

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES  
TRASPLANTADOS RENALES DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO**

**HERNANDO MONCALEANO PERDOMO**

**NATALIA ESCOBAR MORA**

**ANDREA POVEDA VERA**

**CATALINA VILLEGAS BARRIOS**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS**

**PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**

**NEIVA - HUILA**

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES  
TRASPLANTADOS RENALES DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO  
HERNANDO MONCALEANO PERDOMO**

**NATALIA ESCOBAR MORA**

**ANDREA POVEDA VERA**

**CATALINA VILLEGAS BARRIOS**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de Psicóloga**

**María Angélica Trujillo González**

**Asesora**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
NEIVA - HUILA**

**Nota de aceptación**

---

---

---

---

---

---

**Firma del Presidente del jurado**

---

**Firma del jurado**

---

**Firma del jurado**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de grado lo dedicamos a Dios por brindarnos fortaleza y sabiduría para llegar hasta este punto y haber logrado nuestro objetivo.

A nuestras familias, por su amor, confianza y apoyo constante, por sus consejos, sus valores y por la motivación en todo momento, sin ellos nada de esto hubiese sido posible.

## **AGRADECIMIENTOS**

Este trabajo de grado no hubiese sido posible sin el apoyo de personas que con su acompañamiento, colaboración y esfuerzo, nos permitieron vivir esta experiencia.

A los asesores Rosmary Garzón, Carlos Fierro, María Angélica Trujillo, Claudia Ivonne Gaitan y al Dr. Jorge Cubillos Coordinador de la Fundación Surcolombiana de Trasplantes por su confianza, su disposición, paciencia y su deseo de contribuir en nuestro aprendizaje, no solo académico sino también personal y por dirigir esta investigación.

## Tabla de Contenido

	<b>Pág.</b>
Introducción	14
1. Planteamiento del Problema	16
2. Justificación	22
3. Objetivos	25
3.1 Objetivo General	25
3.2 Objetivos Específicos	25
4. Antecedentes	26
5. Marco Teorico	32
5.1 Enfermedad Renal Crónica	32
5.2 Trasplante Renal (Tr)	33
5.3 Calidad de Vida	34
5.4 Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)	35
5.5 Valoración Calidad de Vida Relacionada con la Salud	36
5.6 Calidad de Vida y Psicológica	37
6. Metodología	39
6.1 Enfoque y Tipo de Diseño de la Investigación	39
6.2 Etapas del Diseño de la Investigación	<del>39</del> 40
6.3 Población	42
6.4 Muestra	<del>42</del> 43

6.6 Técnicas E Instrumentos	<del>43</del> 44
6.8 Operacionalizacion de Variables	49
6.9 Análisis Estadísticos	53
6.10 Consideraciones Éticas	<del>53</del> 54
6.10.1 Clasificación del Riesgo Según la Norma	54
6.10.2 Código Deontológico en Psicología	<del>54</del> 55
7. Resultados	56
7.1 Índice de Confiabilidad de las Dimensiones del SF- 36	<del>56</del> 57
7.2 Caracterización Sociodemográfica De Los Individuos Evaluados	58
7.3 Descripción e las Variables CVRS Del SF- 36	64
7.4 Asociación De Las Variables Sociodemográficas Con Los Componentes Salud Física (CSF) y Salud Mental (CSM) Del SF-36	<del>65</del> 66
7.5 Transición Del Estado De Salud: Variación Promedio Del Estado De Salud de los Encuestados Durante El Último Año.	<del>74</del> 75
8. Discusión	76
9. Conclusiones	84
10. Recomendaciones	87
Referencias Bibliográficas	90

### Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Dimensiones y significado de las puntuaciones altas y bajas del SF-36	45
Tabla 2. Operacionalización de las variables	49
Tabla 3. Estadísticos de fiabilidad Dimensiones SF-36	56
Tabla 4. Años del paciente (agrupado)	58
Tabla 5. Sexo del paciente	59
Tabla 6. Grado de escolaridad alcanzado	59
Tabla 7. Estrato socioeconómico	60
Tabla 8. Con quien vive y recibe apoyo	60
Tabla 9. Estado civil	61
Tabla 10. Tiempo de espera	61
Tabla 11. Tiempo de trasplante	62
Tabla 12. Otros Diagnosticos	63
Tabla 13. Estadísticos Descriptivos de las Dimensiones SF-36	64
Tabla 14. Estadísticos Descriptivos Componentes SF-36	65
Tabla 15. Asociación Variable: Edad del paciente agrupada con los componentes CSF-CSM	65
Tabla 16. Asociación Variables: Sexo del paciente con los componentes CSF – CSM	67
Tabla 17. Asociación Variables: Con quien vive y recibe apoyo con los componentes CSF-CSM	67



Tabla 19. Asociación Variables: Tiempo de espera con los componentes CSF-CSM	69
Tabla 20. Asociación Variables: Tiempo de trasplante con los componentes CSF-CSM	70
Tabla 21. Asociación Variables: Otros diagnosticos con los componentes CSF-CSM	71
Tabla 22. Asociación Variables: Años del paciente (agrupado) *Otros diagnosticos	72
Tabla 23. Asociación Variables: Tiempo de trasplante *Otros diagnosticos	73
Tabla 24. Transición del estado de salud: Salud comparada a la de hace un año	74

### **Lista de Anexos**

	<b>Pág.</b>
Anexo 1. Acta de Aprobación Comité de Bioética e Investigación	99
Anexo 2. Declaración de Consentimiento Informado	101
Anexo 3. Cuestionario	102

## **Resumen**

*Introducción:* La calidad de vida relacionada con la salud es una construcción multidimensional que permite valorar las distintas variables o dimensiones que pueden afectar la salud, teniendo en cuenta la consideración de cada individuo.

*Objetivo:* Describir la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes que han sido sometidos a trasplante renal en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el periodo de febrero de 2007 a mayo de 2014 residentes en el municipio de Neiva.

*Materiales y métodos:* Este es un estudio descriptivo de enfoque cuantitativo no experimental y de tipo trasversal, constituida por un total de 61 personas participantes que cumplieron con los criterios de investigación, empleando como instrumento el Cuestionario de Salud SF-36 y realizando análisis estadístico de los datos por medio del software de análisis cuantitativo SPSS VS20.

*Resultados:* La población más representativa se encuentre en el rango de los 46 a 54 años (34,4%), constituida en un 62,3% por población masculina, en cuanto al análisis descriptivo de las dimensiones comprendidas dentro del Cuestionario SF-36 se obtuvieron puntuaciones que oscilaron entre 72,13 y 83,03 que reflejan en si una buena calidad de vida, adicionalmente el análisis estadístico de fiabilidad del Alfa de Cronbach, nos ha permitido identificar en forma consistente la confiabilidad del instrumento SF-36 y de sus dimensiones.

*Conclusiones:* La investigación realizada evidencio que los pacientes que padecieron insuficiencia renal crónica, percibieron que su calidad de vida mejoró una vez les fue realizado el trasplante renal.

**Palabras Clave:** Calidad de vida, calidad de vida relacionada con la salud, trasplante renal, enfermedad renal crónica, SF-36, psicología.

## **Abstract**

**Introduction:** Quality of life related to health is a multidimensional construct that allows us to assess the different variables or dimensions that can affect health, taking into account the consideration of each individual.

**Objective:** To describe the quality of life related to the health of patients who have undergone kidney transplant at the University Hospital Hernando Moncaleano Perdomo in the period February 2007 to May 2014 living in the city of Neiva.

**Materials and Methods:** This is a descriptive study of non-experimental quantitative approach and cross-type, consisting of a total of 61 participants who met research criteria, using as a tool the Health Questionnaire SF-36 and performing statistical analysis data through quantitative analysis software SPSS VS20.

**Results:** The most representative meeting population in the range of 46-54 years (34.4%) constituted 62.3% for male population, regarding the descriptive analysis of the dimensions included in the questionnaire SF-36 scores ranged between 72.13 and 83.03 reflecting on whether a good quality of life, further statistical analysis of Cronbach's alpha reliability has allowed us to identify consistently the reliability of the instrument SF-36 and obtained its dimensions.

**Conclusions:** The investigation showed that the patients suffering from chronic renal failure, perceived that their quality of life improved once they were performed renal transplantation.

**Key Words:** Quality of life, quality of life related to health, renal transplantation, chronic renal disease, SF -36, psychology.

## **Introducción**

La insuficiencia renal crónica es una patología que produce innumerables complicaciones y discapacidades a las personas que la padecen, por consiguiente entre las opciones de tratamiento además de la hemodiálisis y diálisis peritoneal, se encuentra el trasplante (Gudiño & Gutiérrez, 2010), tratamiento utilizado en aquellas enfermedades que anulan la función de un órgano o la reducen de tal manera que la insuficiencia resultante llega a ser incompatible con la vida mientras el resto del organismo mantiene su función (Defelitto, 2011), por lo cual el trasplante renal está indicado cuando los pacientes sufren insuficiencia renal crónica avanzada.

Es así que este tipo de intervención quirúrgica resulta tan beneficiosa como compleja en los pacientes, condicionando la calidad de vida de estos desde todas sus esferas; es decir los pacientes trasplantados renales acumulan tras el proceder quirúrgico, no sólo todas aquellas reacciones asociadas a un proceso dificultoso y tenso para la persona y su familia, sino todo el sufrimiento y la espera, unido a la esperanza y desesperanza del proceso desde la enfermedad hasta el tratamiento quirúrgico que llega a ser doloroso e invasivo (García, 2010) afectando la calidad de vida de los paciente.

Sin embargo si se habla de calidad de vida el concepto llega a ser muy amplio, abarcando variados contextos sobre las condiciones de vida de la población en general, basados en los criterios de la Organización Mundial de la Salud, por lo cual en este estudio se incluye el concepto de CVRS considerando el impacto de la enfermedad en la vida del paciente, a través de

la percepción que tienen de su estado de salud, funcionamiento físico, bienestar social y emocional (Andreu & Force 2004).

Por tanto el interés de esta investigación se centró en describir la CVRS que tienen las personas después de un trasplante renal mediante el uso del cuestionario SF 36 (una versión reducida del medical Outcome survey) destinado a valorar la calidad de vida de los pacientes trasplantados, en la E.S.E. Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo”, del municipio de Neiva. Teniendo en cuenta además que la adaptación a un trasplante de órgano dependerá de variables sociodemográficas como la edad, el sexo, el estrato socioeconómico y apoyo familiar o social percibido por lo cual el estudio reconoce la importancia de estas diferencias en los pacientes trasplantados.

## **1. Planteamiento del Problema**

El trasplante de órganos permite salvar muchas vidas y restaurar las funciones esenciales en aquellos casos donde no existe ninguna otra alternativa médica, lo que ha convertido este procedimiento en un componente constante de la atención del sistema de salud en muchos países.

Es así, que analizando la situación a nivel mundial de las personas que han sido trasplantadas, se encuentra que: Según los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España del año 2012, quien toma los datos de la publicación oficial de la Comisión de Trasplantes del Consejo de Europa, establece que el Registro Mundial de Trasplantes, que gestiona la ONT, cifra en más de 113.000 los trasplantes realizados en 2012, con un aumento de un 5,1%.

Por consiguiente España mantiene el liderazgo de donación de órganos, realizándose cerca del 4% de todos los trasplantes en el mundo y cerca del 17% de todas las donaciones de órganos registradas en la Unión Europea.

En América Latina Argentina encabeza el listado de donantes, mientras que Colombia, ocupa el tercer lugar según Informe del Ministerio de Salud de Colombia 2014, pero aún falta mucho para equilibrar las cifras con el listado de pacientes que permanecen a la espera de un donante, ya que según el Informe Anual Red de Donación y Trasplantes de Colombia 2014, este refiere que hoy, en Colombia, 2.179 personas esperan por un trasplante de órgano, de las cuales



1.991 son para trasplante de riñón reflejado en la Tabla No. 13. Número de receptores en lista de espera para trasplante de órganos a 31 diciembre, Colombia, 2013 – 2014. (p.25).

Así mismo, el Ministerio de Salud de Colombia reporta que el total de trasplantes realizados en el país durante el año 2014, fue de 1046 procedimientos, lo que refleja un aumento del 9% en el número de trasplantes realizados en el país durante el año 2014, en relación con los procedimientos realizados en el 2013.

En Colombia la Red de Donación y Trasplantes de órganos y tejidos es el conjunto de entidades relacionadas con los procesos de donación y trasplante en el país, la cual está coordinada y supervisada por el Instituto Nacional de Salud, la cual a su vez está direccionada por una coordinación nacional a cargo de la citada institución y seis coordinaciones regionales en la que el Huila junto con el departamento del Tolima, Caquetá y Putumayo conforman la regional número seis, creada el primero de junio de 2009 a través de la Resolución 1843 de 2009.

Por otra parte, actualmente el Huila es uno de los departamentos con mayor número de donantes y trasplantes en Colombia, según la Página Oficial de la Gobernación de Huila en su artículo del 2015, El Huila Primero en Donación y Trasplante de Órganos superando a muchas regiones del país, según informe del Instituto Nacional de Salud y la coordinación de la Red de Donación y trasplantes.

Así mismo, según los datos suministrados por la Unidad de Trasplante Renal del Hospital Hernando Moncaleano de Neiva *“Indicadores De Resultados Mínimos Seleccionados Para*

*Seguimiento De Pacientes Mayores De 18 Años Con Trasplante Renal Como Modalidad De Terapia De Reemplazo II trimestre de 2014 Resolución 1043 de 2006*” se han trasplantado desde el 27 febrero de 2007 al 31 de mayo de 2014 un total de 206 pacientes, 3 de los cuales han sido retrasplantados, con un total de 209 injertos Renales implantados.

Por consiguiente según los datos expuestos se puede evidenciar que este es un procedimiento habitual en el país y el departamento, a pesar de ser el trasplante de órganos un tratamiento médico complejo, lo que convierte sin duda al trasplante de órganos en una alternativa terapéutica importante, especialmente en aquellos casos en donde una enfermedad ha afectado gravemente el funcionamiento de un órgano vital, (Pérez, Martin y Galán, 2005).

Es así que considerando lo que esto implica, se recomienda el trasplante de riñón cuando un paciente padece una enfermedad renal de carácter terminal, lo cual quiere decir que se encuentra en la última etapa de la enfermedad renal crónica, sin embargo una vez realizado el procedimiento, este conlleva un cambio determinante en la vida de los pacientes que han sido trasplantados.

Como afirman Gullledge, Buszta y Montague, el post-trasplante es una fase de conflictos ambivalentes que oscilan entre el miedo y la esperanza, la dependencia y la independencia (Pérez, Martin y Galán, 2005) y la presencia de estas alteraciones psicológicas, en el proceso del trasplante, como mencionan Franke, Reimer, Philipp, & Heemann pueden influir en la percepción que el paciente pueda llegar a tener sobre la calidad de vida que posee. (Canché, Reza y Rodríguez, 2011).

Es así que durante todo el proceso que conlleva el trasplante se pueden producir importantes alteraciones de tipo emocional en las personas que viven esta experiencia.

Sin embargo se debe tener en cuenta otros factores determinantes , ya que a pesar de que el trasplante puede traer consigo unas mejoras en la salud, esto no quiere decir que indudablemente sea una mejora en la calidad de vida, esto porque hay una subjetivación del concepto, y por otro lado el paciente debe seguir con ciertos lineamientos en el tratamiento, ya que es una enfermedad crónica, por lo que debe tomar medicamentos vitales los cuales pueden ocasionar efectos colaterales, igualmente debe seguir en control e incluso puede estar expuesto a rechazos agudos o crónicos del injerto lo cual requiere de mucha atención tanto medica como apoyo psicosocial (García, 2010).

Ahora bien, muchos de los elementos de afectación varían después del trasplante, ya que muchos pacientes reportan una mejoría, en los meses posteriores a la intervención, no así al inicio del mismo. Pero este proceso implica también algunos aspectos a los cuales deben adaptarse estos pacientes como la periódica revisión médica y el tratamiento con inmunosupresores de por vida que ya se había mencionado, cuyos efectos secundarios son: hipertensión, hiperlipidemia, diabetes mellitus, osteoporosis o retraso del crecimiento (en niños), alteraciones metabólicas, procesos infecciosos y cambios en la apariencia física (acné, aumento de peso corporal, entre otras), influyendo sin lugar a duda en la calidad de vida del paciente, (Valdés & Ortega, 2006) así como el cuidado en el cumplimiento de algunas limitaciones (modificación de la dieta, la cantidad de actividad física, el consumo de bebidas alcohólicas, el cambio de los estilos de vida anteriores, entre otros) y la innegable obligación de una estricta adherencia terapéutica, continuando a expensas de la posibilidad continua de un rechazo del injerto.

Por lo tanto los pacientes trasplantados renales acumulan tras el proceder quirúrgico, no sólo aquellas reacciones asociadas a un proceso dificultoso y tenso para la persona y su familia, sino todo el sufrimiento y la espera, unido a la esperanza y desesperanza del proceso de una enfermedad y tratamientos muy dolorosos e invasivos, además de la adaptación al mismo proceso. (Garcia, 2010)

Ya que el paciente se encuentra sujeto a una adaptación que conlleva a alteraciones emocionales como ansiedad, ira, miedo entre otros, ocasionando problemas en las relaciones familiares y sociales en algunos casos, incluso la adaptación misma al personal de salud como médicos, enfermeras y otros miembros del equipo hospitalario puede ser compleja para el paciente. Por lo cual si estos cambio no se enfrentan de una manera adaptativa pueden presentar dificultades en el funcionamiento psicosocial, por lo tanto se verá afectada la calidad de vida de manera positiva o negativa por las características psicosociales del mismo paciente (Alarcón, 2004)

Es así que la adaptación del paciente tras el trasplante debe tener como meta favorecer un nivel de adaptación que permita llevar una vida tan parecida como sea posible a aquella que tenía antes de la enfermedad y que tras el procedimiento tenga la oportunidad de tener una salud renovada y de prolongar la supervivencia cuando este trasplante sea exitoso. (Alarcón, 2004)

Es así que basando el estudio en estos planteamientos, y en que no sólo es importante tener en cuenta la cantidad de vida ganada gracias a un tratamiento o trasplante (Valdés & Ortega, 2006), sino también la calidad de vida afectada positiva o negativamente tras un

trasplante, surge el interrogante: **¿Cuál es la calidad de vida relacionada con la salud que poseen los pacientes trasplantados renales de la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva?**

## **2. Justificación**

Como se ha mencionado, la calidad de vida puede tener relación no solo con la condición o estado de salud general de una persona, sino también con la situación emocional que se genera tras haber recibido un tratamiento como el trasplante renal, un procedimiento bastante complejo.

Sin embargo existe un vacío teórico que se ha determinado para esta clase de situación o temática en nuestra región, específicamente el departamento del Huila, por lo cual se considera que los resultados de este estudio contarán con una trascendencia o relevancia para la sociedad, porque con ellos se estarán beneficiando distintas clases de comunidades afectadas por esta problemática, al describir las distintas variables psicosociales que afectan a los pacientes y por tanto favorecer la atención brindada a esta población.

Por lo que el presente estudio permitirá conocer más a fondo las repercusiones que conlleva este proceso, logrando así tener más información que permita intervenir en las variables que los afecta, cuyo uso en la práctica contribuiría a la toma de decisiones y a la aplicación clínica, lo que se verá reflejada en la calidad de vida relacionada con la salud de esta población, siendo un ítem importante que favorece a la E.S.E. Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo”, a la psicología y las demás disciplinas implicadas en los diferentes procesos de atención del paciente de trasplante renal.

Es así que desde el área de la salud, particularmente desde la psicología se puede favorecer la calidad de vida de los pacientes que han sido sometidos a trasplante a través de atención y apoyo psicoterapéutico a esta población, ya que este apoyo ayudaría a disminuir el sufrimiento emocional de los pacientes y prevenir la aparición de trastornos emocionales.

Por lo cual a través de la intervención psicosocial que se llegue a brindar, permitir no solo la expresión de sentimientos, emociones y miedos sino también mantener una comunicación continua en la cual obtener información, resolver dudas e inquietudes que favorezcan la reducción de los niveles de ansiedad, facilitando el proceso de adaptación, para que el paciente pueda rehacer sus lazos familiares y así reconstruir su proyecto de vida reforzando en las dimensiones en las que tengan más dificultades, teniendo en cuenta variables asociadas como la edad, el sexo, el estrato socioeconómico y apoyo familiar o social percibido que se tienen en cuenta en esta investigación.

Por lo tanto frente a este tema resulta importante que el psicólogo empiece a hacer más presencia en los diferentes procesos de la salud. Por lo cual este trabajo no solo brinda la oportunidad de mostrar que la psicología es útil sino que también evidenciaría la necesidad de que el psicólogo haga presencia en las diferentes instancias que componen la E.S.E. Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo”.

Así mismo, esta investigación aportará a la consolidación de la psicología en el área de la salud, la cual hace un importante aporte en mejorar y aumentar la formación profesional, dar claridad al rol del psicólogo y avanzar en la construcción de una mirada biopsicosocioambiental,

que justifique su presencia y fomente la oferta y la demanda en el ámbito de la salud en la ciudad de Neiva.

A través de lo anterior la presente investigación justifica la necesidad de incentivar el interés de la E.S.E. Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo”, y los distintos profesionales vinculados al tema del trasplante, no solo renal sino en todas sus aplicaciones, donde no solo se puede desarrollar las habilidades en investigación, sino también en mejorar la calidad de vida y atención de las comunidades que solicitan el apoyo y cuidado en situaciones de tan alto grado de complejidad.



### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo General**

- Describir la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes que han sido sometidos a trasplante renal en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el periodo de febrero de 2007 a mayo de 2014 residentes en el municipio de Neiva.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar la población sometida a trasplante renal según las variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, estrato socioeconómico, con quien vive, estado civil, tiempo de espera, tiempo de trasplante, otros diagnósticos y presencia de otras enfermedades) y las variables de Calidad de vida relacionada con la salud.

- Asociar las variables sociodemográficas con las variables de Calidad de vida relacionada con la salud (función física, aspecto físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, aspecto social, aspecto emocional y salud psicológica) en pacientes que han sido sometidos a trasplante renal.

#### **4. Antecedentes**

Se presentan un grupo de antecedentes en el contexto de la relación calidad de vida – trasplante renal; donde se expone un conjunto de investigaciones en diversos contextos poblacionales tanto a nivel nacional, latinoamericano y global.

A nivel internacional se publicó el artículo “Calidad de vida y trasplante renal en mayores de 65 años” de la Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, investigación realizada por Rodríguez, Conejos, Fuenmayor, Mirada, Sanz, Torruella y Vela (2009). El objetivo planteado por esta investigación fue el de conocer la calidad de vida de los pacientes trasplantados renales mayores de 65 años. Este fue un estudio cualitativo, descriptivo y retrospectivo. La muestra tomo un total de 31 pacientes trasplantados en el periodo comprendido desde julio de 2003 hasta julio de 2006 y la información se recolecto a través de dos instrumentos; una encuesta de 11 ítems y el cuestionario SF-36.

De los 31 pacientes estudiados 14 fueron hombres y 17 mujeres, con una edad media de 71,8 años. El aspecto peor valorado por los encuestados (51,6 puntos) se refería a la capacidad de realizar un esfuerzo físico intenso. Sin embargo, actividades de menor intensidad recibieron una puntuación más elevada (88,7 puntos).

Lo que llevó a concluir que los pacientes mayores de 65 años que han recibido un trasplante renal, perciben una mejoría importante en su calidad de vida, situación que se vio

reflejada en una ampliación de las actividades que pueden ahora realizar dichos pacientes. Por otro lado la dificultad para llevar a cabo un esfuerzo físico intenso se consideró que estaba relacionado con la edad avanzada de esta población, y que por lo tanto posiblemente no esté vinculado al trasplante en sí mismo.

Otro estudio importante fue encontrado en la Revista Mexicana de Trasplantes mediante el artículo “Evaluación de la calidad de vida en pacientes con trasplante hepático” publicación realizada por Mendoza, Ramírez, Reyes, González, Chávez, Macías, Hernández, Cervantes, García y Fuentes (2014). Con este estudio se evaluó la calidad de vida en trasplante hepático de donante fallecido. Mediante estudio de series de casos durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2012, donde se evaluaron las variables: edad, sexo, tiempo de trasplante, motivo de trasplante, tipo de inmunosupresión y el formato corto SF-36 versión 1.1 validada para población mexicana, como instrumento de evaluación.

La muestra incluyó un total de 37 pacientes, 25 (67.6%) femeninos y 12 (32.4%) masculinos, con una edad promedio de 48.7 años. La puntuación más alta se observó en salud mental (56.7%), función social (54%) y rol emocional (54%).

Por lo que se concluye a través de este estudio que el trasplante hepático logra incrementar la expectativa de vida y mejorar la calidad de vida. Por lo tanto los resultados del formato corto SF-36 fueron similares a otros estudios. Sin embargo se encontró mejor calidad de vida en pacientes con trasplante hepático al incorporarse a su vida social y laboral.

Así mismo, en México mediante la publicación realizada en Medicina Interna México, se realizó el estudio “Calidad de vida en pacientes con trasplante renal del Hospital Ángeles del Pedregal” publicado por Canché, Reza y Rodríguez (2011).

Este estudio pretendió evaluar la calidad de vida de los pacientes con trasplante renal. Este fue un estudio descriptivo y retrospectivo en el cual se reunieron 30 pacientes a quienes se les aplicó el cuestionario de Fernández y la evaluación de escala de Karnofsky antes y después del trasplante mediante encuesta telefónica a pacientes o familiares.

Es así que de acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación aplicada de la escala Karnofsky los 30 pacientes tenían una calidad de vida menor al 60% antes del trasplante es decir requerían atención ocasional, pero podían cuidarse de la mayoría de sus necesidades y posterior al trasplante todos fueron capaces de cuidarse, igualmente llama la atención que en todos los casos el valor del Karnofsky se incrementó 20 puntos como mínimo y 60 puntos como máximo.

Por lo tanto de acuerdo con los resultados de la investigación no existe ningún caso en donde las condiciones en relación con la calidad de vida se hayan deteriorado, pues se observó mejoría en los pacientes una vez realizado el trasplante.

Es importante así mismo, hacer referencia de un artículo a nivel nacional de la Revista de Urología Colombiana, mediante la publicación titulada “Evaluación de la calidad de vida en los pacientes con trasplante renal en la Fundación Clínica Shaio - Bogotá D.C.”, de los investigadores Fajardo, Guerrero, Luna y Luna (2011).

A través de esta investigación se intentó conocer la calidad de vida actual de los pacientes que han sido llevados a trasplante renal en la Fundación Clínica Shaio, utilizando el instrumento ya validado Índice de Karnofsky, y preguntas adicionales, las cuales se efectuaban en la consulta de control mensual de los pacientes; se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, se tomaron 122 pacientes con edades comprendidas entre los 18 y 66 años.

Mediante los resultados arrojados en la investigación se encontró que la mayoría de pacientes son del sexo masculino en edades productivas y que la mayoría tuvo respuestas positivas a la evolución de su trasplante, superando las expectativas ante el procedimiento y refiriendo mejora en la calidad de vida de estos pacientes luego de la cirugía.

Al final del estudio se sugiere realizar estudios con bases epidemiológicas que soporten el trasplante renal como el método ideal y con mayor impacto sobre la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal terminal.

Para finalizar es significativo mencionar un artículo de la Universidad Nacional de Colombia titulado “Soporte social percibido y calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal.” De las investigadoras Medellín y Carrillo (2014), el cual tuvo por objetivo establecer la relación del soporte social y la calidad de vida percibida por personas con enfermedad renal crónica sometidas a un trasplante.

El estudio desarrollado fue de tipo correlacional y de corte transversal de un enfoque cuantitativo en el cual participo 210 personas con trasplante renal que asistieron a su control mensual en una institución privada, a los cuales se les aplicaron los instrumentos Calidad de vida

versión paciente de Btty Ferrell, Soporte social percibido de Hilbert y el formato de caracterización sociodemográfica para persona con enfermedad crónica del Grupo de Cuidado al Paciente Crónico de la Universidad Nacional de Colombia. El análisis de asociación se realizó mediante la determinación de los coeficientes de correlación de Pearson u Spearman, utilizando el programa SPSS Versión 17.0.

En esta investigación se encontró que las características sociodemograficas en estas personas con este tipo de enfermedad la mayoría son hombres, con edades entre 18 y 60 años estado civil casados, estrato socioeconómico 2, nivel educativo bachillerato, ocupación trabajadores independientes, así mismo que la percepción de calidad ve vida en general fue alta, especialmente en la dimensión física y que igualmente el soporte social percibido en la mayoría de los casos fue alto, finalmente no se identificó correlación estadísticamente significativa entre calidad de vida y soporte social percibido en personas con enfermedad renal crónica sometidas a un trasplante renal.

Es así que se cuenta con los descritos antecedentes que aportan información relevante a la investigación que se plantea, donde cada uno de ellos se diferencia en los instrumentos de recolección y evaluación de la información, así como las poblaciones culturales estudiadas donde sin embargo coinciden en concluir que la experiencia del trasplante renal, ha sido una efectiva y prospera alternativa de recuperación.

Puesto que los resultados de las investigaciones cuantitativas relacionadas, evidencian que después del trasplante se presenta una mejoría en la calidad de vida de estos pacientes, ya que se

reintegran a sus actividades diarias bajo controles médicos periódicos sin que esto interfiera en gran medida en su cotidianidad.

De igual forma cabe aclarar que la presente investigación pretende contribuir a enriquecer el ejercicio de la investigación, haciendo uso de estas experiencias en un contexto en el que no se ha realizado ningún tipo de aproximación investigativa en la región que relacione la CVRS con el trasplante renal, donde sin embargo se han realizado algunos estudios con relación al trasplante de órganos en la ciudad de Neiva como; “Trasplantes de órganos: perspectiva histórica y alternativas futuras”, publicado por la Revista Facultad de Salud Universidad Surcolombiana, de los investigadores Bermeo, Ostos y Cubillos (2009) y “Causas que contribuyen a la pérdida del trasplante renal de donante cadavérico en la Fundación Surcolombiana de Trasplantes en el periodo de Febrero de 2007 a noviembre de 2012”, publicado por la Revista Colombiana de Anestesiología, de los investigadores Cubillos, Sandoval, Andrade y Hermida.

## **5. Marco Teorico**

A continuación se plantean los siguientes conceptos fundamentales que aportan una visión global sobre el objeto de estudio del problema de investigación planteado:

### **5.1 Enfermedad Renal Crónica**

Antes de profundizar en el tema de trasplante renal, se deberá definir que es la enfermedad renal crónica, “la ERC se define como una disminución de la función renal, expresada por un filtrado glomerular (FG) o por un aclaramiento de creatinina estimados  $< 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, o como la presencia de daño renal de forma persistente durante al menos 3 meses” (Soriano, p. 27).

La enfermedad renal es derivada de otro tipo de enfermedades como lo es la Hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus, glomerulonefritis, nefropatía y poliquistosis, (González y García, 2000) y es en estas donde se debe hacer énfasis para un buen tratamiento y seguimiento por parte de los profesionales de la salud para no dejar que se desencadenen más complicaciones hasta llegar a afectar de gran manera los riñones, en el momento en que esto sucede existen varios tratamientos para ayudar a mejorar la salud del paciente los cuales son:

La diálisis, que a su vez hay de dos tipos, hemodiálisis que utiliza un dializador para filtrar la sangre y un cilindro conectado a la máquina de hemodiálisis. En el proceso la sangre



llega a través de unos tubos hasta el dializador, el cual filtra los desechos y elimina el exceso de sal y agua. Luego, la sangre limpia fluye a través de otro conjunto de tubos y vuelve a entrar en su cuerpo. La otra es la diálisis peritoneal que tiene el mismo objetivo donde un líquido limpiador, conocido como solución para diálisis, se drena desde una bolsa hacia el abdomen. Los líquidos y desechos fluyen a través del revestimiento de la cavidad y quedan "atrapados" en la solución para diálisis. La solución entonces se drena del abdomen, retirando los líquidos en exceso y los desechos del cuerpo (Medellín & Carrillo, 2014).

## **5.2 Trasplante Renal (TR)**

Según Defelitto, (2011) “Se llama trasplante a las transferencias de órganos, tejidos o células vivas de un individuo a otro con el objetivo de mantener la integridad funcional del tejido trasplantado en el receptor. El trasplante se utiliza como tratamiento de aquellas enfermedades que anulan la función de un órgano o la reducen de tal manera que la insuficiencia resultante es incompatible con la vida mientras el resto del organismo mantiene su función” (p. 411).

Han sido muchos años de experimentos para poder llegar a los buenos resultados que hoy en día se tienen, desde el siglo XVIII y todo el XIX fue necesaria una previa experimentación animal. Quizás por ser el riñón un órgano doble fue que se trabajó mucho en este campo que abrió las puertas a otros trasplantes de órganos, sin embargo cabe resaltar que a pesar del éxito que se ha tenido sigue siendo escasa la donación de órganos, y que no se puede detener esto por los tapujos y polémicas que hayan, ya que ante todo, lo que la medicina busca es curar o, por lo menos prolongar la vida en las mejores condiciones al hombre enfermo. (Maganto, 2000)

Teniendo en cuenta lo anterior, el TR es denominado como el milagro del siglo XX, tras años de experimentos para lograr lo que hoy en día es una de las opciones más requeridas para dar solución a la insuficiencia renal crónica, aunque lo ideal de todo sería que se pudieran detectar a tiempo las causas que conllevan a la insuficiencia o mejor aún, prevenir que esta aparezca, pero como es tan difícil que esto suceda, lo que si sucede es que se alarga el tiempo en que aparecen los síntomas con tratamientos y controles médicos por lo que cada vez llegan pacientes de edad más avanzadas ya con otro tipo de complicaciones (Paulo,F., Alvarenga, E., y Azevedo, L. 2007)

Es así que el trasplante renal es hoy día una de las mejores opciones tanto para el paciente como para el sistema sanitario, ya que mientras a uno le mejora la calidad de vida al otro le genera más economía que la misma diálisis, por lo cual nos podemos dar cuenta cuan relevante es el donar órganos que pueden ayudar a otras personas a mejorar su calidad de vida.

### 5.3 Calidad de vida

Según la OMS, la **calidad de vida** es: *"la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno"*. (Schwartzmann, 2013)

El concepto de calidad de vida se basa en una sensación de bienestar que integra las percepciones subjetivas y personales del “sentirse bien”. El origen de este concepto surge desde

el año 1948 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como el completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad. Sin embargo, pacientes con las mismas condiciones en cuanto al diagnóstico y momento evolutivo, pueden tener percepciones distintas de su estado de salud. A raíz de esto, desde la década de 1980, se presenta la necesidad de definir y estudiar la CVRS (calidad de vida relacionada con la salud).

#### **5.4 Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)**

Según definición de Shumaker & Naughton en 1995, se conceptualizó la CVRS como: «...la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud actual, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permita realizar las actividades que le son importantes, y que afectan a su estado general de bienestar». (como se cito en Alpi & Quiceno, 2012)

Aunque sobre las dimensiones que componen la CVRS, no existe un acuerdo en la literatura existente, sí pareciera haber consenso en la inclusión de dominios específicos a cada enfermedad en el caso de las evaluaciones de determinadas patologías, dada las particularidades de cada una de ellas.

Es así que se entiende la calidad de vida como un concepto multidimensional que comprende un número de dominios, cada uno de diferente importancia según la consideración de cada persona.

Dado que las personas evalúan de manera diferente las circunstancias de su vida, dependiendo de sus expectativas, valores y experiencias previas, los estudios sobre calidad de vida reconocen la importancia de esas diferencias (Bramston, 2001).

### **5.5 Valoración Calidad de Vida Relacionada con la Salud**

La importancia de esta valoración permite destacar el estado funcional del paciente que refleje su salud física, mental y social. Por lo cual para la valoración de la calidad de vida en salud, se han diseñado diversos instrumentos y cuestionarios, genéricos y específicos para algunas patologías.

Un cuestionario validado y utilizado en el ámbito de la salud, es el SF-36 para medir el impacto de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en distintas poblaciones de pacientes. Este cuestionario consta de 36 ítems y se agrupa en dos áreas: el estado funcional y el bienestar emocional (Jarillo Ibañez, 2011).

Otros instrumentos como el *Quality of Life Index (QLI)*, fue diseñado para enfermos crónicos, consta de 5 ítems que investigan estado psicosocial referidos a: actividad, salud, soporte familiar, amistad, vida diaria, y actitud mental y el *Psicosocial Adjustment To Illness Scale (PAIS)* diseñado para enfermos, mediante el cual se investiga la adaptación de la enfermedad, agrupado en siete áreas: actitud ante la salud, ambiente laboral; ambiente doméstico, relaciones sexuales, relaciones familiares; ambiente social y distrés psicológico (Jacobson, De Groot, & Samsom, 1994), siendo estos algunos de los instrumentos desarrollados con el propósito de valorar la CVRS.

Aunque a pesar de contar con diversos cuestionarios e instrumentos utilizados en las investigaciones sobre la calidad de vida en salud, se considera que en la actualidad no existe un cuerpo consistente de información acerca de la calidad de vida en las personas con Diabetes, o de su tratamiento (Jacobson, De Groot, & Samsom, 1994).

## **5.6 Calidad de Vida y Psicología**

Desde la perspectiva de la psicología positiva en el caso de la calidad de vida en la actualidad el concepto implica la participación de las personas en la evaluación de lo que les afecta, desde la perspectiva del bienestar físico y psicológico, relacionando las necesidades materiales con las socio-afectivas y evaluando las propias experiencias de los sujetos (Casas, 1999).

De tal forma la psicología positiva se ha presentado con una mirada que permite conocer los aspectos psicológicos de las personas respecto a su calidad de vida, enfatizando en los atributos humanos positivos, recursos personales, afectivos y espirituales que contribuyen a la calidad de vida, en poblaciones que se encuentran atravesando etapas de cambio que puedan afectar sus recursos tales como situaciones de crisis y adversidad. Es así por ejemplo, que un paciente trasplantado con depresión tiene muchas posibilidades de rechazar un órgano. Por lo cual se puede evidenciar que los estados psicológicos influyen en la salud teniendo efectos positivos o negativos en el bienestar físico de los pacientes. (Tonon, 2009).

Por lo tanto, se podría afirmar que la atención hospitalaria debe centrarse en la calidad o valor del tiempo de vida y no sólo en la cantidad de vida que recibe el paciente tras el trasplante.

Es así que dentro de las variables psicosociales que influyen en las repercusiones psicológicas asociadas al trasplante de órganos se encuentran: el apoyo familiar, o los trastornos psicológicos en los familiares, el tiempo de hospitalización así como la cantidad de veces que requiera esta medida de acuerdo a su evolución, las expectativas pre-trasplante y post-trasplante, las estrategias de afrontamiento, la duración de la enfermedad, su edad de comienzo, entre otros, igualmente se encuentra como relevante la procedencia del órgano implantado, que ha sido estudiada sólo en los trasplantados renales, como donante vivo o donante cadáver, o en el tiempo de espera, mostrando mayor existencia de trastornos psicológicos, quizás debido a que estos pacientes han estado más tiempo en diálisis y, por lo tanto, están más deteriorados (Pérez, Martín, & A., 2005).

Así mismo la adaptación a un trasplante de órgano dependerá además de factores como la edad, el género, el modelo cultural y educativo, el apoyo social, las creencias relacionadas con la enfermedad, los auto-esquemas, el locus de control externo e interno hacia la salud, los rasgos de personalidad, las habilidades sociales, los estilos de afrontamiento, las emociones negativas, las enfermedades crónicas asociadas y los efectos secundarios de los tratamientos médicos y farmacológicos utilizados, entre otros. (Ocampo L. , 2007).

## **6. Metodología**

### **6.1 Enfoque y Tipo de Diseño de la Investigación**

Según Hernández, Fernández y Baptista (2006), este es un estudio descriptivo de enfoque cuantitativo no experimental ya que la investigación que aquí se presenta usa la recolección de datos y el análisis estadístico, para describir la calidad de vida en los pacientes que han sido trasplantados.

Según Hernández, Fernández y Baptista, (2006) “La investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice” (p. 82).

Así mismo su diseño es de tipo transversal, ya que se recolectan los datos en un solo momento de tiempo, con el propósito de referir variables, dimensiones e indicadores, analizando los datos obtenidos.

### **6.2 Etapas del Diseño de la Investigación**

**6.2.1 Fase de Planeación y desarrollo.** Se realizó la revisión bibliográfica de antecedentes para recolectar información de interés para la investigación.

Se realizó contacto con la Fundación Surcolombiana de Trasplantes y la Unidad de Trasplante Renal de la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo para

obtener el aval para el desarrollo de la investigación y su colaboración en cuanto al suministro de la base de datos de los pacientes que han sido sometidos a trasplante renal en la E.S.E. Hospital Universitario de Neiva.

Así mismo se presentó el proyecto ante el Comité Ético de Investigaciones de la E.S.E. Hospital Universitario de Neiva contando con su aprobación para acceder al desarrollo de la investigación.

Por otro lado los pacientes autorizaron la recolección de la información pertinente para la investigación mediante firma del consentimiento informado previa autorización del Comité Ético de Investigaciones.

**6.2.2 Fase de recolección de la información.** Se realizó la aplicación del Cuestionario SF-36 bajo las condiciones éticas requeridas y se ejecutó la recolección de información durante el segundo semestre del 2014.

El instrumento fue aplicado a personas voluntarias que asistieron a la Unidad Renal de la E.S.E Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo” para sus controles o mediante visita domiciliaria realizando un previo acuerdo telefónico de visita en el lugar donde reside o laboraba el paciente.

Cuando el paciente no fue hallado o no acepta participar del estudio, se omitió cualquier recolección de datos.



Esta aplicación fue realizada de manera individual y las respuestas fueron personales.

**6.2.3 Fase de Procesamiento de datos y análisis de la información.** El análisis estadístico y psicométrico de este estudio, se realizó usando solamente aquellas encuestas que contenían el 100% de respuestas contestadas de la versión estándar de la encuesta SF –36.

Los datos obtenidos en el cuestionario SF-36 fueron analizados descriptivamente mediante la sistematización en el software de análisis cuantitativo SPSS VS20.

La distribución de las respuestas de cada pregunta fue evaluada visualmente mediante tablas que contienen los datos descriptivos encontrados. Así como el análisis de las respuestas de cada pregunta fueron calculadas, mediante la media y la varianza de los resultados de las escalas.

Se aplicaron estadísticos asociativos para hallar posibles relaciones entre las variables de la calidad de vida relacionadas con la salud y las sociodemográficas.

**6.2.4 Fase Presentación de resultados.** Se presentaron los resultados obtenidos, así como las conclusiones y recomendaciones encontradas al Comité de Investigación de la Universidad.

Como producto final se realizará un artículo producto de la investigación, solicitado por la Fundación Surcolombiana de Trasplantes bajo la asesoría de su Coordinador el Dr. Jorge Cubillos quien dará su aval para presentarlo en la Revista Colombiana de Urología.

### **6.3 Población**

La población objeto de estudio fueron los pacientes sometidos a trasplante renal en la E.S.E. Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo” con sede en el municipio de Neiva.

Según los datos suministrados por la Unidad de Trasplante Renal “*Indicadores De Resultados Mínimos Seleccionados Para Seguimiento De Pacientes Mayores De 18 Años Con Trasplante Renal Como Modalidad De Terapia De Reemplazo II trimestre de 2014 Resolución 1043 de 2006*” se han trasplantado desde el 27 febrero de 2007 al 31 de mayo de 2014 un total de 206 pacientes, 3 de los cuales han sido retrasplantados con un total de 209 injertos renales implantados, del total, 49 pacientes presentaron rechazo del órgano trasplantado, 35 pacientes perdida del injerto (infecciones) y 24 fallecimientos por complicaciones (cardiovasculares, cáncer, infecciones y otras).

### **6.4 Muestra**

Es una población cuantificable o delimitada de la cual se tomó una muestra según los criterios establecidos, lo que se conoce como muestra no probabilística por conveniencia, siendo la población muestral objeto de estudio 77 pacientes sometidos a trasplante renal en la E.S.E. Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo” con sede en el municipio de Neiva, realizando la aplicación a un total de 61 personas que cumplieron con los criterios de la investigación.

## 6.5 Criterios de Inclusión y Exclusión

### 6.5.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes receptores de trasplante renal de la E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.

- Pacientes con edades igual o mayor a 18 años.
- Residentes en el municipio de Neiva
- Que asistan regularmente a los controles médicos del Hospital

### 6.5.2 Criterios de Exclusión:

- Pacientes con presencia de déficits cognitivos que le impidan hablar, leer o comprender.

- Pacientes con problemas de salud.
- Negativa a participar o a firmar el consentimiento informado.

## 6.6 Técnicas e Instrumentos

Para la realización de esta investigación se empleó como técnica la encuesta, empleando como instrumento el Cuestionario de Salud SF-36, complementado con unas preguntas de carácter sociodemográfico que encabezan el cuestionario, el cual plantea idénticas preguntas y en el mismo orden a cada uno de los participantes.

El SF-36 ha sido utilizado en la determinación de la calidad de vida de pacientes de países como Argentina, Colombia, España, Honduras, Chile y México, donde se comprobó su confiabilidad y valides. Por ello no se consideró realizar la prueba piloto del instrumento.

Es así que un aporte importante lo hace el estudio “*Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud sf-36 en Medellín, Colombia*”. Donde se concluyó que los resultados obtenidos muestran que la versión colombiana en español del cuestionario sf-36 es un instrumento adaptado y confiable que puede utilizarse en el país. (Lugo, García y Gómez, 2006).

Así mismo este es un instrumento que ha sido adaptado para suplir la falta de un instrumento genérico de evaluación de la Calidad de Vida en Salud, disponible para los trabajadores de salud en Colombia.

**6.6.1 Ficha Técnica Cuestionario de Salud SF-36.** El instrumento empleado es el Cuestionario de Salud SF-36 que se describe a través de la siguiente ficha técnica según su autor Ware y Sherbourne y quienes la adaptaron al español Alonso, Prieto y Anto como se citó en *Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica* de la Universidad Complutense de Madrid.

El SF – 36 fue creado en 1992 en E.E.U.U. y la correspondiente adaptación española se desarrolló en 1995 con el objetivo de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), comparar la carga de distintas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por distintos tratamientos médicos y valorar el estado de salud de pacientes individuales.

Este instrumento es un cuestionario que consta de 36 ítems que conforman 8 dimensiones: Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental, las cuales se califica de 0 a 100 como muestra la Tabla 1.

**Tabla 1. Dimensiones y Significado de las Puntuaciones altas y bajas del SF-36**

<b>DIMENSION</b>	<b>NO. ITEMS</b>	<b>PEOR PUNTUACION (0)</b>	<b>MEJOR PUNTUACION (100)</b>
Función Física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud.	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debida a la salud.
Rol Físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.
Dolor Corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él.
Salud General	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que Empeore.	Evalúa la propia salud como Excelente.
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo.	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo.

Función Social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o Emocionales.	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales.
Rol Emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas Emocionales.	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas Emocionales.
Salud Mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el Tiempo.	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo.
Transición de la Salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año.	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace un año.

Fuente: Traducido de Ware JE, Kosinski, Keller SD. 1994

El SF-36 se puede aplicar a la población en general a partir de los 14 años.

Las opciones de respuesta se presentan en escala Likert, que evalúa intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta varía entre dos, tres, y seis según el ítem.

En cuanto a la Fiabilidad del instrumento este tiene una alta consistencia interna (0.8 para todas las escalas, excepto para la “Función Social” que es de 0.76). El coeficiente de correlación intraclase es de 0,85. La validez test-retest con dos semanas de diferencia es de 0.8 para la función física, vitalidad y percepción general de la salud y de 0.6, para función social. Si la comparación se hace con seis meses de diferencia, los valores oscilan entre 0.6 y 0.9, excepto para el dolor, que baja hasta 0.43 y la validez ha mostrado ser sensible al cambio en varios estudios.

Los valores psicométricos se la adaptación española, son parecidos a los originales, excepto la fiabilidad de la dimensión “Función social”, que es menor.

Al ser aplicado el tiempo de administración es de un promedio de 5 a 10 minutos.

## **6.7 Validez y Confiabilidad**

Se pueden aportar tres tipos principales de evidencia para la validez cuantitativa: evidencia relacionada con el contenido, evidencia relacionada con el criterio y evidencia relacionada con el constructo.

Para la validez de constructo se tuvo en cuenta el concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud y se determinó el uso del instrumentó (SF-36) ya que ha sido validado

en Colombia y en varios países como se mencionó anteriormente, convirtiéndolo en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS.

Por otra parte la validez de contenido hace referencia a la representatividad de los elementos de la prueba, es decir si los ítems son una muestra representativa respecto a las característica o variable objeto de medición, teniendo en cuenta esto el instrumento abarca las dimensiones de Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental, que evalúan lo físico y lo emocional, así como estados positivos y negativos de la salud, incluyendo unas preguntas complementarias de carácter sociodemográfico que le dan gran representatividad a las preguntas aplicadas en el cuestionario.

Respecto a la Validez de Criterio se reflejó como se desempeñó la escala en relación con otras variables seleccionadas como criterio significativo (variables de criterio). Las variables de criterio incluyeron características sociodemográficas.

Así mismo también: Se precisó que los sujetos a quienes fue destinada la prueba tuvieran el rasgo para ser evaluados con el cuestionario, se utilizó un instrumento validado para el contexto sociocultural Colombiano y existió total claridad en la aplicación de la prueba, así como empatía con los participantes.

En cuanto a la Confiabilidad de la investigación fue utilizado el Coeficiente Alpha de Cronbach, que de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2006), es un coeficiente que sirve para obtener la fiabilidad de una escala. Los valores de dicho coeficiente oscilan entre 0 y 1,



lo cual quiere decir que mientras este se acerque más a 1, la confiabilidad será más alta y viceversa acercándose a 0.

Por lo cual en la presente investigación se consideraron como aceptables coeficientes con valores iguales o superiores a 0,70, recomendada por Kaplan y Sacuzzo (como refiere Hogan, 2004) quienes señalan que es un rango suficientemente bueno para cualquier propósito de investigación.

## 6.8 Operacionalizacion de Variables

Mediante el siguiente cuadro se describen las variables **a evaluar, según** la encuesta aplicada.

<i>Tabla 2. Operacionalizacion de las variables</i>			
<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION</b>	<b>DIMENSION</b>	<b>DEFINICION*</b>
<b>Socio-demográfica</b>	Características sociales, estructurales y dinámicas de la población.	<b>Sexo</b>	Condición orgánica, masculina o femenina.
		<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona en años.
		<b>Escolaridad</b>	Grado de educativo más alto al cual ha llegado la persona de acuerdo con los niveles del sistema educativo formal: preescolar, básica en sus

	niveles de primaria, secundaria, media y superior.
<b>Estrato socioeconómico</b>	Nivel de clasificación de la población con características similares en cuanto a grado de riqueza y su nivel de vida determinado de manera directa mediante las condiciones físicas de las viviendas y su localización.
<b>Con quien vive</b>	Persona o números de personas con las cuales convive el sujeto sean familiares o amigos.
<b>Estado civil</b>	Situación de las personas determinadas por sus relaciones, con derechos y obligaciones civiles, en relación con su condición de soltero(a), casado(a), unión libre, separado(a) o viudo(a).
<b>Tiempo de espera</b>	Tiempo que transcurre desde el registro en la base de datos hasta que

			un paciente recibe el trasplante.
		<b>Tiempo de trasplante</b>	Lapso de tiempo que ha transcurrido desde el trasplante hasta el día de la aplicación del instrumento.
		<b>Otros dx.</b>	Presencia de otras enfermedades.
<b>Calidad de vida relacionada con la salud</b>	La evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud actual, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permita	<b>Función Física</b>	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.
		<b>Rol Físico</b>	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.

realizar las <b>Dolor</b>	Medida_ de la intensidad del dolor
actividades que <b>Corporal</b>	padecido y su efecto en el trabajo
le son	habitual y en las actividades del
importantes, y	hogar.
que afectan a su <b>Salud General</b>	Valoración personal del estado de
estado general	salud, que incluye la situación actual
de bienestar.	y las perspectivas futuras y la
	resistencia a enfermar.
<b>Vitalidad</b>	Sentimiento de energía y vitalidad,
	frente al de cansancio y desánimo.
<b>Función Social</b>	Grado en el que los problemas físicos
	o emocionales derivados de la falta de
	salud interfieren en la vida social
	habitual.
<b>Rol Emocional</b>	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.

<b>Salud Mental</b>	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.
---------------------	---

**Fuente:** Adaptado de Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (DRAE). (2014). 23ª ed. The SF-36 health survey: Development and use in mental health research and the IQOLA Project. International Journal of Mental Health de Ware JE, Gandek B. de 1994 (como cito y adapto Freire de Oliveira, 2008)

## 6.9 Análisis Estadísticos

Para el procesamiento y análisis estadístico de los datos se utilizó el software de análisis cuantitativo SPSS VS20 y se analizaron las características descriptivas de las ocho dimensiones que componen el instrumento SF-36, para describir la Calidad de Vida relacionada con la salud y su relación con variables sociodemográficas, empleando para la valoración de las escalas los estadígrafos Media, Desviación Estándar, y Alpha de Cronbach, así como elementos gráficos que permitieron un análisis detallado de los resultados.

## 6.10 Consideraciones Éticas

Este estudio aborda la problemática respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participaron en él, con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación en salud, en particular la Resolución No. 008430 del Ministerio de Salud de 1993 y la Ley 1090 de 2006 de la República de Colombia.

### **6.10.1 Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia.**

**Clasificación Del Riesgo Según La Norma.** De acuerdo a lo mencionado en el Artículo 11 esta investigación se clasifica en la categoría Investigación sin riesgo.

Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Como es un estudio donde se aplicará un instrumento para la recolección de los datos (SF-36) se realizará un consentimiento informado el cual llevará la aprobación del Comité de ética.

**6.10.2 La Ley 1090 de 2006 de la República de Colombia, la cual reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.**

El profesional está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razones del ejercicio de su profesión haya recibido información. (Art. 23)

No practicar intervenciones sin consentimiento autorizado del usuario, o en casos de menores de edad o dependientes, del consentimiento del acudiente. (Ordinal i del artículo 36).

Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes. (Art. 50).

## 7. Resultados

A continuación se presentan los resultados de la aplicación del cuestionario SF-36 en 61 pacientes post-operatorios de trasplante renal atendidos en el hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en la Ciudad de Neiva. Los resultados dan cuenta del análisis respecto a la calidad de vida relacionada con la salud de las personas trasplantadas en la ciudad de Neiva teniendo en cuenta también algunas variables socio demográficas que se consideró pertinente tenerlas presentes en este estudio.

En este sentido se realiza el siguiente análisis:

- Índice de confiabilidad de las Dimensiones del SF-36
- Caracterización sociodemográfica de los individuos evaluados
- Descripción de las variables Calidad de vida relacionadas con la salud del instrumento sf-36
- Asociación de las variables sociodemográficas con los Componentes Salud Física (CSF) y Salud Mental (CSM) del SF-36
- Estado de transición de Salud

### 7.1 Índice de confiabilidad de las de las Dimensiones del SF- 36

<i>Tabla 3. Estadísticos de fiabilidad Dimensiones SF-36</i>	
Dimensiones	Alfa de Cronbach



Función Física	,89
Rol Físico	,94
Dolor Corporal	,89
Salud General	,82
Vitalidad	,85
Función Social	,70
Rol Emocional	,91
Salud Mental	.83

**Fuente. Elaboracion propia**

El coeficiente de consistencia interna de alfa de Cronbach superó el valor mínimo recomendado (alfa de Cronbach = 0,7) en todas las escalas, excepto en la Función social donde se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,70.

Las escalas Rol físico y Rol emocional obtuvieron los mejores resultados de fiabilidad superando el valor de 0,90.

Es así que el análisis estadístico de fiabilidad del Alfa de Cronbach, nos ha permitido identificar en forma consistente la confiabilidad del instrumento SF-36 y de sus dimensiones.

## 7.2 Caracterización sociodemográfica de los individuos evaluados

<i>Tabla 4. Años del paciente (agrupado)</i>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	19-27	5	8,2	8,2	8,2
	28 - 36	6	9,8	9,8	18,0
	37-45	11	18,0	18,0	36,1
	46-54	21	34,4	34,4	70,5
	55-63	11	18,0	18,0	88,5
	64-72	6	9,8	9,8	98,4
	MAYOR	1	1,6	1,6	100,0
	73				
	Total	61	100,0	100,0	
N	Válidos		61		
	Perdidos		0		
	Media		48,08		
	Mediana		49,00		
	Moda		52		
	Mínimo		19		
	Máximo		73		

Fuente. Elaboracion propia

La población (n=61) tenía una edad media de 48 años, con una mayor frecuencia en los 52 años, una máxima de 73 y una mínima de 19 años, siendo la población más representativa entre los 46 a 54 años con un porcentaje de 34,4%.

<i>Tabla 5. Sexo del paciente</i>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MASCULINO	38	62,3	62,3	62,3
	FEMENINO	23	37,7	37,7	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

Fuente. Elaboracion propia

El 62,3% de la población es del sexo masculino y 37,7% del sexo femenino.

<i>Tabla 6. Grado de escolaridad alcanzado</i>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	PRIMARIA	13	21,3	21,3	21,3
	SECUNDARIA	28	45,9	45,9	67,2
	TECNICO	3	4,9	4,9	72,1
	TECNOLOGO	3	4,9	4,9	77,0
	UNIVERSITARIO	10	16,4	16,4	93,4
	NINGUNO	4	6,6	6,6	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

Fuente. Elaboracion propia

El 45,9 % de los pacientes tiene un nivel de instrucción en escolaridad secundaria. Un 6,6 % no tienen ningún grado de escolaridad y un porcentaje de 16,4 % poseen estudios universitarios como se observa en la tabla.

**Tabla 7. Estrato socioeconómico**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	UNO	26	42,6	42,6	42,6
	DOS	27	44,3	44,3	86,9
	TRES	7	11,5	11,5	98,4
	CUATRO	1	1,6	1,6	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

Fuente. Elaboracion propia

Los paciente se encuentran representados mayoritariamente en los estratos dos (44,3%) y uno (42,6%) respectivamente, con un porcentaje mínimo en la población estrato cuatro (1,6%).

**Tabla 8. Con quien vive y recibe apoyo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SOLO	3	4,9	4,9	4,9
	FAMILIA	57	93,4	93,4	98,4
	AMIGO(A)	1	1,6	1,6	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

Fuente. Elaboracion propia

Es alto el porcentaje de pacientes que convive con alguien recibiendo algún tipo de apoyo ya sea de un familiar o un amigo con un 95%, mientras que el 4.9% de los pacientes viven solos.

<i>Tabla 9. Estado Civil</i>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SOLTERO(A)	11	18,0	18,0	18,0
	CASADO(A)	21	34,4	34,4	52,5
	UNION LIBRE	22	36,1	36,1	88,5
	SEPARADO (A)	6	9,8	9,8	98,4
	VIUDO(A)	1	1,6	1,6	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

Fuente. Elaboracion propia

Así mismo consistente con la variable anterior en la Tabla 8 se puede evidenciar que la mayoría de los pacientes conviven en unión libre (36,1%) o son casados (34,4%).

<i>Tabla 10. Tiempo de Espera</i>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DE 0 A 6 MESES	26	42,6	42,6	42,6
	DE 7 A 12 MESES	10	16,4	16,4	59,0
	DE 13 A 18 MESES	8	13,1	13,1	72,1
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje

			válido	acumulado
DE 25 A 30 MESES	2	3,3	3,3	82,0
DE 31 A 36 MESES	1	1,6	1,6	83,6
MAS DE 36 MESES	10	16,4	16,4	100,0
Total	61	100,0	100,0	

**Fuente. Elaboracion propia**

El tiempo más frecuente que transcurre desde el registro en la base de datos hasta que un paciente recibe el trasplante o tiempo de espera es de 0 a 6 meses siendo el 42,6% de la población trasplantada, seguida de 7 a 12 meses en un 16,4%, es decir que el 59% de la población es trasplantada antes de cumplir un año en lista de espera.

**Tabla 11. Tiempo de trasplante**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DE 0 A 12 MESES	9	14,8	14,8	14,8
	DE 13 A 24 MESES	9	14,8	14,8	29,5
	DE 25 A 36 MESES	2	3,3	3,3	32,8
	DE 37 A 48 MESES	8	13,1	13,1	45,9
	DE 49 A 60 MESES	6	9,8	9,8	55,7
	MAS DE 60 MESES	27	44,3	44,3	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

**Fuente. Elaboracion propia**

El tiempo de trasplante o lapso de tiempo que transcurrió desde el trasplante hasta el día de la aplicación del instrumento, más frecuente hallado en la población, fue de más de 60 meses (5 años) para el 44,3%, seguido por los pacientes que llevaban de 0 a 12 meses (1 año) y 13 a 24 meses (2 años), cada uno representada en un 14,8%.

**Tabla 12. Otros Diagnósticos**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NINGUNO	29	47,5	47,5	47,5
	HIPERTENSION	14	23,0	23,0	70,5
	DIABETES	5	8,2	8,2	78,7
	HIPERTENSION Y DIABETES	6	9,8	9,8	88,5
	OTRAS	7	11,5	11,5	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

**Fuente. Elaboracion propia**

Por otra parte un buen porcentaje (47,5%) de las personas de este estudio no tenían ningún otro diagnóstico, prevaleciendo la hipertensión como el diagnostico de mayor frecuencia (23%) y el **9,8% presentó un doble diagnostico de hipertensión y diabetes.**

### 7.3 Descripción de las variables CVRS del SF- 36

<i>Tabla 13. Estadísticos Descriptivos de las Dimensiones SF – 36</i>						
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.	Varianza
<b>CSF</b>						
Función Física	61	5	100	75,98	23,889	570,683
Rol Físico	61	0	100	72,13	41,608	1731,216
Dolor Corporal	61	0	100	76,76	28,520	813,405
Salud General	61	5	100	73,69	24,408	595,751
<b>CSM</b>						
Rol Emocional	61	0	100	82,51	35,280	1244,687
Función Social	61	0	100	79,71	26,533	703,979
Vitalidad	61	5	100	78,44	22,501	506,284
Salud Mental	61	35	100	83,03	16,790	281,899
N válido (según lista)	61					

**Fuente.** Elaboración propia

En cuanto al análisis descriptivo de las dimensiones comprendidas dentro del cuestionario SF-36 en el que el Componente Salud Física (CSF) agrupa las dimensiones de funcionamiento físico (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC), y salud general (SG), se encuentran las dimensiones con la media aritmética más baja siendo el rol físico el más afectado con un mínimo en su media aritmética de 72,13.



Por otro lado el Componente Salud Mental (CSM) conformado por las dimensiones de vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM) presentan los más altos índices con un máximo de 83,03 correspondiente a la dimensión de Salud Mental.

**Tabla 14. Estadísticos Descriptivos Componentes SF-36**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Varianza
CSF	61	8	100	74,67	24,369	593,849
CSM	61	13	100	80,95	21,136	446,729
N válido (según lista)	61					

**Fuente. Elaboracion propia**

El CSM supera la media del CSF obteniendo un índice de 80,95.

#### **7.4 Asociación de las variables sociodemográficas con los Componentes Salud Física (CSF) y Salud Mental (CSM) del SF-36**

**Tabla 15. Asociación Variable: Edad del paciente agrupada con los Componentes CSF- CSM**

Años del paciente (agrupado)		CSF	CSM
19-27	Media	91,15	85,00
	% del total de N	8,2%	8,2%
28-36	Media	91,04	93,46
	% del total de N	9,8%	9,8%

Años del paciente (agrupado)		CSF	CSM
37-45	Media	81,45	87,18
	% del total de N	18,0%	18,0%
46-54	Media	72,12	77,11
	% del total de N	34,4%	34,4%
55-63	Media	70,75	78,86
	% del total de N	18,0%	18,0%
64-72	Media	53,08	68,17
	% del total de N	9,8%	9,8%
MAYOR 73	Media	45,75	97,50
	% del total de N	1,6%	1,6%
Total	Media	74,67	80,95
	% del total de N	100,0%	100,0%

**Fuente. Elaboracion propia**

La Tabla 15 muestra una clara tendencia decreciente en el componente de salud física, a mayor edad, menor es la media en el CSF, ya que los grupos de edad de 19 a 27 años poseen una media de 91,15 decreciendo paulatinamente y llegando a una media de 45,75 en los pacientes mayores o iguales de 73 años.

Por otro lado la media del CSF supera el CSM solo en el rango de edad de 19 a 27 años, siendo siempre superior el CSM en los rangos de edad superior.

<b>Tabla 16. Asociación Variables: Sexo del Paciente con los Componentes CSF-CSM</b>			
Sexo del paciente		CSF	CSM
MASCULINO	Media	73,38	79,49
	% del total de N	62,3%	62,3%
FEMENINO	Media	76,80	83,36
	% del total de N	37,7%	37,7%
Total	Media	74,67	80,95
	% del total de N	100,0%	100,0%

Fuente. Elaboracion propia

En la Tabla 16 se observa que en ambos Componentes (CSF-CSM), la población femenina evidencia siempre puntuaciones mayores (CSF 76,80 - CSM 83,36) que en la población masculina (CSF 72,38 - CSM 79,49).

Sin embargo la tendencia de puntuaciones inferiores en el CSF, se evidencia en ambos sexos.

<b>Tabla 17. Asociación Variables: Con quien vive y Recibe apoyo con los Componentes CSF-CSM</b>			
Con quien vive y Recibe apoyo		CSF	CSM
SOLO	Media	60,83	57,83
	% del total de N	4,9%	4,9%
FAMILIA	Media	75,09	81,89
	% del total de N	93,4%	93,4%

Con quien vive y Recibe apoyo		CSF	CSM
AMIGO(A)	Media	92,50	97,00
	% del total de N	1,6%	1,6%
Total	Media	74,67	80,95
	% del total de N	100,0%	100,0%

**Fuente. Elaboracion propia**

Por otro lado es evidente la tendencia que se observa en las puntuaciones medias de aquellas personas que viven solas, las cuales obtienen puntajes bajos en ambas dimensiones (CSF 60,83) (CSM 57,83); es una de las pocas variables donde la CSM no supera la puntuación media del CSF.

***Tabla 18. Asociación Variables: Estado civil con los Componentes CSF-CSM***

Estado civil		CSF	CSM
SOLTERO(A)	Media	90,36	89,20
	% del total de N	18,0%	18,0%
CASADO(A)	Media	74,05	81,88
	% del total de N	34,4%	34,4%
UNION LIBRE	Media	75,85	82,41
	% del total de N	36,1%	36,1%
SEPARADO(A)	Media	49,54	62,46
	% del total de N	9,8%	9,8%

Estado civil		CSF	CSM
VIUDO(A)	Media	40,00	49,50
	% del total de N	1,6%	1,6%
Total	Media	74,67	80,95
	% del total de N	100,0%	100,0%

**Fuente. Elaboracion propia**

Así mismo se evidencia en la Tabla 18 que quienes son separados o viudos obtiene puntuaciones bajas.

<i>Tabla 19. Asociación Variables: Tiempo de espera con los Componentes CSF-CSM</i>			
Tiempo de espera		CSF	CSM
DE 0 A 6 MESES	Media	83,15	86,39
	% del total de N	42,6%	42,6%
DE 7 A 12 MESES	Media	68,05	74,00
	% del total de N	16,4%	16,4%
DE 13 A 18 MESES	Media	59,19	72,94
	% del total de N	13,1%	13,1%
DE 19 A 24 MESES	Media	53,94	54,31
	% del total de N	6,6%	6,6%
DE 25 A 30 MESES	Media	92,50	96,88
	% del total de N	3,3%	3,3%

Tiempo de espera		CSF	CSM
DE 31 A 36 MESES	Media	98,75	87,50
	% del total de N	1,6%	1,6%
MAS DE 36 MESES	Media	73,95	86,98
	% del total de N	16,4%	16,4%
Total	Media	74,67	80,95
	% del total de N	100,0%	100,0%

**Fuente. Elaboracion propia**

De acuerdo a la Tabla 19 se siguen evidenciando puntuaciones medias altas en el CSM especialmente en aquellos pacientes que estuvieron en periodo de espera de más de 25 meses (25 a 30 meses 96,88) (31 a 36 meses 87,50) (más de 36 meses 86,98), por lo cual el CSF según el resultado de la prueba aplicada es el componente que presenta mayor afectación en los participantes.

***Tabla 20. Asociación Variables: Tiempo de trasplante con los Componentes CSF-CSM***

Tiempo de trasplante		CSF	CSM
DE 0 A 12 MESES	Media	84,03	80,42
	% del total de N	14,8%	14,8%
DE 13 A 24 MESES	Media	67,64	73,61
	% del total de N	14,8%	14,8%
DE 25 A 36 MESES	Media	93,13	94,13
	% del total de N	3,3%	3,3%

Tiempo de trasplante		CSF	CSM
DE 37 A 48 MESES	Media	67,44	75,88
	% del total de N	13,1%	13,1%
DE 49 A 60 MESES	Media	79,50	90,42
	% del total de N	9,8%	9,8%
MAS DE 60 MESES	Media	73,60	82,00
	% del total de N	44,3%	44,3%
Total	Media	74,67	80,95
	% del total de N	100,0%	100,0%

**Fuente. Elaboracion propia**

Al asociar el tiempo de trasplante y los Componentes Salud Fisica y Mental se observa que se obtienen puntuaciones mas altas en el CSM que el CSF en aquellos pacientes que llevan de 13 meses a mas de 60 meses de trasplante, que corresponden al 85,2% de los participantes.

<i>Tabla 21. Asociación Variables: Otros diagnósticos con los Componentes CSF-CSM</i>			
Otros diagnósticos		CSF	CSM
NINGUNA	Media	83,61	86,20
	% del total de N	47,5%	47,5%
HIPERTENSION	Media	70,91	78,21
	% del total de N	23,0%	23,0%
DIABETES	Media	72,00	72,20
	% del total de N	8,2%	8,2%

Otros diagnósticos		CSF	CSM
HIPERTENSION Y DIABETES	Media	45,17	64,92
	% del total de N	9,8%	9,8%
OTRAS	Media	72,36	84,68
	% del total de N	11,5%	11,5%
Total	Media	74,67	80,95
	% del total de N	100,0%	100,0%

Fuente. Elaboracion propia

Se evidencia claramente afectación en ambos componentes CSF (45,17) y CSM (64,92) de aquellas personas que se encuentran padeciendo hipertensión y diabetes.

**Tabla 22. Asociación Variables: Años del paciente (agrupado) \* Otros diagnósticos**

		OTROS DIAGNOSTICOS					Total
		NINGUNA	HIPERTENS.	DIABETES	HIPERTENS. Y DIABETES	OTRAS	
Años del paciente agrup.	19-27	3	0	0	0	2	5
		4,90%	0,00%	0,00%	0,00%	3,30%	8,20%
	28-36	5	1	0	0	0	6
		8,20%	1,60%	0,00%	0,00%	0,00%	9,80%
	37-45	8	1	1	0	1	11
		13,10%	1,60%	1,60%	0,00%	1,60%	18,00%
	46-54	7	7	3	2	2	21



	11,50%	11,50%	4,90%	3,30%	3,30%	34,40%
55-63	5	2	1	2	1	11
	8,20%	3,30%	1,60%	3,30%	1,60%	18,00%
64-72	1	3	0	1	1	6
	1,60%	4,90%	0,00%	1,60%	1,60%	9,80%
MAYOR	0	0	0	1	0	1
73	0,00%	0,00%	0,00%	1,60%	0,00%	1,60%
Total	29	14	5	6	7	61
% del total	47,50%	23,00%	8,20%	9,80%	11,50%	100,00
						%

Fuente. Elaboracion propia

Es así que para analizar un poco más la información anterior, se asoció la variable Otros diagnósticos con la variable Edad en la Tabla 22 y la variable Tiempo de Trasplante en la Tabla 23.

De esta asociación se evidencia que **el grupo poblacional que presenta doble diagnóstico de hipertensión y diabetes se encuentra en el grupo de edades superior a 46 años.**

<i>Tabla 23. Asociación Variables: Tiempo de trasplante * Otros diagnósticos</i>							
OTROS DIAGNOSTICOS							
	NINGUNA	HIPERTENS.	DIABETES	HIPERTENS. Y DIABETES	OTRAS	Total	
TIEMPO DE DE 0 A 12	4	1	1	1	2	9	

TRASPLANT	MESES	6,60%	1,60%	1,60%	1,60%	3,30%	14,80%
	DE 13 A 24	4	2	1	1	1	9
	MESES	6,60%	3,30%	1,60%	1,60%	1,60%	14,80%
	DE 25 A 36	1	1	0	0	0	2
	MESES	1,60%	1,60%	0,00%	0,00%	0,00%	3,30%
	DE 37 A 48	4	3	0	1	0	8
	MESES	6,60%	4,90%	0,00%	1,60%	0,00%	13,10%
	DE 49 A 60	2	1	2	0	1	6
	MESES	3,30%	1,60%	3,30%	0,00%	1,60%	9,80%
	MAS DE 60	14	6	1	3	3	27
	MESES	23,00%	9,80%	1,60%	4,90%	4,90%	44,30%
Total		29	14	5	6	7	61
		47,50%	23,00%	8,20%	9,80%	11,50%	100,00%

Fuente. Elaboracion propia

Igualmente en la Tabla 23 se evidencia afectación de la salud en los pacientes con más de 60 meses de trasplante (5 años) quienes padecen el 21% de las enfermedades, siendo representativo al ser el 44,30% de la población.

### 7.5 Transición del estado de Salud: Variación promedio del estado de salud de los encuestados durante el último año.

<i>Tabla 24. Transición del estado de salud: Salud comparada a la de hace un año</i>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje
		válido	acumulado

Válidos	Mucho mejor ahora que hace un año	40	65,6	65,6	65,6
	Algo mejor ahora que hace un año	6	9,8	9,8	75,4
	Más o menos igual que hace un año	10	16,4	16,4	91,8
	Algo peor ahora que hace un año	5	8,2	8,2	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

**Fuente. Elaboracion propia**

Finalmente al analizar la pregunta, sobre la transición del estado de salud, es decir el estado de salud del paciente comparado al de hace un año se ha evidenciado que el 65,6% de los pacientes considera que se encuentran mucho mejor ahora que hace un año.

## **8. Discusión**

El presente estudio tuvo como objetivo describir la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva, que han sido sometidos a trasplante renal, en el periodo de febrero de 2007 a mayo de 2014, por lo cual se determinó la aplicación del instrumento a una muestra de 61 pacientes con los cuales se obtuvo la información pertinente a la investigación.

Al analizar la información sobre la caracterización de las personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal, se evidenció que la mayoría de las personas participantes de la investigación se encontraban en la etapa de la adultez, siendo la edad media de 48 años, evidenciando que la población adulta en edad productiva es la que más sufre de este tipo de enfermedad crónica.

El rango de edades de los encuestados fue de 19 a 73 años, afectando en un 18% a menores de 36 años, lo que indica que la enfermedad renal crónica se presenta también en personas jóvenes, dado posiblemente por la exposición más temprana a factores de riesgo como son los estilos de vida no saludables.

Así mismo el predominio del sexo masculino (62%), frente al femenino (38%) en la población trasplantada podría estar indicando la influencia del mismo factor, es decir los estilos de vida no saludables, ya que como menciona Matarazzo en un estudio realizado en 1984, citado

por Gil-Róales (2004), los comportamientos y estilos de vida afectan tanto a la salud como a la enfermedad en una población.

Igualmente Lalonde, explica que el nivel de salud de una comunidad estaría influido por cuatro grandes grupos de determinantes, como lo son los estilos de vida, la biología humana, el medio ambiente y el sistema sanitario de salud.

Por otro lado el 93% de los encuestados vive con sus familiares, siendo esta reconocida por los pacientes como la red de apoyo social más cercano y de más fácil acceso, afectándolos de manera positiva como se evidencia más adelante al relacionar la convivencia del paciente con el resultado en los CSF y CSM del instrumento aplicado para conocer la CVRS ya que como refiere Acosta, Chaparro y Rey (2008), la existencia de relaciones familiares, de pareja y su funcionamiento adecuado contribuyen al bienestar y la salud.

En cuanto al grado de escolaridad alcanzado por los participantes de esta investigación, se encontraron índices de analfabetismo del 6,6%, la mayoría de los pacientes (42.9%) alcanzaron el nivel de secundaria, el grado de instrucción primaria correspondió al segundo lugar (21,3%) y en tercer lugar se encontró el nivel universitario (16.4%), así mismo se encontró que la mayor parte de la población pertenece al estrato dos (44,3%) y al estrato uno (42,6%).

Por otra parte un buen porcentaje (47,5%) de las personas de este estudio no tenían ningún otro diagnóstico clínico o enfermedad subyacente, prevaleciendo la hipertensión como el diagnóstico de mayor frecuencia (23%) y un 9,8% que presento un doble diagnóstico entre hipertensión y diabetes.

Es así que, al estudiar un poco más el grupo poblacional que presentó doble diagnóstico, se evidenció que poseen edades superiores a 46 años, entendiendo que enfermedades como la presión arterial aumenta a medida que se va envejeciendo, debido a que los vasos sanguíneos se vuelven más rígidos con la edad y debido a esto la presión arterial se eleva, así mismo los medicamentos que se usan para tratar los problemas de salud en las personas mayores afectan los signos vitales, como hace mención el artículo Cambios en los signos vitales con la edad de Health Illustrated Encyclopedia (2014).

La mayor parte de los pacientes participes de esta investigación llevan más de 60 meses (5 años) de trasplante (44,3%), en los cuales se evidencia afectación en la salud, dado que este grupo poblacional padece el 21% de las enfermedades, comprendiendo que la medicación inmunosupresora de los pacientes trasplantados puede ocasionarles efectos secundarios como; susceptibilidad a enfermedades infecciosas, riesgo aumentado de diabetes, nefrotoxicidad, hipertensión arterial, hiperlipidemia, diarrea, vómitos y aumento de peso entre otros como refiere Llancaqueo en el estudio Monitorización y efectos secundarios de los inmunosupresores en el trasplante. (2007).

En cuanto al análisis descriptivo de las dimensiones de la variable CVRS; comprendidas dentro del cuestionario SF-36 en el que el Componente Salud Física (CSF) agrupa las dimensiones de funcionamiento físico (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC), y salud general (SG), se encuentran las dimensiones con la media aritmética más baja siendo el rol físico el más afectado con una mínimo en su media aritmética de 72,13. Por otro lado el Componente Salud Mental (CSM) conformado por las dimensiones de vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM) presentan los más altos ponderados con un máximo de

83,03 correspondiente a la dimensión de Salud Mental, lo cual indica que la calidad de vida en estos pacientes presenta mayor afectación en el componente físico.

Es así que la dimensión rol físico, (73,13) la cual mide el impacto de las limitaciones físicas sobre las actividades cotidianas, en términos de la conciencia del paciente según el grado de sus limitaciones físicas, evidencia que los pacientes trasplantados restringen sus roles habituales, ya que esta dimensión posee la media aritmética más baja. Por lo cual los pacientes reconocen que por su condición restringen la intensidad de su trabajo o actividades productivas, unos por sentirse fatigados al realizar esfuerzo intenso y otros porque no quieren poner en riesgo su salud, así mismo la dimensión función física (75,98) se ve afectada por estas condiciones.

Así mismo la dimensión dolor corporal (76,76) permite concluir que, consistente con las limitaciones físicas anteriores, los niveles de dolor reconocidos por los pacientes son moderados y la dimensión salud general (73,69), que permite conocer la valoración de la salud hecha por el propio paciente, revela que éste se valora en un nivel relativamente bueno y se muestran moderadamente optimista respecto al futuro, puesto que los pacientes perciben que su estado está condicionado por los cuidados rigurosos que ellos mismos mantengan como la adherencia al tratamiento y los estilos de vida saludable que lleven a lo largo de su vida con lo cual su salud puede mantenerse estable o alterarse según sus cuidados.

Al analizar el CSF se observa una clara tendencia decreciente asociado a la edad de los pacientes, a mayor edad, menor es la media en el CSF, ya que los grupos de edad de 19 a 27 años poseen una media de 91,15 decreciendo paulatinamente y llegando a una media de 45,75 en los pacientes mayores o iguales de 73 años.

Por lo cual el resultado arrojado en cuanto al CSF establece una relación en los hallazgos encontrados en un antecedente mencionado previamente que refiere que la dificultad para llevar a cabo un esfuerzo físico intenso está relacionada con la edad avanzada de este colectivo, y posiblemente no esté vinculada al trasplante en sí mismo por Rodríguez, Conejos, Fuenmayor, Mirada, Sanz, Torruella y Vela (2009).

En cuanto al análisis del CSM, donde se han obtenido las puntuaciones medias más altas, cabe destacar que las personas que viven solas, obtienen puntuaciones bajas en ambas dimensiones (CSF 60,83) (CSM 57,83) obteniendo en este caso el CSM una puntuación aún más baja resaltando que es una de las pocas veces donde el CSF supera la media del CSM.

Así mismo se evidencia que quienes son separados (CSF 49,54 y CSM 62,46) o viudos (CSF 40,00 y CSM 49,50) obtiene puntuaciones más bajas.

Es así que los resultados obtenidos de manera positiva de quienes viven en compañía indican que el apoyo social y el acompañamiento familiar es vital para el bienestar de los pacientes, ya que como menciona el artículo Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos, la ausencia de apoyo por parte de la familia aumenta los trastornos psicológicos en los trasplantados, así mismo de manera general se infiere que el apoyo social influye en la salud física de los pacientes y que la presencia de apoyo sociofamiliar facilita la adaptación al tratamiento, por lo cual esta variable afecta de igual forma ambos componentes. (Pérez et al., 2005).



Del CSM la dimensión de vitalidad (78,44) informada es moderadamente positiva, ya que los pacientes tiendan a definirse como animados y con energía, mostrando solo en algunos momentos signos de cansancio.

Por otro lado en cuanto al grado en que la condición de los pacientes interfiere en la función social (79,71), los pacientes reconocen un impacto social moderado, no presentando mayor afectación para ellos.

Es de resaltar que el nivel en que la enfermedad interfiere en el rol emocional (82,51) puntúa más cerca de la inexistencia de problemas en esta dimensión, que en el reconocimiento de interferencias de origen emocional, siendo la dimensión con el segundo promedio mas alto.

Por otro lado la dimensión salud mental (83,03) que incluye el reconocimiento del efecto que puede tener la condición de los pacientes sobre la ansiedad, depresión y ánimo del paciente, se muestra consistente con la dimensión rol emocional ya que los pacientes no consideran que la enfermedad esté interfiriendo con sus niveles de ansiedad y estados de humor, mostrándose animados y con felicidad general.

Lo que permite evidenciar a través de los datos obtenidos que aunque se obtuvieron puntuaciones que oscilaron entre 72,13 y 83,03 como media aritmética cercanos al puntaje más alto de 100 que reflejan en si una buena calidad de vida, esta nos muestra según el análisis desarrollado que los pacientes presentan mejor calidad de vida mental que calidad de vida física, situación que es muy bien expresada a través del análisis de este estudio.

Comparable a su vez con los resultados obtenidos en las investigaciones antecedentes; “Calidad de vida y trasplante renal en mayores de 65 años” y “Evaluación de la calidad de vida en pacientes con trasplante hepático”, donde fue aplicado el mismo instrumento y los resultados obtenidos se encontraron comparables con el promedio de estos estudios respecto a los componentes de salud física y salud mental, llevando a su vez a considerar el trasplante renal como un tratamiento sustitutivo muy válido y que contribuye a mejorar la calidad de vida de la persona.

Finalmente al analizar la pregunta, sobre la transición del estado de salud, es decir el estado de salud del paciente comparado al de hace un año se ha evidenciado que el 65,6% de los pacientes considera que se encuentran mucho mejor ahora que hace un año, siendo una pregunta consistente y mostrando ser útil para estimar la variación promedio de la situación de salud durante el año inmediatamente anterior a la aplicación de la encuesta, sin embargo sería recomendable hacer la comparación de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal terminal antes de ser llevados a trasplante renal, para ser comparará con la calidad de vida de los ya trasplantados, para tener más soporte estadístico y epidemiológico en el momento de recomendar un tratamiento como el trasplante renal, siendo este un tema tan complejo.

Es así que los resultados encontrados en este estudio se explican por la complejidad misma del concepto de calidad de vida relacionada con la salud, que implica componentes subjetivos de bienestar, que no solo están vinculados con indicadores físicos de salud sino también por factores psicológicos y sociales. De tal manera, que la calidad de vida relacionada con la salud en estos pacientes no se relaciona únicamente con las molestias físicas que involucra la enfermedad y su tratamiento, sino también por variables psicosociales, lo que hace que estas se

constituya en una variable potencialmente modificable, es decir que desde la psicología se puede trabajar para intervenir estos factores en los paciente, con la intención de adoptar medidas predictoras de la calidad de vida, así como medidas de prevención y promoción de la salud y así seguir favoreciendo su Calidad de Vida.

## 9. Conclusiones

**La investigación realizada en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo evidencia que los pacientes que padecieron insuficiencia renal crónica perciben que su calidad de vida mejoró** de manera considerable una vez les fue realizado el trasplante renal, sin embargo se observaron diferencias en el Componente Salud Física y el Componente Salud Mental, influenciadas por variables sociodemográficas como la edad, el sexo, con quien vive o recibe apoyo el paciente, la presencia de otros diagnósticos y tiempo de trasplante.

Las principales características sociodemográficas de los participantes que integraron la muestra la conforman pacientes en edades de 46 a 54 años, la mayoría pertenecientes al sexo Masculino, saben leer y escribir en un porcentaje muy alto ya que la mayoría ha cursado la secundaria completa, en cuanto al estrato socioeconómico el nivel más representativo es el 1 y 2, la mayoría viven en unión libre o son casados y un bajo porcentaje presenta otras enfermedades, en cuanto al tiempo de trasplante el más hallado en la población fue de más de 60 meses (5 años).

En esta investigación se identificó que **la población adulta en edad productiva y la población masculina es la que más presenta este tipo de enfermedad (renal crónica) y son posteriormente trasplantados**, pero los jóvenes no están exentos a la enfermedad, dado a que están expuestos a factores de riesgo como son los estilos de vida no saludables.

Según los resultados hallados la familia es la red de apoyo más importante para lograr la adaptación del paciente trasplantado, quienes no cuentan con ella ven afectada su calidad de vida y los pacientes que viven en compañía de su familia tienen una mayor calidad de vida.

Así mismo se encontró que los pacientes participantes que presentan doble diagnóstico poseen edades superiores a 46 años, entendiendo que las enfermedades como la presión arterial y la diabetes presentan mayor incidencia a medida que se va envejeciendo, adicionalmente en los resultados se encontró que el doble diagnóstico también se encuentra en los pacientes que llevan más de 60 meses (5 años) de trasplante.

Al analizar el CSF se observa una clara tendencia decreciente asociada a la edad de los pacientes, a mayor edad, menor es la media en el CSF.

El CSM se ve afectado por el apoyo social percibido del paciente, quienes viven solos, o son separados o son viudos se ven afectados en este componente.

Por lo cual a través de los datos obtenidos, aunque se obtuvieron resultados que reflejan en si una buena calidad de vida, esta nos muestra según el análisis desarrollado que los pacientes presentan mejor calidad de vida mental que calidad de vida física.

La calidad de vida relacionada con la salud en estos pacientes no se relaciona únicamente con las molestias físicas que involucra la enfermedad y su tratamiento, sino también por variables psicosociales, lo que hace que estas se constituya en una variable potencialmente modificable, es

decir que desde la psicología se puede trabajar para intervenir estos factores en los paciente y seguir favoreciendo su Calidad de Vida.

## 10. Recomendaciones

Luego de realizar este estudio y de hacer un análisis de los resultados, es posible establecer las siguientes recomendaciones.

**A Las Autoridades Secretaria De Salud Del Departamento.** Las investigaciones de calidad de vida permiten establecer la percepción que tienen las personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal, por lo cual es importante que en la Ciudad de Neiva Departamento del Huila se continúen efectuando investigaciones en cuanto a este fenómeno, pues cada vez son más frecuentes el uso de este tipo de tratamientos y por tanto cada vez más el aumento en la población de personas trasplantadas no solo de riñón sino de otros órganos como corazón, páncreas, pulmón entre otros.

A través de Campañas en los medios de comunicación incentivar a la ciudadanía a ser más sensible ante esta problemática promoviendo la donación de órganos para darle una oportunidad de vida a aquellos que lo requieran por su enfermedad.

**A las autoridades del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.** Incorporar medidas de calidad de vida con el objeto de implementar terapias multidisciplinarias adicionales, puesto que si bien los resultados destacan una buena percepción respecto a la calidad de vida relacionada con la salud de los mismos pacientes, los fracasos terapéuticos pueden inducir frustración en los pacientes y exacerbar la enfermedad.

Generar campañas que motiven a los pacientes a participar de los servicios de Psicología del Hospital Universitario Hernando Moncaliano Perdomo en la unidad renal con el fin de incentivar a los pacientes a buscar apoyo psicosocial.

**A los pacientes.** Se les recomienda que tomen en cuenta las indicaciones que los médicos y el personal de enfermería brinda a todos los pacientes, con el fin de mejorar su Calidad de Vida y evitar recaídas, reingresos o complicaciones con los tratamientos.

Los pacientes con enfermedades renales, deben recibir cuidados prioritarios en los servicios operatorios y psicosocial.

**A los Médicos, estudiantes y personal de enfermería.** Que el presente estudio sirva de referencia para hacer otros estudios relacionados con la Calidad de Vida haciendo énfasis en las dimensiones que presentan resultados categorizados como malos o regulares de los pacientes.

Para el manejo integral de los pacientes con problemas renales su familia, debe intervenir además de profesionales en las áreas de trabajo social, psicología, psiquiatría y terapeutas especializados en estas ramas, para formar un grupo de trabajo multidisciplinario.

Los profesionales en psicología y con la ayuda de otros involucrados en el problema, deben ayudar a cada paciente, principalmente a aquellos con un índice de mala calidad de vida, y que conllevan una baja autoestima, a conocer el porqué de su problema psicosocial, descubriendo sus conflictos, necesidades o temores y de esta manera se habrá dado el primer paso



para controlar los factores psicológicos que pueden agravar o desencadenar la enfermedad, aunque esta tenga causas orgánicas.

Es importante continuar con este tipo de estudios que indaguen sobre la calidad de vida pero debería realizarse con pacientes pre-operatorios y propiciar de esta manera la investigación antes y después de la operación.

### Referencias Bibliográficas

Acosta P, Chaparro L., & Rey C. *Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal*. Revista Colombiana de Psicología. 2008;17:9-26.

Alarcón, A. (2004). *Aspectos Psicosociales del Paciente Renal*. Segunda edición Bogotá: Editorial la Silueta.

Alpi, S., & Quiceno, J. (2012). *Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Enfermedad Crónica: Estudios Colombianos*. Revista Universidad San Buenaventura. Vol. 6. No. 1. pp.123-136. Bogota, Colombia. Recuperado de: <http://revistas.usb.edu.co/index.php/Psychologia/article/viewFile/1175/967>

Andreu, L., & Force, E. (2004). *La enfermería y el trasplante de Órganos*. En A. Guillen. *Calidad de Vida de la Persona Trasplantada*. (pp. 77-85). España: Editorial medica Panamericana. S.A.

Burgos, F., Pascual, J., Gomez, V. y Marcen, R. Estudio del receptor del trasplante renal. *Trasplante renal*. (pag 25), Madrid, España, Editora Aula Medica.

Canché, A., Reza, M., & Rodríguez, F. (2011). *Calidad de vida en pacientes con trasplante renal del Hospital Ángeles del Pedregal*. *Med Int Mex*; 27(5): pp.446-454. Recuperado de: [http://www.cmim.org/boletin/pdf2011/MedIntContenido05\\_07.pdf](http://www.cmim.org/boletin/pdf2011/MedIntContenido05_07.pdf)

Casas, F. (1999). *Calidad de Vida y Calidad Humana*. Revista Papeles del Psicólogo. No. 74. Madrid. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=812>

Defelitto, J., & Carriello A. (Eds). (2011). *Cirugía. Bases Clínicas y Terapéuticas. III Trasplante de Órganos*. (pp.411). La Plata: Universidad Nacional de la Plata. Recuperado de: [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/15920/III\\_-\\_TRASPLANTE\\_DE\\_%C3%93RGANOS.pdf?sequence=28](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/15920/III_-_TRASPLANTE_DE_%C3%93RGANOS.pdf?sequence=28)

E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Unidad de Trasplante Renal. (2014). *Indicadores de resultados mínimos seleccionados para seguimiento de pacientes mayores de 18 años con trasplante renal como modalidad de terapia de remplazo II trimestre de 2014* (resolución 1043 de 2006).

Enciclopedia Ilustrada de Salud (Health Illustrated Encyclopedia) (2014). Versión electrónica. Recuperada de: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/004019.htm>

Fajardo, W., Guerrero, F., Luna, R., & Luna, R. (2011). *Evaluación de la calidad de vida en los pacientes con trasplante renal en la Fundación Clínica Shaio - Bogotá D.C*. *Revista de Urología Colombiana* Vol. XX, No. 1: pp. 45-50. Recuperado de: <http://www.urologiacolombiana.com/userfiles/file/abril2011/Articulo%205.pdf>

Freire, M., Ábalos G., Olmedo, M., Ramírez J., Fernández, A., & Villaverde C. (2007). *Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los instrumentos Whoqol-Bref y SF- 36*. E.U. de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada. Tesis Universidad de Granada. Recuperado de <http://revista-scientia.es/files/2008/3.pdf>

García, R. (2010). *Calidad de vida y trasplante renal: Una necesidad de investigar*. Investigaciones Médicoquirúrgicas, II(2), 46. Recuperado de: <http://www.revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/53/287>

Gil-Roales, J. (2004) *Psicología de la salud: aproximación histórica conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.

Gobernación del Huila. *El Huila Primero en Donación y Trasplante de Órganos*. 2015. Recuperado de <http://www.huila.gov.co/dependencias/secretarias/salud/9316-el-huila-primero-en-donacion-y-trasplante-de-organos----9316.html>

Gudiño, A. B., & Gutiérrez, R. D. (2010). *Calidad de Vida de los Pacientes trasplantados*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba. Recuperado de: [http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/gudino\\_ana\\_beatriz.pdf](http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/gudino_ana_beatriz.pdf)

Hogan, T. (2004). Pruebas psicológicas una introducción práctica. D.F., México: Manual Moderno. Recuperado de:  
[https://www.researchgate.net/publication/26603682\\_Book\\_Review\\_Hogan\\_T\\_2004\\_Pruebas\\_psicologicas\\_una\\_introduccion\\_practica\\_DF\\_Mexico\\_Manual\\_Moderno](https://www.researchgate.net/publication/26603682_Book_Review_Hogan_T_2004_Pruebas_psicologicas_una_introduccion_practica_DF_Mexico_Manual_Moderno)

Instituto Nacional de Salud de Colombia. Informe Anual Red de Donación y Trasplantes. (2011). Recuperado de: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Red-Nacional-Laboratorios/Estadsticas/Informe%20Red%20Donacion%20y%20Trasplantes%20%20Vo1%201%202011.pdf>

Instituto Nacional de Salud de Colombia. Informe Anual Red de Donación y Trasplantes. (2014). Recuperado de: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Red-Nacional-Laboratorios/Estadsticas/Informe%20final%20Red%20Donaci%C3%B3n%20y%20Trasplantes%202014%20v04.pdf>

Llancaqueo M. Monitorización y efectos secundarios de los inmunosupresores en el trasplante. Rev. Hosp. Clín. Univ. Chile 2007; 18; 332. Recuperado de:  
[https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/monitorizacion\\_y\\_efectos\\_secundariosa\\_inmunosupresores.pdf](https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/monitorizacion_y_efectos_secundariosa_inmunosupresores.pdf)

Ley 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Diario Oficial No. 46.383 de 6 de septiembre de 2006. Recuperado de:  
[http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2006/ley\\_1090\\_2006.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2006/ley_1090_2006.html).

Lugo, L., García, H., & Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud sf-36 en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia*. Vol. 24 N.º 2: pp 37-50. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v24n2/v24n2a05>

Maganto, P. (2000). Historia del trasplante renal. *Trasplante renal*.(pag, 1) Madrid, España, Editora Aula Medica.

Medellín, J. & Carrillo, G. (2014). Soporte social percibido y calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal. *Revista Universidad Nacional de Colombia, av.enferm., XXXII (2): pp 206-216*. Recuperado de: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/46099/47686>

Mendoza, F., Ramírez, L., Reyes, A., González, A., Chávez, M., Macías, M., Hernández, J., Cervantes, E., García, B. & Fuentes, C. (2014). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con trasplante hepático. *Revista Mexicana de Trasplantes*, Vol. 3, Núm. 2, pp 44-48. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672007000200016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672007000200016&script=sci_arttext)

Ministerio de salud de Colombia. (2014). Datos Globales de Donación y Trasplantes, 2014. Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/Datos-Globales-Donacion-Trasplantes.pdf>

Ministerio de protección social de Colombia (2006). Ley 1090 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Recuperado de:  
[https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite\\_de\\_etica/Ley\\_1090\\_2006\\_-\\_Psicologia.pdf](https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Ley_1090_2006_-_Psicologia.pdf)

Ministerio de salud de Colombia. (1993). Resolución 008430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Recuperado de: [http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica\\_res\\_8430\\_1993.pdf](http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf)

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. (2012). Nota de prensa. Recuperado de:  
<http://www.ont.es/prensa/NotasDePrensa/17%20Sep%202013%20%20Datos%20Registro%20Mundial%20de%20Trasplantes.pdf>

Ortega, F., Arias, M., Campistol, J.M., Matesanz, R. & Morales, J.R. (2007). Trasplante renal. [Versión DX Reader]. Recuperado de:  
<https://books.google.com.co/books?id=rfg6mclPYnQC&printsec=frontcover&dq=trasplante+renal&hl=es419&sa=X&ei=S5tvVcynAYGxsAXF64GABw&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=trasplante%20renal &f=false>

Paulo, F., Alvarenga, E., y Azevedo, L. (2007). Evaluación y selección de receptores y donantes para trasplante renal. Manual de trasplante renal. (pag, 35) Brasil, Editora Maole Ltda.

Pérez, M., Martín, A., & Galan A. (2005). Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. Sevilla (España): © International Journal of Clinical and Health Psychology.

Recuperado de: [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-135.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-135.pdf)

Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (DRAE). (2014). 23ª ed.

Recuperado de: [www.rae.es/drae](http://www.rae.es/drae)

Rodríguez, M., Conejos, C., Fuenmayor, A., Mirada, C., Sanz, E., Torruella, C., & Vela, A.

(2009). Calidad de vida y trasplante renal en mayores de 65 años. Rev. Soc. Esp. Enferm.

Nefrol. [Online]. Vol.12, n.1, pp. 26-30. ISSN 1139-1375. Recuperado de:

<http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v12n1/original4.pdf>

Sánchez, M.A. y Karpf, E. (2011). Evaluación de Impacto del Programa Betaplus de Atención a

Pacientes con Esclerosis Múltiple en Colombia. Bogotá: Universitas Economía, Pontificia

Universidad Javeriana. Recuperado de:

[http://cea.javeriana.edu.co/documents/153049/2786252/Vol.12\\_9\\_2012.pdf/83f489e9-](http://cea.javeriana.edu.co/documents/153049/2786252/Vol.12_9_2012.pdf/83f489e9-5ada-4663-a2ed-e5e71b29962d)

[5ada-4663-a2ed-e5e71b29962d](http://cea.javeriana.edu.co/documents/153049/2786252/Vol.12_9_2012.pdf/83f489e9-5ada-4663-a2ed-e5e71b29962d)

Schwartzmann, L. (2013). Scielo. Obtenido de Calidad de Vida relacionada con la salud:

Aspectos Conceptuales. Recuperado de:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071795532003000200002&lng=](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532003000200002&lng=es&tlng=es)

[es&tlng=es. 10.4067/S0717-95532003000200002.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532003000200002&lng=es&tlng=es)



Soriano, S. (2004) .Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica.

Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. Revista nefrología, volumen 24, suplemento n. 6. Recuperado de <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-definicion-clasificacion-los-estadios-enfermedad-renal-cronica-prevalencia-claves-el-X0211699504030666>

Tonon, G. (2009). Los estudios sobre calidad de vida y la perspectiva de la Psicología Positiva.

Revista Psicodebate 10: Psicología, Cultura y Sociedad. Universidad de Palermo. Recuperado de: [http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/psico10/10Psico\\_04.pdf](http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/psico10/10Psico_04.pdf)

Universidad Complutense de Madrid. Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica.

(2000). Recuperado de: [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EP C%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/SALUD%20GENERAL%20Y%20CALIDAD%20DE%20VIDA/SF-36/SF-36\\_F.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EP C%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/SALUD%20GENERAL%20Y%20CALIDAD%20DE%20VIDA/SF-36/SF-36_F.pdf)

Valdés, C., & Ortega, F. (2006). Avances de la calidad de vida relacionada con la salud y

trasplante renal. Nefrología, 157-162. Recuperado de: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-avances-en-la-calidad-de-vida-relacionada-con-la-salud-X0211699506019510>

Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana J, Santed R, Valderas

J, Ribera A, Domingo-Salvany A., & Alonso J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36  
español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Barcelona: Gaceta Sanitaria  
versión impresa ISSN 0213-9111. Recuperado de  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112005000200007&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112005000200007&script=sci_arttext)

# **ANEXOS**

## Anexo 1.

### Acta de Aprobacion Comité de Ética, Bioética e Investigación



#### COMITÉ DE ÉTICA BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA.

#### ACTA DE APROBACIÓN.

ACTA DE APROBACIÓN N°: 005-002

Fecha en que fue sometido a consideración del comité: 4 de Junio de 2014.

**Nombre completo del Proyecto:** "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES  
POSTRASPLANTE RENAL EN E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO  
MONCALEANO PERDOMO"

Enmienda Revisada: Ninguna.

**Sometido por:** Investigador Jorge Cubillos y estudiantes de y los estudiantes  
Andrea Paola Poveda Vera, Catalina Villegas Barrios, Natalia de los Ángeles  
Escobar

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo constituyó mediante la  
Resolución N° 875 del 24 de Octubre de 2013 el comité de Ética Bioética e  
Investigación da cumplimiento a la Resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2008,  
actos administrativos expedido por el Ministerio de la Protección Social, lo mismo  
que para obedecer lo dispuesto por la Declaración Universal sobre Bioética y  
Derechos Humanos de la UNESCO.

El Comité de Ética Bioética e Investigación Certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto.
  - a.  Resumen del proyecto
  - b.  Protocolo de Investigación
  - c.  Formato de Consentimiento Informado.
  - d.  Protocolo de Evento Adverso.
  - e.  Formato de recolección de datos
  - f.  Folleto del Investigador (si aplica)
  - g.  Resultado de evaluación por otros comités (si aplica)
  - h.  Acuerdo de Confidencialidad para Investigadores.
  
2. El comité consideró que el presente estudio: es válido desde el punto de  
vista ético, la investigación se considera sin riesgo para los personas que  
participan. La investigación se ajusta a los estándares de buenas prácticas  
clínicas.

*¡ Servimos con calidez humana !*

PBX: 8-71-59-07. Telefax: 8-71-44-15, 8-71-44-40, 8-71-91-91, 8-71-74-96  
[www.hospitaluniversitarioneiva.com.co](http://www.hospitaluniversitarioneiva.com.co) Email: [hospitalneiva@yahoo.com](mailto:hospitalneiva@yahoo.com)

Dirección: Calle 9 N° 45-25 Neiva - Huila



3. El comité considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos del estudio son las adecuadas.
4. El comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
5. El investigador Principal deberá:
  - a. Informar cualquier cambio que se proponga introducir en el proyecto, estos cambios no podrán ejecutarse si la aprobación previa del comité de ética bioética e investigación de la Institución excepto cuando sea necesario que comprometa la vida del participante del estudio.
  - b. Avisar cualquier situación imprevista que considere que implica riesgo para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio.
  - c. Poner en conocimiento al Comité de toda información nueva, importante respecto al estudio, que pueda afectar la relación riesgo / beneficio de los sujetos participantes.
  - d. Informar de la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando las causas o razones.
  - e. El investigador se compromete una vez terminado su proyecto en hacer una retroalimentación en el servicio donde realizó la investigación para presentar los resultados del estudio.
  - f. El informe final de la investigación se debe hacer entrega al comité en un plazo máximo de un mes después de terminada la investigación.
  - g. Si el tiempo para el desarrollo del proyecto es más de un año debe presentar un informe anual del proyecto.
  - h. El Investigador se comprometen con hacer entrega al Hospital Universitario de Neiva de un artículo publicado en una revista indexada de la investigación realizada.

Entiendo y acepto las condiciones anteriormente mencionadas por el Comité de Ética.

Nombre: Jorge Cubillos

Firma:

Dra. ANGELA MARIA SALCEDO RESTREPO  
Presidente Comité de Ética Bioética e Investigación.



Anexo 2.

Declaracion de Consentimiento Informado



ANEXO

Declaración del consentimiento informado

Fecha: \_\_\_\_\_



La presente declaración tiene como objetivo autorizar mi participación en el marco de la investigación **CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POSTRASPLANTE RENAL EN E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO**, realizado por las estudiantes de X semestre de Psicología de la Universidad Surcolombiana, Natalia Escobar Mora, Andrea Paola Poveda y Catalina Villegas Barrios bajo la asesoría del Dr. Jorge Cubillos y Ps. Rosmary Garzón G. Docente de la Universidad Surcolombiana, la cual tiene como propósito Evaluar la calidad de vida de los pacientes postrasplante renal del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

Yo \_\_\_\_\_ identificado con documento de identidad \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ manifiesto que he leído y comprendido la información precedente que describe este registro, entiendo que estoy participando en una investigación que mi identidad no se vinculará con mis datos, y que toda la información que proporcione será confidencial; mi participación en la investigación no es obligatoria, es voluntaria, y me puedo negar a seguir participando.

Al firmar este registro, manifiesto que comprendo la información anterior y consentimiento para participar en este estudio.

Acepto \_\_\_\_\_ No Acepto \_\_\_\_\_

Recibiré copia firmada y fechada del presente documento (Testigo):

Nombre:

Firma:

C.C.:

El profesional está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razones del ejercicio de su profesión haya recibido información. (Art. 23)

No practicar intervenciones sin consentimiento autorizado del usuario, o en casos de menores de edad o dependientes, del consentimiento del acudiente. (Ordinal i del artículo 36).

Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes. (Art. 50).

### Anexo 3.

#### Cuestionario

## PROYECTO DE INVESTIGACION “CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO”

### Responda la siguiente información personal:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Estrato socioeconómico: \_\_\_\_\_ Con quien vive: \_\_\_\_\_ Estado

civil: \_\_\_\_\_ Tiempo de espera: \_\_\_\_\_ Tiempo

de trasplante: \_\_\_\_\_ Otros diagnósticos (Presencia de otras

enfermedades): \_\_\_\_\_

### CUESTIONARIO DE SALUD SF-36. Versión español

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

1  Excelente

2  Muy buena

3  Buena

4  Regular

5  Mala

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

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

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED  
PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

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

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

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

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

5.- Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?

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



6.- Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

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

7.- Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

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

8.- Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?

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

9.- Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?

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

10.- Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

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

11.- Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

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

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

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

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN  
SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

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

- 1  Sí
- 2  No

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

- 1  Sí
- 2  No

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

- 1  Sí
- 2  No

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

- 1  Sí
- 2  No

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

1  Sí

2  No

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

1  Sí

2  No

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

1  Sí

2  No

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

1  Nada

2  Un poco

3  Regular

4  Bastante

5  Mucho

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

1  No, ninguno

2  Sí, muy poco

3  Sí, un poco

4  Sí, moderado

5  Sí, mucho

6  Sí, muchísimo

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

1  Nada

2  Un poco

3  Regular

4  Bastante

5  Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE  
HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA  
RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

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

1  Siempre

2  Casi siempre

3  Muchas veces

4  Algunas veces

5  Sólo alguna vez

6  Nunca

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

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

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

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

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

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

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

- 1  Siempre

2  Casi siempre

3  Muchas veces

4  Algunas veces

5  Sólo alguna vez

6  Nunca

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

1  Siempre

2  Casi siempre

3  Muchas veces

4  Algunas veces

5  Sólo alguna vez

6  Nunca

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

1  Siempre

2  Casi siempre

3  Muchas veces

4  Algunas veces

5  Sólo alguna vez

6  Nunca

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

1  Siempre

2  Casi siempre

3  Muchas veces

4  Algunas veces

5  Sólo alguna vez

6  Nunca

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

1  Siempre

2  Casi siempre

3  Muchas veces

4  Algunas veces

5  Sólo alguna vez

6  Nunca

32.- Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas

emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1  Siempre

2  Casi siempre

3  Algunas veces

4  Sólo alguna vez

5  Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES  
FRASES.

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

1  Totalmente cierta

2  Bastante cierta

3  No lo sé

4  Bastante falsa

5  Totalmente falsa

34.- Estoy tan sano como cualquiera.

1  Totalmente cierta

2  Bastante cierta

3  No lo sé

4  Bastante falsa

5  Totalmente falsa

35.- Creo que mi salud va a empeorar.

1  Totalmente cierta

2  Bastante cierta

3  No lo sé

4  Bastante falsa

5  Totalmente falsa

36.- Mi salud es excelente.

1  Totalmente cierta

2  Bastante cierta

3  No lo sé

4  Bastante falsa

5  Totalmente falsa