estos pacientes será ejercer la primera misión del cuidado de salud, aliviar el sufrimiento³. Así, todas las facetas de la vida humana deben ser atendidas aún en la fase terminal y de la manera como se atiendan dependerá la calidad de vida del sujeto enfermo, de su familia y sus allegados.

Hace más de 30 años se inició el movimiento Hospice⁴, para proveer apoyo y atención a las personas en las últimas fases de sus enfermedades, de modo que puedan vivirlas tan plena y confortablemente como sea posible. Afirman la vida y consideran a la muerte como un proceso normal y existen en la creencia y la esperanza que a través de un cuidado personalizado y de una comunidad sensible a sus necesidades, los pacientes y sus familias puedan lograr la necesaria preparación para la muerte, en la forma que sea más satisfactoria para cada cual⁵.

-
1. Guyatt. HG, Feeny DH, Patrick DL. *Measuring Health - related quality of Life*. *Annals of Internal Medicine*. 1993; 118: 622-9
 2. Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *NEJM*. 306(11) 639-45.
 3. Villamizar E. "Derechos del enfermo terminal: la transición hacia lo cualitativo". En: *Cuadernos del Programa Regional de Bioética N° 1*. Organización Panamericana de la Salud. 1995.
 4. Saunders C. Opening Lecture, Saint Christopher's 5th Internal Conference. London.
 5. National Hospice Organization. *Standars for a hospice Program of Care*. London. Sexta revisión, 1979.

El tratamiento paliativo consiste en la atención activa y completa a los pacientes con enfermedades progresivas que no tienen acceso o no respondieron al tratamiento curativo. Su objeto es facilitar al paciente la mejor calidad de vida posible durante todo el proceso. El cuidado debe darse en un ambiente interdisciplinario para poder atenderlo como un todo, aliviando su dolor, manejando otros síntomas físicos, brindándole apoyo emocional, espiritual y orientación a él tanto como a su familia.

En nuestro país desde 1.987 se empezaron a formar unidades de cuidado paliativo, como iniciativas personales e institucionales. Una de esas iniciativas se consolidó en la Fundación Omega como un equipo interdisciplinario (medicina, psicología, enfermería, terapias, especialistas en dolor e intervenciones) especializado para atender hasta el final a los enfermos y sus familias en sus casas con todo el apoyo que el consenso internacional había alcanzado⁶.

Para ello se hace un equipo base de un médico y una psicóloga que atenderá a aquellos pacientes a cuyos médicos tratantes determinan que la progresión de la enfermedad no puede ser detenida; el paciente ya no se puede desplazar a la institución que lo atendía; esta no está capacitada para prestarle sus servicios o no le es posible controlar el dolor u otros síntomas y además la familia expresa su deseo de cuidar al paciente en la casa; realizando una intervención familiar psicológica inicial acerca de las necesidades psicosociales del paciente, el nivel de información sobre el diagnóstico y pronóstico que manejan y las modificaciones en las relaciones intrafamiliares, además de las posibilidades de cuidar al paciente en la casa. Simultáneamente se realiza una evaluación física del paciente y se inicia el manejo de dolor y otros síntomas, previa firma de un consentimiento informado de la atención. Se continua el cuidado por parte del médico con disponibilidad 24 horas al día, 7 días a la semana, e intervenciones de psicología y los otros profesionales que se requieran de acuerdo al proceso que se vaya viviendo. Al acercarse el final del proceso, se incrementan los

6. Bejarano F., Jaramillo I. *Morir con dignidad. Fundamentos de Cuidado Paliativo*. Bogotá, Fundación Omega, 1992.

esfuerzos por mantener controlados la amplia variedad de síntomas físicos, emocionales y relacionales que se manifiestan en la agonía y la muerte, de tal manera que la calidad de vida se mantenga positiva en este último aspecto vital del ser humano; proveyendo lo que se podría llamar "calidad de muerte", que sería la resultante de mantener la calidad de vida hasta el último momento, pues se han satisfecho todas las necesidades del paciente de acuerdo a su entorno sociocultural.

Evaluar entonces si el manejo paliativo que se está realizando, tiene un impacto positivo en la calidad de vida, es decisivo para continuar con los protocolos de manejo, modificarlos o desarrollar unos nuevos. Algunas personas e instituciones han generado instrumentos para evaluar la calidad de vida de los pacientes terminales, algunos para cáncer aplicados en la fase terminal, tales como QLQ-C30 de la Organización Europea para la investigación y el tratamiento del cáncer⁷, el Functional Living Index Cancer⁸ o el CARES de la universidad de California⁹. Completo o acortado, el de la universidad de Wollongong en Australia¹⁰, o el generado por un equipo de Costa Rica en nuestro idioma¹¹. O específicos para pacientes terminales por cualquier enfermedad¹².

-
7. Aaronson, NK., Almedzai S., Bergman, B., et al. The European organization for research and treatment of cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in International Clinical Trials in Oncology.
 8. Schipper, H. Clinch, J, MacMurray A, et al. Measuring the quality of life of cancer patients: The functional living index - cancer: Development and Validation. *J Clin Oncology*, 2 (5). 1984.
 9. Ganz, PA., Schag CAC, et al. The CARES: a generic measure of health - related quality of life for patients with cancer. *Quality of Life Research*. Vol 1. 1992.
 10. Viney, LL., Walker BM., Robertson T., et al. Dying in Palliative Care Units and in hospital: A comparison of the quality of life of terminal Cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical psychology*. 62(1).1994. 157-64.
 11. Grau, JA, Martín M, et al. *Calidad de vida en el paciente oncológico terminal*. San José de Costa Rica. 1994
 12. Byock I, VITAS HealthCare Corp. *Missoula Vitas Quality of Life Index*. 1992.

METODOLOGÍA

Para la medición de la Calidad de Vida se utilizó el Functional Living Index Cancer (FLIC)¹³, para ello se organizó un comité evaluador de la traducción del instrumento (4 médicos, 6 psicólogas, 1 terapeuta ocupacional), después de aprobado se le administró a un grupo de 5 pacientes para asegurarse de la exactitud de la traducción, obteniendo total aceptación.

Posteriormente se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo, con controles internos en una muestra de pacientes de los atendidos en la Fundación Omega que aceptaron participar en el estudio y firmaron el correspondiente consentimiento informado. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer con una proyección de vida aproximada menor a seis meses, sin mayor compromiso cognoscitivo, ni grave trastorno psiquiátrico, sin problemas de abuso de alcohol o sustancias adictivas.

A todos los pacientes el médico tratante les aplicó el cuestionario del FLIC con 22 preguntas, para ser contestadas mediante marcación sobre escalas análogas visuales de 1 a 7. Los pacientes fueron instruidos para leerlos por sí mismos y responder las preguntas trazando una línea oblicua sobre la línea de puntuación. Si el paciente no podía hacer las marcas, las contestaba verbalmente según el número, al entrevistador, quien las marcaba en la escala. A los pacientes muy debilitados o con problemas visuales el entrevistador le leía y hacía las marcas según las respuestas del paciente. La aplicación se hacía en la primera visita y luego cada 3 semanas, durante el manejo estándar de cuidado de paliativo, hasta el fallecimiento del paciente o hasta cuando debido a su estado, no era capaz de contestar las preguntas.

Se realizó un análisis de las historias clínicas de los pacientes de tal forma que se pudieran obtener los datos relacionados con: datos epidemiológicos (edad, sexo, diagnóstico, ocupación, composición grupo de cuidado) karnofsky,

13. *Op. Cit.* Schipper, H.

tiempos de diagnóstico, tratamiento curativo, conocimiento del diagnóstico y pronóstico, presencia y manejo de síntomas, clase de manejo y personal, tipo y vía de administración de medicamentos y uso de oxígeno.

Se utilizó adicionalmente para evaluar la calidad de vida de otros pacientes, un instrumento específico para pacientes terminales, por cualquier diagnóstico, el Missoula-Vitas Quality of Life Index (MVQOLI)¹⁴, el cual fue evaluado y traducido por el mismo comité, posteriormente fue enviado al centro de referencia del instrumento (VITAS - Health Care Corp.) quienes lo retradujeron y validaron rigurosamente, adicionalmente se empezaron a utilizar dos versiones para los pacientes hispano parlantes una de 25 y otra de 21 preguntas de acuerdo al grado de conocimiento del diagnóstico y pronóstico. Finalmente fuimos autorizados como usuarios licenciados para usar la versión en español en sus dos versiones finales de 25 y 15 preguntas.

Se utilizó la versión completa de 25 preguntas en aquellos pacientes que tenían información completa acerca de su diagnóstico y de su pronóstico y la versión de 21 preguntas para aquellos que no, de acuerdo al criterio del médico tratante, para evaluar las dimensiones: funcional, física, bienestar, relacional y trascendencia. Se escogió una muestra de los pacientes terminales de la Fundación que aceptaron participar en el estudio y formaron consentimiento informado y cumplían con los criterios de inclusión: Diagnóstico de enfermedad grave, progresiva, con un pronóstico menor a 6 meses, alertas y orientados son problemas de abuso de alcohol o sustancias adictivas. Al paciente se le dieron instrucciones de leerlo y contestar cada pregunta en la escala de 1 a 5 rellenando el círculo correspondiente a su respuesta. Si el paciente no podía hacer las marcas, le señalaba al médico cuál era la más adecuada y éste las marcaba. Si el paciente no podía leer, el médico le leía las preguntas y el paciente indicaba la respuesta numéricamente. El cuestionario se aplicó durante la primera visita y luego cada tres semanas hasta el fallecimiento del paciente o hasta cuando debido a su estado, no era capaz de contestar las preguntas. Adicionalmente el instrumento

14. *Op. Cit.* Byock I.

solicita datos epidemiológicos acerca de sexo, estado civil, grado de escolaridad, lugar de cuidado, autoadministración del instrumento.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa de procesamiento de palabra, base de datos y estadística en microcomputadores compatibles con IBM para la Salud Pública, Epi-Info 6,0 del Centro para el control de las enfermedades de Atlanta, Georgia USA, 1995. Se obtuvieron promedios, rangos y porcentajes de los datos epidemiológicos.

Mediante el EPI- Info 6.0 se realizó un análisis bivariado de los datos obtenidos de calidad de vida mediante el FLIC frente a los datos epidemiológicos, karnofsky, tiempos de diagnóstico, tratamiento curativo, conocimiento del diagnóstico y pronóstico, presencia y manejo de síntomas, clase de manejo y personal, tipo y vía de administración de medicamentos y uso de oxígeno.

Para el análisis de los resultados del Missoula Vitas se utilizó el programa diseñado por Vitas Healthcare Corp. Y Ira Byock creado en LOTUS 3.4, con capacidad de presentar los resultados según cada pregunta, calcular los subresultados para cada dimensión evaluada y el resultado final.

RESULTADOS

Se analizaron los resultados de 55 encuestas del Functional Living Index Cancer (FLIC), correspondientes a 16 pacientes, de estos a 5 pacientes solo se les pudo aplicar en una oportunidad, durante la primera visita. A un paciente solo se le evaluó durante las visitas 9 y 10 de tratamiento médico y un paciente respondió la encuesta 8 veces. De las encuestas analizadas, 35 (63,6%) fueron autoadministradas, 4 fueron leídas por el entrevistador y marcadas por el paciente y las 16 restantes (29,1%) fueron leídas y marcadas por el entrevistador.

Los puntajes de Karnofsky para los pacientes evaluados estuvieron entre 30 y 90 con un promedio de 60. De las 55 evaluaciones realizadas, 21 (38,2%)

tuvieron un puntaje de karnofsky entre 30 y 50, 30 (54,5%) estuvieron entre 60 y 80 y solo cuatro evaluaciones fueron hechas a pacientes con valores de 90. (Figura 1).

Los resultados de las encuestas podían estar en un rango de 21 a 147, siendo el primero el de peor calidad de vida y el segundo el correspondiente a mejor calidad de vida, se obtuvieron puntajes entre 57 y 129, con un promedio de 97. Para efectos de análisis de la información se establecieron 5 grupos, así: Nivel 1 para puntajes <50, Nivel 2 entre 50 y 74, el nivel 3 entre 75 y 99, el nivel 4 entre 100 y 124 y el nivel 5 >125. De acuerdo a estos niveles, ningún paciente estuvo en el nivel 1, 3 pacientes (5,5%) se ubicaron en el nivel 2, 27 pacientes (49,1%) en el nivel 3, 22 (40%) se ubicaron en el nivel 4 y solo 3 pacientes (5,5%) obtuvieron más de 125 puntos, para ubicarse en el nivel 5. (Figura 2).

Se cruzaron los niveles de calidad de vida obtenidos, con algunas variables provenientes del estado de cada paciente, encontrando significancia estadística con valores de $p < 0,05$: correlación directa con la presencia o no de tratamiento de sostén, de tal forma que los pacientes que estaban recibiendo algún tipo de terapia curativa tenían una mejor calidad de vida ($p = 0,005$).

Si el paciente tenía conocimiento, bien fuera expresado por él (objetivo) o determinado por el médico tratante (subjetivo) completo acerca de su diagnóstico presenta niveles mas bajos de calidad de vida que aquellos que solo tienen información parcial ($p = 0,001$ y $p = 0,0029$).

En cuanto al número de síntomas físicos que el paciente presentaba y que por lo tanto requería manejo, varío entre 0 y más de 12, con una frecuencia del 27,3% entre 0 y 2 síntomas, 56,4% entre 3 y 5 síntomas, 12,7% entre 6 y 8 y 3,6% aquellos con más de 12 síntomas. En el análisis bivariado se encontró una $p = 0,006$ con correlación directa a mayor cantidad de síntomas, la calidad de vida disminuye, situación que no ocurrió con la presencia de síntomas psicológicos, ni con la apreciación del paciente acerca de si su control era apropiado o no. Se encontró correlación ($p = 0,0015$) entre mejor calidad de

vida y la apreciación del médico acerca del bueno, regular o mal control de los síntomas.

Otra variable significativa fue el tiempo que llevaban en cuidado paliativo ($p=0,05$), entre más tiempo se había tratado menor calidad de vida tenían, lo cual se puede correlacionar con la disminución progresiva de su estado funcional y por lo tanto la disminución de su calidad de vida, evidenciada por el cruce de los resultados de Karnofsky agrupados en 4 estados funcionales con $p=0,04$.

Dentro de las variables relacionadas con la atención de profesionales solo se encontró correlación con la atención de terapia ocupacional y atención de tiempo completo de enfermería; aquellos pacientes que requieren este tipo de atención están más incapacitados y por lo tanto su calidad de vida se encontró peor ($p=0,03$; $p=0,006$).

En cuanto a los medicamentos y su relación con la calidad de vida se encontró correlación entre el uso de antieméticos ($p=0,002$), debido probablemente a la especificidad del instrumento para pacientes con cancer en tratamiento; y el uso de hipnóticos ($p=0,003$), ninguno de los otros medicamentos mostró significancia estadística en cuanto a número ni en cuanto a tipo. Y según la vía de administración la calidad de vida disminuye notablemente en la medida que se utilizó la vía rectal ($p=0,00049$), al igual que si el paciente está recibiendo oxígeno de manera permanente ($p=0,019$).

Las siguientes variables no mostraron significancia estadística al cruzarlas con los valores de calidad de vida: Conocimiento del pronóstico objetivo o subjetivo, número de visitas médicas, psicológicas o de otros profesionales, desde que los síntomas físicos estén controlados.

Para el análisis de las encuestas de Missoula Vitas Quality of Life Index, se completaron 15 encuestas de la versión completa y cuatro encuestas de la versión acortada de 21 preguntas. Los valores totales de calidad de vida podían variar entre 0 y 25, para la versión completa los valores variaron entre 14,5 y 20,6

(Tabla 1), con un promedio de 17,96. Al analizar los subtotales dimensionados (Figura 3) se puede observar que para el cuadro global la distribución de los valores de calidad de vida se localiza hacia el semiplano positivo, incluso en 3 pacientes todos los valores se encuentran en ese semiplano. Si se analiza cada aspecto evaluado, en las dimensiones física, de función y bienestar, solo en 3 pacientes de los 15 se encontraron valores negativos de calidad de vida y en 1 se encontró un valor neutro para la dimensión física y de bienestar, mientras que para el aspecto de relaciones interpersonales se equilibró a 0 en 6 pacientes. Solo un paciente tuvo la dimensión de trascendencia calificada como negativa, pero en 5 se encontró neutra.

En el análisis de los 4 pacientes a los que se les aplicó la versión acortada se encontraron valores entre 11,5 y 16,75 (Tabla 2) y para los subtotales (Figura 4) se observa que en dos pacientes los resultados se agruparon hacia el semiplano negativo, a excepción del aspecto físico en uno y el interpersonal en el otro. En general el sentido de trascendencia fue calificado como negativo, excepto en un paciente, en el cual fue neutro. En el sentido de bienestar todos fueron calificados como negativos.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis de la calidad de vida es un tema complejo y resulta aún más cuando se evalúa en condiciones extremas de vulnerabilidad, sin embargo aún en la fase terminal de cualquier enfermedad es posible alcanzar unos índices de calidad de vida buenos o aceptables de acuerdo al manejo que se aplique.

Teniendo en cuenta el tipo de cuidado que se le provee a los pacientes terminales de esta unidad de cuidado paliativo: interdisciplinario, domiciliario, acorde con los parámetros internacionales de manejo de dolor, síntomas e información y enmarcándose en los principios éticos de no hacer daño, beneficencia, autonomía; además de encuadre familiar y social. Se aprecia que la correlación entre la calidad de vida final de los dos instrumentos no es equiparable, pero

demuestran que en términos generales se están obteniendo buenos resultados, especialmente en el manejo de los síntomas físicos. Además es importante recalcar que los resultados de los dos indicadores de calidad de vida, dan algunas luces hacia donde se debe encaminar el cuidado de este tipo de pacientes.

Aunque es bien claro que se presentan dificultades en la aplicación y análisis de instrumentos que no sean específicos para pacientes terminales y cuando no se tienen en cuenta las características culturales propias de cada grupo que se va a evaluar. Se puede afirmar que no es útil comparar este tipo de mediciones entre pacientes o entre instituciones, pero su aplicación y análisis sí provee directrices acerca del manejo global intrainstitucional o en la evolución de cada paciente.

El análisis de la calidad de vida para una unidad de cuidado paliativo no es el único indicador que se debe tener en cuenta al evaluar el quehacer institucional, se deben tener en cuenta evaluaciones de la familia, especialmente las repercusiones durante el período de tratamiento y durante el duelo, no solo a nivel emocional, sino físico y social. Dentro del equipo se debe mantener un seguimiento estricto de todos los aspectos de cada uno de los miembros del equipo por separado y en grupo, de tal forma que pueda ser lo más funcional posible. Es importante, igualmente, estudiar la motivación por la cual se solicita la atención, el impacto y el resultado que generan los aspectos geográficos, económicos y culturales acerca de la información, conocimiento y aceptación del proceso de enfermar y morir, del modelo occidental de cuidados paliativos. También se requiere evaluar el impacto del ejercicio de este tipo de cuidado privado, domiciliario, de libre escogencia según calidad, frente al modelo institucional impuesto o al eminentemente solidario. El otro aspecto que realzaría el valor de implementar el cuidado paliativo sería la evaluación de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades al seno de los miembros de la familia durante el período de duelo.

FIGURA 1

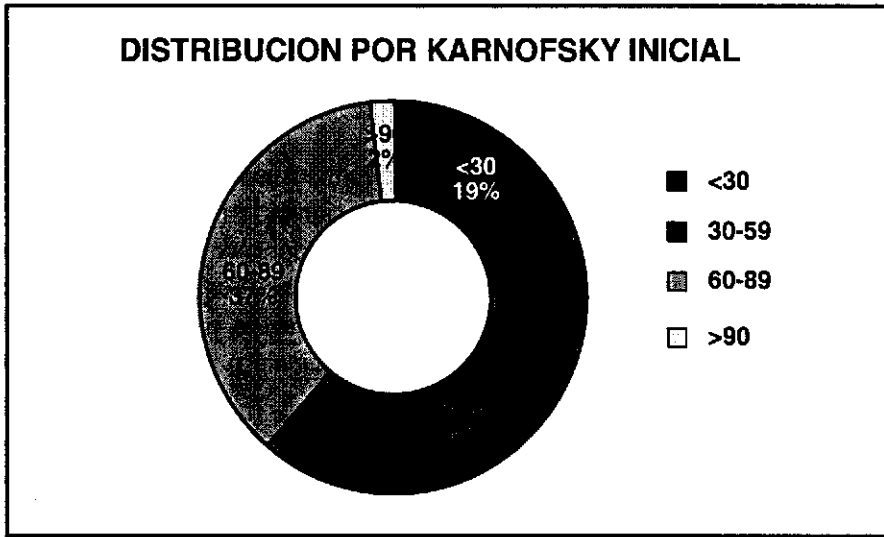


FIGURA 2

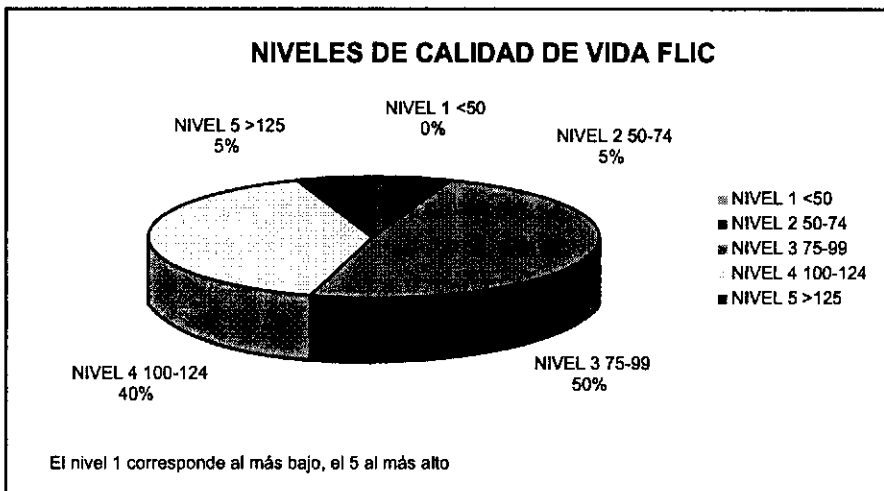


FIGURA 3

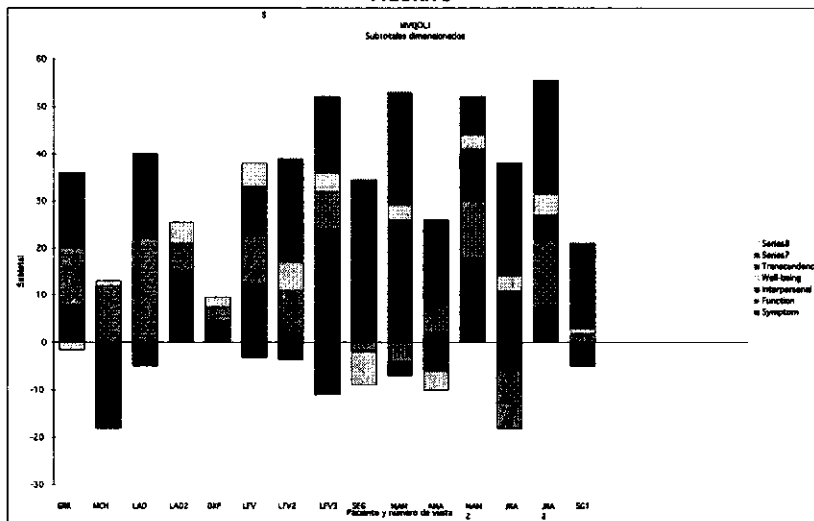


FIGURA 4

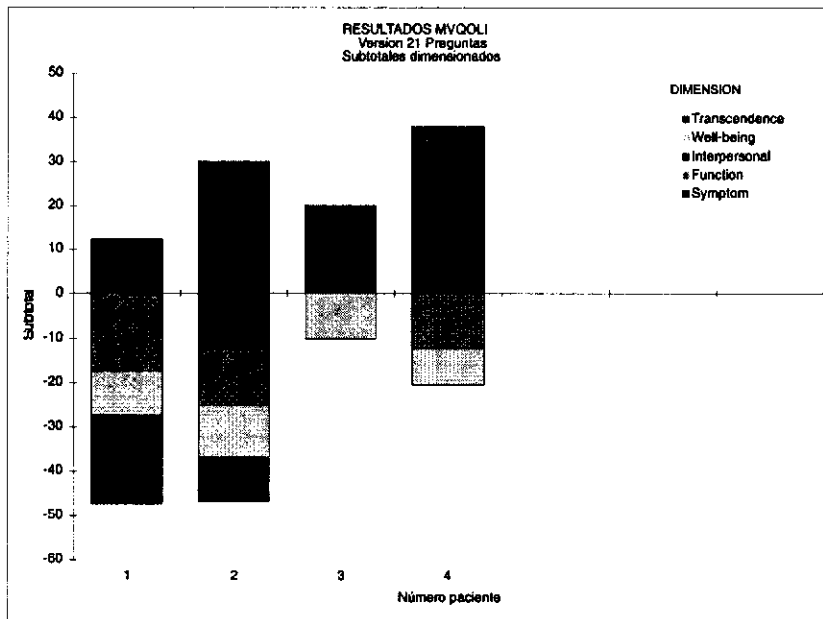


TABLA 1

	Nombre	No.	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	Q23	Q24	Q25	Self
1	GRR110996	1	1	1	3	3	2	1	-1	3	3	4	1	1	3	3	4	1	-1	-3	3	4	-1	-1	3	3	4	Y
2	MCH300497	2	2	-2	0	3	3	-2	-2	-4	-4	1	2	2	4	4	5	2	0	4	0	5	0	2	4	4	4	N
3	LAD150196	3	2	0	4	0	3	2	0	4	-4	5	-2	0	4	4	5	-2	-2	4	-4	5	2	-4	4	4	5	Y
4	LAD140896	4	2	1	0	3	2	2	0	4	3	4	1	0	3	0	4	2	2	3	0	4	2	1	0	3	4	Y
5	DXP130896	5	1	-	-	3	2	1	0	-3	0	4	2	1	3	0	4	1	1	3	-3	4	1	1	4	3	4	N
6	LPV240796	6	1	1	4	3	1	1	2	3	-3	5	2	2	4	4	5	-1	-1	-3	-3	4	-1	2	-3	4	5	Y
7	LPV051296	7	-1	-1	4	3	2	-1	-1	-3	3	3	2	2	3	3	4	2	2	0	-4	5	2	2	3	4	5	Y
8	LPV201196	8	2	0	4	4	1	2	-2	3	4	5	2	2	4	4	4	4	-2	-3	-3	5	2	2	4	4	5	Y
9	SEG141196	9	-2	0	3	-4	3	2	-1	4	-2	5	-2	1	3	0	4	-1	1	3	4	4	1	0	4	3	3	N
10	MAM140896	10	2	2	4	4	1	2	-2	4	4	5	2	2	4	-4	1	-2	-2	4	-4	5	2	2	-4	4	5	Y
11	AMA151196	11	0	-2	4	0	2	-2	-2	-4	-3	5	-1	0	4	3	4	2	2	0	4	5	2	0	4	-4	3	N
12	MAM230996	12	2	2	4	4	1	2	2	4	4	5	2	-2	4	4	1	-2	-2	-4	-4	5	2	2	4	4	5	Y
13	JXA230197	13	2	-2	4	4	1	-2	2	-4	4	1	2	2	4	-4	5	-2	-2	0	-4	5	2	2	4	4	5	N
14	JXA280497	14	0	0	4	4	3	1	1	0	3	4	1	0	4	4	5	1	1	0	0	5	2	2	4	3	5	N
15	STG300497	15	0	-1	3	0	1	-2	-2	-4	-4	5	1	1	4	0	3	1	1	4	0	5	1	1	4	4	4	Y

	Nombre	No.	Síntomas	Función	Interpersonal	Bienestar	Trascendencia	Total
1	GRR110996	1	8	12	16	-1.5	0	18.45
2	MCH300497	2	-6	12	-12	1	0	14.5
3	LAD150196	2	-5	22	18	0	0	18.5
4	LAD140896	4	15	6	0	4.5	0	17.55
5	DXP130896	5	4.5	3	0	2	0	15.95
6	LPV240796	1	12.5	10	10.5	5	-3	18.5
7	LPV051296	7	2	9	-3.5	6	22	18.55
8	LPV201196	8	24	8	-11	4	16	19.1
9	SEG141196	9	18	-1.5	-0.5	-7	16.5	17.55
10	MAM140896	10	26	-4	-3	3	24	19.6
11	AMA151196	11	2	6	-6	-4	18	16.6
12	MAM230996	12	18	12	11	3	8	20.2
13	JXA230197	13	-6	-12	11	3	24	17
14	JXA280497	14	7.5	14	5.5	4.5	24	20.55
15	STG300497	15	0	2	-5	1	18	16.6

Gráfico 11
RESULTADO TOTAL

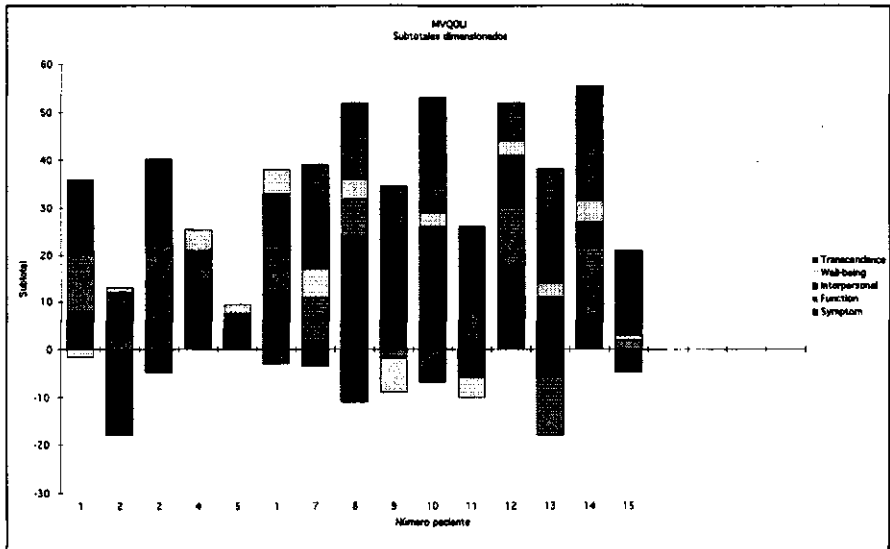
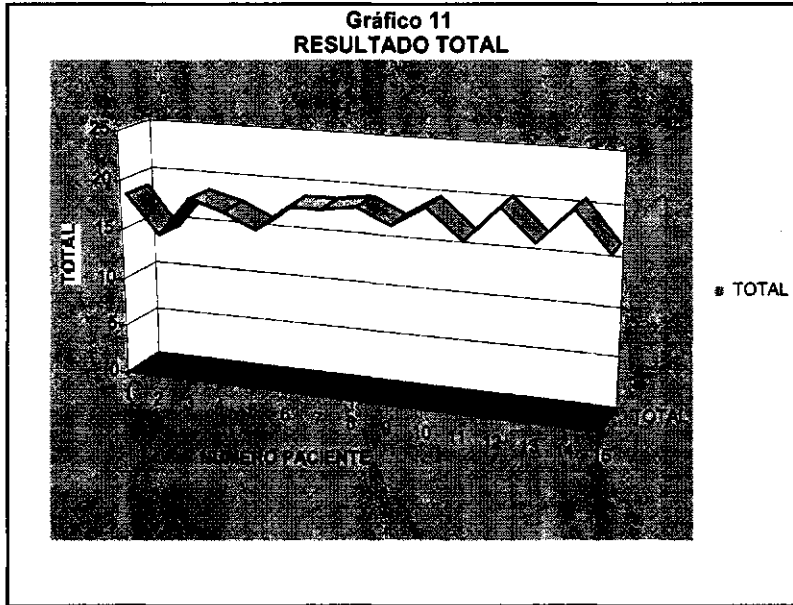


TABLA 2

	Nombre	No.	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Self
1	AMG100996	1	-1	0	3	3	5	-2	-1	-4	0	5	2	-2	0	0	4	2	-4	5	0	-4	5	N
2	MCH280497	4	-2	-2	3	-4	5	-2	-2	-4	3	5	2	2	4	4	5	0	-3	4	2	-4	5	Y
3	MEC220796	2	1	1	0	3	2	0	0	0	0	4	-1	1	3	3	5	1	-3	5	0	0	5	Y
4	BXO250796	3	1	-1	3	3	2	-2	-2	3	-4	5	1	1	3	3	5	1	-3	5	0	0	5	Y

	Nombre	No.	Síntomas	Función	Interpersonal	Bienestar	Trascendencia	Total
1	AMG100996	1	12.5	-17.5	0	-10	-20	11.5
2	MCH280497	2	-12.5	-12.5	30	-12	-10	13.3
3	MEC220796	3	5	0	15	-10	0	16
4	BXO250796	4	6	-12.5	16	-8	16	16.75

**Gráfico 12
RESULTADO TOTAL**

