

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA
EDUCACION
CARRERA DE PSICOLOGÍA



TESIS DE GRADO
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE
VIDA EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL DEL
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD RENAL
LA PAZ - BOLIVIA

POR: JUAN RUBEN MENDOZA LIPA
TUTORA: LIC. ALIDA ROCSANI HUAMAN VALDEZ

LA PAZ – BOLIVIA

Diciembre, 2017

DEDICATORIA

“A mi papá Hugo Mendoza que me acompaña desde el cielo, a mi mamá Dora Lipa, por todo el amor que irradia día a día, acompañándome en todo momento e inculcándome valores importantes para mi vida, a mi hermana Laura Mendoza que me acompaña en todo momento, a mi hermanita Rocio Mendoza por salir adelante en todas sus actividades, a mis sobrinos que me dan muchas alegrías y a Jhessika Pinedo por su amor incondicional.”

"Las familias son la brújula que nos guían. Son la inspiración para llegar a grandes alturas, y nuestro consuelo cuando ocasionalmente fallamos".

AGRADECIMIENTOS

Agradecer habla bien del corazón y hace que tu corazón hable. Por lo que me permito agradecer a las personas que me colaboraron en este recorrido en la Universidad Mayor de San Andrés: A Dios por darme una hermosa familia y cuidar de ella, la cual logra brindarme un apoyo incondicional día a día, a todos mis familiares que están presentes en mi corazón. Un gran agradecimiento por el logro de esta meta y esta investigación es para el señor Director Lic. Marcos Fernández Motiño por la guía, sabiduría, apoyo y conocimiento que tan desprendidamente me brindó. A mi tutora de tesis la Lic. Alida Rocsani Huaman Valdez, por guiarme en este camino. Al Lic. Javier de la Riva y el Lic. Rene Calderón Jemio por los consejos y correcciones que realizaron. Al plantel administrativo de la carrera de Psicología: Secret. Gina Angulo, Katherine Mencias y Marizol Roque, por la colaboración que me brindaron en la universidad. Al Ministerio de Salud, al Programa Nacional de Salud Renal, por brindar apoyo y medicamentos para las personas con enfermedades renales, diálisis y trasplante renal. Y por último a mis amigos y amigas que estuvieron presentes en mi recorrido por la universidad, dándome apoyo incondicional en todo momento: Sergio Cruz, Silvia Villarroel, Wendy Villarroel, Fernando Lujan, Leonela Fernandez, Ana Flores, Khaterine Bustos Vilar, Melky Mosqueira, Ryder Mamani, Ivan Mamani, Felix Robles, Edwin Choque y Armando Ordoñez. Muchas gracias.

INDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCION.....	I
--------------------------	----------

CAPITULO I

PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACION

1.1 AREA PROBLEMÁTICA.....	11
1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	13
1.2.1 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	16
1.3 OBJETIVOS	16
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	16
1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	16
1.4 HIPOTESIS.....	16
1.5 JUSTIFICACION	17

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	21
2.1.1 Aproximaciones Históricas.....	21
2.1.2 Aproximación Conceptual	23
2.1.3 Evaluación de las Estrategias de Afrontamiento	30
2.1.4 Dimensiones de las Estrategias de Afrontamiento.	31

2.1.5 Enfoque Social de Estrategias de Afrontamiento.	32
2.1.6 Estrategias de Afrontamiento y salud	33
2.2 CALIDAD DE VIDA.....	34
2.2.1 Aproximaciones Históricas.....	34
2.2.2 Aproximación Conceptual	36
2.2.3 Enfoques teóricos sobre la calidad de vida.....	38
2.2.4 Evaluación de la calidad de vida.....	39
2.2.5 Dimensiones de la calidad de vida.....	40
2.2.6 Calidad de vida y salud.....	41
2.3 MARCO INSTITUCIONAL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD RENAL	42
2.3.7 Normativas.....	49

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. TIPOS Y DISEÑOS DE INVESTIGACION	51
3.1.1 ENFOQUE DE INVESTIGACION	51
3.1.2 TIPO DE INVESTIGACION	51
3.1.3 DISEÑO DE INVESTIGACION	51
3.2. VARIABLES	52
3.2.1 Estrategias de Afrontamiento.....	52
3.2.2 Calidad de Vida	52
3.2.3 Operacionalización de Variables	52
3.3 POBLACION Y MUESTRA	54

3.3.1 POBLACION.....	54
3.3.2 MUESTRA	54
3.3.3 CRITERIOS DE SELECCION	55
3.3.4 AMBIENTE.....	55
3.4. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION.....	55
3.4.1 INSTRUMENTOS.....	55
3.5 PROCEDIMIENTO.....	63

CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

4.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	65
4.2 RESULTADOS DEL INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (CSI).....	76
4.3 RESULTADOS DEL INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE WOQOL-100 (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1998).....	86
4.4 ANALISIS DE CORRELACION DE PEARSON.....	94

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES	98
5.2 VALIDACIÓN DE LA HIPÓTESIS	104
5.2 RECOMENDACIONES.....	105

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA 108

ANEXOS..... 115

RESUMEN

La presente investigación describe dos variables que son de interés para la psicología y que son de gran relevancia para el ámbito de la salud mental. Tenemos a las Estrategias de Afrontamiento y la Calidad de Vida en pacientes con trasplante renal. El estudio tiene como finalidad el describir la relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de pacientes con trasplante renal en el programa nacional de salud renal, La Paz.

El enfoque de esta investigación es cuantitativo, el tipo de investigación es descriptiva correlacional. El diseño de investigación es no experimental del tipo transversal. Los instrumentos de medición utilizados son el: Inventario de Estrategias de Afrontamiento de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal y el Cuestionario de Calidad de vida Whoqol-100 (Organización Mundial de la Salud). La muestra es no probabilística del tipo intencional, por lo que se tomó la muestra de 16 pacientes, en el departamento de La Paz.

Los resultados obtenidos indican que los pacientes con trasplante renal al manejar de manera adecuada las estrategias de afrontamiento, les estaría favoreciendo a lograr una calidad de vida optima, con esperanza y sentido de vida, lo que indica que presentan estrategias de afrontamiento enfocadas a la solución del problemas, seguido de una autocrítica a su persona, la expresión emocional, apoyo social por parte de su familia y amigos, una reestructuración cognitiva, pensamiento desiderativo para mejorar su realidad en la que viven día a día, las cuales modifican de manera positiva la realidad una satisfacción con su salud física, psicológica, sus relaciones sociales, el ambiente donde viven y trabajan, y en general con el equilibrio que presentan en los aspectos tanto objetivos como subjetivos.

INTRODUCCION.

Para quien goza de buena salud es casi imposible percibir el dolor, ansiedad, depresión e impotencia que padece un paciente renal; lo que sí es imposible de creer es que existiendo la manera de salvar múltiples vidas, esta oportunidad se desperdicie por falta de información o desconfianza, al negarnos a donar nuestros órganos a nuestra muerte o a la muerte de algún familiar, sin pensar que un ser querido nuestro o nosotros podríamos estar en la misma situación de ese enfermo, en un futuro.

El siglo XX ha sido testigo de numerosos avances en la tecnología médica que han contribuido en el control parcial o total de diferentes enfermedades que acortaban la esperanza de vida de las personas, permitiendo que ahora se viva más y en mejores condiciones de salud, de ahí la necesidad de entender la manera por la cual los pacientes responden a los efectos del trasplante renal buscando adaptarse de la mejor forma posible a su nueva condición de vida personal, familiar, social, laboral.

Lastimosamente la realidad en Bolivia es que encontramos pacientes con insuficiencia renal crónica, la mayoría de las veces sin seguro médico y con un nivel socio-económico bajo, sin poder acceder a un trasplante renal, lo que se traduce en una altísima morbilidad y mortalidad de estos pacientes. Los centros de Hemodiálisis se encuentran saturados, hay muy poca sostenibilidad económica por lo que muchas veces el paciente tiene que abandonar el tratamiento renal sustitutivo, falleciendo al poco tiempo.

El Ministerio de Salud consiente de su rol y responsabilidad con las generaciones actuales y futuras, ha decidido enfrentar esta problemática y dar un paso inicial e histórico en la elaboración y aplicación de políticas de salud destinadas a la enfermedad renal. El Programa Nacional de Salud Renal dependiente del Ministerio de Salud en el marco de sus responsabilidades bajo el Decreto Supremo No. 1870 que se promulgo el 23 de enero del 2014 viene realizando el Trasplante Renal Gratuito a nivel Nacional con donante vivo relacionado (Resolución Ministerial No. 245 del 12 de Marzo de 2014).

El proceso de afrontamiento es un aspecto central en la explicación de la adaptación de las personas a las dificultades de la vida cotidiana. Entendido como esfuerzos cognitivos

y conductuales cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas, resultan un fructífero campo de investigación. La actualidad lo contempla desde variadas áreas de interés, donde destaca el análisis del efecto sobre la conducta y salud mental en diversas poblaciones (Lazarus & Folkman, 1984).

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses, se denomina, calidad de vida. Por tanto, abarca aspectos objetivos y subjetivos del propio individuo.

La presente investigación describe las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con trasplante renal de la ciudad de La Paz mediante el programa Nacional de Salud Renal.

Para realizar esta investigación se tomó en cuenta cinco capítulos para su mayor comprensión.

Primer capítulo: Hace referencia al área problemática, a los objetivos y la justificación y planteamiento del problema, los cuales permiten orientar adecuadamente el proceso de la investigación.

Segundo capítulo: Hace referencia al marco teórico, me permite conceptualizar conforme a la teoría que está utilizando esta investigación, , poniendo énfasis en las teorías que definen sobre el trasplante renal, estrategias de afrontamiento, la calidad de vida y el marco Institucional.

Tercer capítulo: Hace referencia a la metodología, en ella se utiliza una metodología conforme a un enfoque científico, donde se toma en cuenta su enfoque, tipo y diseño de la investigación, la operacionalización de variables, asimismo la población de estudio y muestra, las técnicas e instrumentos para la investigación.

Cuarto capítulo: Hace referencia a la presentación y análisis de los resultados, en ella se manifiesta información relevante del proceso de investigación.

Quinto capítulo: Hace referencia a las conclusiones y recomendaciones, en el caso de las conclusiones se toma las conclusiones esenciales que ha llegado la investigación, por otro lado las recomendaciones permiten dar una forma de solución a la problemática encontrada en el proceso de la investigación.

CAPITULO I

PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACION.

1.1 AREA PROBLEMÁTICA

El afrontamiento, según Lazarus y Folkman (1985), se entiende como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. El afrontamiento está específicamente enlazado con la clase de emoción que el sujeto experimenta en un determinado contexto y ella dependerá de los valores, las metas y las creencias con las que los individuos se hallan comprometidos. Las emociones guardan estrecha relación con la expresión y la determinación de la calidad de vida (Rodríguez, 1993).

La calidad de vida relacionada con la salud es entendida como la evaluación que realiza cada individuo respecto a la salud física, la percepción que tiene acerca de su salud psicológica y social y el grado de funcionamiento que tiene para realizar las actividades cotidianas, lo cual incluye entre otras, la movilidad y el bienestar emocional (Álvarez, 2001; Badia & Lizán, 2003)

Se diría entonces, que el objetivo principal de la psicología en estos estudios donde se evalúa la calidad de vida, además de delimitar sus dominios, es evaluar los efectos y las intervenciones en el cuidado de la salud, elaborar técnicas para la evaluación de dicho concepto y por consiguiente, determinar los programas de intervención con el fin de obtener un mejor nivel de calidad de vida para cada individuo y para la sociedad, estimando las necesidades de la población y las consecuencias de dichas intervenciones (Moreno y Ximénez, 1996).

Afrontar es, en sí mismo, indicativo de un cierto nivel de adaptación, independientemente de los resultados que se deriven de la actuación; por ello, el concepto de adaptación se convierte en una clave primordial para entender la calidad de

vida, vinculándose directamente con el proceso de afrontamiento (Rodríguez, Pastor, & López-Roig, 1993).

Hoy, la Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad no trasmisible, cada vez es mayor la cantidad de personas que necesitan tratamiento mediante diálisis y/o trasplante, cuyos elevados costos impactan negativamente en la economía de la familia del paciente haciéndolo en muchos casos imposible de soportar.

La insuficiencia renal crónica es una de las principales causas de morbilidad y muerte en Bolivia, constituyéndose en un desafío para el sistema de salud. En ese sentido el gobierno actual asume el compromiso de eliminar las inequidades y las barreras de acceso a programas de salud renal, para garantizar el derecho a la salud para vivir bien de todos los bolivianos y las bolivianas (Programa Nacional de Salud Renal, 2007).

El Ministerio de Salud, a través del Programa Nacional de Salud Renal, a nivel nacional realizó 60 trasplantes a pacientes con insuficiencia renal, según informó la titular de esta Cartera de Estado Dra. Ariana Campero. “En la gestión 2014 se realizaron 9 trasplantes renales con donante vivo, el 2015 se realizaron 20 trasplantes renales con donante vivo, el 2016 se realizaron 30 trasplantes con donante vivo y 1 trasplantes con donante cadavérico y en lo que va de la gestión 2017, 3 trasplantes con donante vivo y 2 trasplantes con donante cadavérico”. La complejidad de trasplante renal con donación cadavérica ha requerido una serie de políticas, pasos y capacitaciones para cumplir con los protocolos y normas internacionales e impulsar el trasplante con donante cadavérico que hoy por hoy es un hecho, “queda continuar con el trabajo para permitir la reinserción de estos pacientes a la vida normal”. (Ministerio de Salud, 2017)

El trasplante de órganos es una alternativa terapéutica para todos aquellos pacientes que presentan problemas graves en el funcionamiento de un órgano vital. Así, el trasplante renal está indicado cuando los pacientes sufren insuficiencia renal crónica, la cual conlleva un cambio radical en el estilo de vida, restricciones dietéticas y en el nivel de actividad, disfunciones sexuales y dependencia de la diálisis que les obliga a desplazarse

al hospital dos, tres o más veces por semana. En todos estos casos, el trasplante de órganos ofrece a los pacientes una mejor forma de vivir y alargar su esperanza de vida.

No obstante, este tipo de intervenciones puede generar durante todo el proceso (desde la propuesta del trasplante hasta la adaptación tras la alta médica) importantes complicaciones psicológicas, tanto en los pacientes como en sus familiares. El post-trasplante es una fase de conflictos ambivalentes que oscilan entre el miedo y la esperanza, la dependencia y la independencia. Repercusiones psicológicas del trasplante de órganos en los pacientes y la familia.

El Programa Nacional de Salud Renal dependiente del Ministerio de Salud en el marco de sus responsabilidades bajo el Decreto Supremo No. 1870 que se promulgo el 23 de enero del 2014 viene realizando el Trasplante Renal Gratuito a nivel Nacional con donante vivo relacionado. Así velando por el bien de la Salud de la población.

Por estas razones, en la presente investigación se estudiara las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en los pacientes con trasplante renal. Tomando en cuenta es aspecto psicosocial del paciente. Ya que la familia influye en la vida del paciente y su pronta recuperación e inserción a la sociedad.

1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACION

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) en Bolivia es un problema de salud pública de alto impacto social y económico; sin embargo, este impacto es mayor en quien la padece ya que afecta su calidad de vida en todos los niveles: físico, social, psicológico y emocional. Los datos estadísticos del Ministerio de Salud de Bolivia señalan que en 2017 las patologías renales se incrementaron en un 68 por ciento en la tasa nacional, desde 2010; y que cada año se registran más de 3.000 casos en todo el estado, de los cuales pocas personas acceden al trasplante renal gratuito y otras son mediante el seguro al que pertenecen. En Bolivia los trasplantes renales se van realizando desde el año 1979 hasta la fecha con un total de 898 trasplantes de riñón, siendo los más beneficiados los

pacientes asegurados y no así la población en general, a partir del 2014 el Estado Plurinacional de Bolivia se encarga de que el trasplante en hospitales generales sea gratuito. Hasta la fecha se realizó 120 trasplantes. (Ministerio de Salud, Programa Nacional de Salud Renal, 2017)

En la actualidad la vida de un paciente con insuficiencia renal crónica está más apoyada por el estado ya que antes el costo económico era elevado en el tratamiento de la Diálisis y el trasplante renal, ahora el Programa Nacional de Salud Renal apoya a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en los gastos financieros y médicos para el trasplante renal, viendo todo esto surge la necesidad de incrementar y profundizar estudios en este área, ya que los estudios recientes o existentes solo se centran en la salud orgánica y cuidados médicos al paciente prolongando su esperanza de vida, pero se debe tomar en cuenta que el simple hecho de haber vivido con insuficiencia renal crónica por varios años y luego tener un trasplante renal para prolongar la esperanza de vida no significa “vivir mejor”, es más que una simple vida.

Un paciente con trasplante renal necesita de cuidados personales y por parte de su familia, lo cual algunas familias no cuentan con el apoyo económico y social al paciente, ya que trabajan o no pueden cubrir con los costos y cuidado del paciente, ya que solo pueden brindar las necesidades de alimentación, higiene, vivienda.

El afrontamiento puede estar dirigido al problema cuando está orientado a su modificación, a su cambio hacia otra cosa que no suponga amenaza para el sujeto. La superación de estas situaciones da lugar a un aumento de la capacidad de ajuste del sujeto, a una autoevaluación en el sentido de eficacia y a claros sentimientos de gozo y alegría. El afrontamiento está dirigido a la emoción cuando el sujeto no modifica la situación, por considerar que no es posible en ese momento o en ningún momento. Presente en las patologías cuando el sujeto evita afrontar la situación problema y busca un alejamiento, negación, o transferencia a otros de su responsabilidad en lo ocurrido (Lazarus & Folkman, 1985)

La calidad de vida tiene que ver con la adaptación del paciente a su tratamiento y es posible que esta adaptación se logre más fácilmente si es él mismo quien lo escoge (Apostolou & Gokal, 2000).

La mayoría de los estudios realizados con esta población parecen sugerir que la calidad de vida global es muy similar en los pacientes con hemodiálisis y con diálisis peritoneal, siendo ambas terapias superadas ampliamente por el trasplante renal (Valderrabano, Jofre, & López Gómez, 2001).

Según el Ministerio de Salud, el número de donantes voluntarios significa el 0,5% de la población total y sería suficiente para beneficiar a 1.000 personas que ahora necesitan un trasplante (riñón, córnea e hígado, principalmente). Pese a la voluntad expresada por las personas de donar sus órganos cuando fallezcan, cuando ocurre el deceso no se puede iniciar el proceso del trasplante. “No lo logramos por dos factores: la familia y la falta de tecnología para preservar el órgano”. Hay más de 800 enfermos que esperan por un trasplante renal, otro centenar para córnea y para hígado, respectivamente. Mientras no exista esta organización, será imposible incrementar el número de donantes voluntarios y realizar trasplantes para disminuir los casos de enfermos renales o de otros males que requieren cambiar algún órgano. En cuanto al problema de la insuficiencia renal, en el mundo hay millones de personas que esperan un trasplante de riñón, pero tampoco hay muchos donantes. Lo importante es incentivar a que la gente se someta a exámenes de manera temprana, especialmente a las personas con diabetes, obesos o con presión alta, para identificar a la enfermedad e iniciar un tratamiento temprano. (Ministerio de Salud, 2017)

Una manera lograr este objetivo prioritario es realizar mayores estudios en el área para conocer las necesidades de los pacientes con trasplante renal y poder atenderlas satisfactoriamente incrementando de esta manera su calidad de vida.

1.2.1 FORMULACION DEL PROBLEMA

Considerando esta problemática se plantea las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuál es el grado de relación que tiene las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes con trasplante renal en el programa nacional de salud renal?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Describir el grado de relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes con trasplante renal en el programa nacional de salud renal, La Paz.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el nivel de las estrategias de afrontamiento.
- Determinar qué factores psicosociales que intervienen en las estrategias de afrontamiento.
- Describir el nivel de calidad de vida.
- Identificar los factores psicosociales que intervienen en la calidad de vida.

1.4 HIPOTESIS

Hipótesis de investigación (Hi): Existe una relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes con trasplante renal.

Hipótesis nula (Ho): No existe una relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes con trasplante renal.

1.5 JUSTIFICACION

La presente investigación pretende describir la relación de las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes con trasplante renal en el proceso de la calidad de vida.

En la actualidad, las enfermedades crónicas como la insuficiencia renal crónica son consideradas como fuentes generadoras de estrés, ya que implican un proceso de deterioro continuo y constante de varios años, afectando la calidad de vida de la persona y originando nuevas exigencias para ellas; el afrontamiento que se haga de esta condición es vital para poder anticipar el impacto que pueda ocasionar en la persona la enfermedad ya que este puede mediar, aminorar y/o amortiguar los efectos del estrés.

Existe un gran número de familias con escasos recursos, por lo tanto se convierten en el elemento clave, el génesis de dejadez al paciente, debido a la falta de una adecuada comunicación, falta de dinero, por las reglas de convivencia, por la ausencia de los progenitores.

Los estudios sobre las estrategias de afrontamiento han venido cobrando mayor relevancia en el campo de la psicología, puesto que el interés de los profesionales de conocer como las personas afronta sus problemas. De esta manera tanto los familiares como para el paciente que padece una enfermedad podrá conocer sobre el pronóstico que presenta referido a sus esfuerzos cognitivos, conductuales para manejar las demandas internas o externas que requiere afrontar una enfermedad o trasplante renal.

El trasplante de órganos es una alternativa terapéutica para todos aquellos pacientes que presentan problemas graves en el funcionamiento de un órgano vital. Así el trasplante renal está indicado cuando los pacientes sufren insuficiencia renal crónica, la cual conlleva un cambio radical en el estilo de vida, restricciones dietéticas y en el nivel de

actividad, disfunciones sexuales y dependencia de la diálisis que les obliga a desplazarse al hospital dos, tres o más veces por semana. En todos estos casos, el trasplante de órganos ofrecerá a los pacientes una mayor mejora en su salud. No obstante, este tipo de intervenciones puede generar durante todo el proceso (desde la propuesta del trasplante hasta la adaptación tras el alta médica) importantes complicaciones psicológicas, tanto en los pacientes como en sus familiares. El post-trasplante es una fase de conflictos ambivalentes que oscilan entre el miedo y la esperanza, la dependencia y la independencia. Repercusiones psicológicas del trasplante de órganos en los pacientes.

Las situaciones de estrés que sufren los pacientes y sus familiares son diversas. Al establecer la valoración previa al trasplante, se ha podido comprobar de forma bastante generalizada, que el paciente con Insuficiencia Renal Crónica (I.R.C.) tiene incertidumbre, miedo a la muerte, miedo a lo desconocido, dudas sobre su futuro, relaciones personales tensas debidas a su enfermedad, como puedan ser por ejemplo: irritabilidad, cansancio y pérdida del apetito sexual, también experimentan sensación de culpa y negociación de la realidad médica.

Una vez inician el tratamiento, muestran una sensación eufórica al comprobar su eficacia y descubrir que se encuentran mucho mejor, así mismo, semanas más tarde, cuando descubre que seguir vivo significa depender de una máquina, puede iniciar una reacción depresiva, caracterizada por ansiedad, apatía y desánimo. Advierten que han perdido gran parte de su independencia y control de sus vidas. Todo y que hace años, el hecho de depender de una máquina, era el mayor obstáculo para el enfermo a la hora de iniciar la diálisis, parece ser que a los enfermos de hoy, esto no les parece grave, ya que cada vez es mayor el número de pacientes en diálisis, lo cual constituye una ayuda psicológica importante. Una vez pasada la fase depresiva y seguida de una fase de estabilización y acomodación al tratamiento, se les abre la posibilidad del trasplante, y automáticamente, ponen todas sus esperanzas en este hecho, que tardará más o menos tiempo, o que en muchos casos no llegará. Al hacerse realidad el tan esperado trasplante, el enfermo experimenta una sensación de miedo, pero la afronta sin problemas pensando en que este trasplante le supondrá la liberación de la diálisis y una esperanza de vida

La calidad de vida es un concepto que abarca tres parámetros de una persona: Biológico, psicológico y social. Los mismos tomados en cuenta desde una perspectiva subjetiva y objetiva, y están relacionados con la satisfacción que tiene el sujeto respecto a su vida.

El Programa Nacional de Salud Renal, con el único objetivo de controlar estratégicamente las enfermedades renales a nivel nacional. Y hoy junto a las distintas instituciones y sociedades médico científicas relacionadas a la materia, se encuentran preocupados por la población de pacientes con enfermedad renal crónica por diversos factores, primero porque produce gran mortalidad a cualquier edad, sexo y raza, (siendo 20 veces mayor en pacientes jóvenes), el hecho de tener IRC aumenta el riesgo de morir de un infarto. Se sabe desde hace años que el hecho de tener una creatinina elevada aumenta la tasa acumulativa por infarto a nivel poblacional. Es por esta circunstancia el Programa de Salud Renal trabaja en base a tres estructuras importantes: el Programa de Prevención y Control de Enfermedades Renales, el Programa de Diálisis y el Programa de Trasplante.

Las investigaciones de la calidad de vida, permiten buscar información con metodología y técnicas adecuadas acerca de cómo se están estructurando las condiciones de vida en la sociedad, en los hospitales, en la familia y en el individuo, así como las consecuencias que puedan producir en la salud mental y por ende física y en el bienestar de la persona. Por tanto, permiten estimar la calidad de vida que se está gestando y orientar dichas condiciones para propiciar los objetivos de intervenciones biomédicas o psicoterapéuticas (Vergara-Lope y Gonzales-Celis, 2009)

La presente investigación, dará respuestas a estas interrogantes referidas a las estrategias de afrontamiento y calidad de vida del paciente con trasplante renal y el apoyo familiar que recibe, con la premisa de constituirse en el pilar de posteriores investigaciones.

Este trabajo investigativo, pretende constituirse en una aproximación a ciertos aspectos de las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con trasplante renal. Así a partir de los resultados obtenidos se pueda brindar un apoyo al paciente y a su

entorno, y al mismo tiempo plantear sugerencias y alternativas para la mejor atención y mejor calidad de vida en los pacientes con trasplante renal.

La recolección de datos y la recopilación de material bibliográfico, será de gran utilidad para plantear una serie de definiciones y conceptos que permitirá una mejor comprensión sobre esta problemática. Así mismo buscará conocer en mayor medida el comportamiento de las variables de estudio, dejando las puertas abiertas para futuras investigaciones sobre el tema.

La presente investigación tiene una relevancia social, por cuanto la salud es un derecho que no solamente corresponde a la familia ni a la persona, sino es un derecho fundamental. El derecho a la vida, derecho consagrado en nuestra constitución política de nuestro estado, interesa a las personas, a la familia, a la comunidad, a la sociedad.

CAPITULO II.

MARCO TEORICO.

2.1 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

2.1.1 Aproximaciones Históricas

El trabajo teórico en afrontamiento y mecanismos de defensa comenzó con Freud (1923), y luego fue desarrollado por su hija Ana en 1936. Desde esta perspectiva, el afrontamiento se subordinaba a la defensa y los estresores eran principalmente de origen intrapsíquico (Casullo, 1998).

En los años 60 los investigadores voltearon su atención del afrontamiento defensivo hacia el estrés, produciendo una amplia literatura al respecto. Varios estudios señalan la importancia de conocer la forma en que los adolescentes, particularmente, enfrentan los desafíos del crecimiento, en el cual deben atravesar cambios físicos, transformaciones en la personalidad, nuevos roles frente a las relaciones con sus pares y con sus figuras parentales, el desafío de la inclusión en el ámbito social, académico y laboral, entre otros.

Sin embargo, el constructo afrontamiento no ha sido utilizado con clara delimitación conceptual, dejando aún muchas interrogantes por resolver. Examinando la bibliografía sobre el tema, se observa que los aportes de Lazarus (1991) son los que más ampliamente abordaron este nuevo constructo y marcaron, sin dudas, un recorrido teórico de relevancia para la Psicología. El modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1985) ha tenido gran aceptación entre los científicos, aportando una importante conceptualización del afrontamiento. Generó además, una gran cantidad de trabajos y estudios que analizan los modos en que las personas enfrentan las dificultades y las situaciones estresantes en sus vidas.

El término afrontamiento se basa en el modelo animal que agrupa todos los actos que intentan controlar las condiciones adversas del entorno, y que disminuyen el grado de perturbación psicofisiológica producida por estas condiciones (Londoño y cols. 2005)

La progresiva inclusión de las variables mediadoras en los procesos de manejo del estrés y la creciente atención prestada a las variables cognoscitivas han sido elementos claves en el desarrollo conceptual del afrontamiento. De hecho, uno de los mayores desarrollos teóricos del afrontamiento surge del modelo cognoscitivo del estrés, a partir de las investigaciones desarrolladas en el Berkeley Stress and Coping Project en los años setenta. Desde este modelo, el afrontamiento se define como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Estos recursos incluyen la salud y la energía física, las creencias existenciales (como la fe en algún creador del universo), y las creencias generales del control que pueda tener el mismo o incluso el medio sobre su problema. (Lazarus & Folkman, 1985).

Los compromisos y sucesos que lo motivan también son considerados, ya que estos pueden ayudar de alguna manera al afrontamiento, además de los recursos que tiene para la resolución de problemas, así como las habilidades sociales y el apoyo social además de los recursos materiales, de esta manera un estudio realizado por Londoño y cols. (2005), demuestra cómo el apoyo social contribuye a la salud mental del desplazado; a partir del apoyo constante y establecimiento de un lugar de refugio, con asistencia por parte de profesionales de la salud, lo que disminuye el impacto emocional y las respuestas de alarma.

Al no estar presentes las condiciones que producen la amenaza, se facilitan las estrategias de afrontamiento orientadas a la búsqueda de la adaptación y se posibilita la regulación emocional posterior al trauma.

2.1.2 Aproximación Conceptual

Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes (Fernández, Abascal, 1997).

Las estrategias de afrontamiento son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Desde esta perspectiva teórica se resalta la relevancia de las variables cognitivas. El estrés psicológico se entiende desde la relación entre la persona y el ambiente, cuando en esta relación las demandas evaluadas agotan o exceden los recursos personales se realiza una evaluación que incluye dos procesos, el primero denominado la evaluación primaria y el segundo al que se le conoce como la evaluación secundaria. A través de la evaluación primaria la persona juzga si la situación es irrelevante o estresante. La situación será calificada de estresante cuando implica amenaza, desafío y pérdida o daño. Al considerar la situación como estresante, se sigue con la evaluación secundaria en donde la persona evalúa los recursos y las estrategias de afrontamiento disponibles, además de la posible eficacia de dichas estrategias y las consecuencias de su utilización (Lazarus & Folkman, 1985).

Las estrategias de afrontamiento son eficaces solo si contribuyen al bienestar fisiológico, psicológico y social de la persona. La eficacia de las estrategias de afrontamiento descansa en su habilidad para manejar y reducir el malestar inmediato, así como en sus efectos a largo plazo, en términos de bienestar psicológico y en el estado de salud (Snyder, 1999).

Otros autores que han trabajado los estilos de afrontamiento son Feuerstein, Labbé & Kuczmierczyk (1986). Estos autores ordenan las posibles categorías de afrontamiento con base en dos conceptos: el método usado y la focalización de las respuestas. Según el

método empleado las respuestas pueden ser activas o evitativas. En función de la focalización pueden orientarse hacia el problema o bien hacia el control de las emociones. A su vez cada una de estas respuestas puede ser de carácter conductual o cognoscitivo dando lugar a la combinación de estos tres criterios, formando un total de ocho categorías de afrontamiento. Además se afirma que otra variable a tener en cuenta son las diferencias culturales, estas se consideran en gran medida como un factor determinante en el tipo de estrategia de afrontamiento que el individuo empleará.

Mechanic (1974), parte de la perspectiva Sociopsicológica suscita también tres funciones: enfrentar las demandas sociales del entorno, crear el grado de motivación necesario para hacer frente a las demandas y mantener un estado de equilibrio psicológico para poder dirigir la energía y los recursos a las demandas externas.

Es de gran importancia resaltar la existencia de variables que pueden influir en las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas en situaciones de estrés. Estas variables se denominan recursos para el afrontamiento, en los que se encuentran la salud y la energía, las técnicas para la resolución de problemas, las habilidades sociales, las condiciones personales y los recursos materiales (Lazarus & Folkman, 1985).

2.1.2.1 Estrategias de afrontamiento individual

Dos dimensiones de afrontamiento fueron identificadas por los primeros investigadores y continúan atrayendo mucho la atención dentro de la investigación: el afrontamiento focalizado a la emoción y el afrontamiento focalizado al problema.

La dimensión del afrontamiento focalizado en el problema involucra estrategias que intentan resolver, reconceptualizar o minimizar los efectos de una situación estresante.

El afrontamiento focalizado en la emoción incluye estrategias que involucran la preocupación por uno mismo, fantasía u otras actividades conscientes relacionadas con la regulación del afecto, de manera alterna al planteamiento clásico definen el afrontamiento como:

Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Esta definición considera al afrontamiento como un proceso, diferenciándolo tanto de un rasgo como de una conducta adaptativa automatizada; enfatizando la acción más que el resultado. (Lazarus R.S. y Folkman, 1985).

Buscar soporte en personas e instituciones cuando se experimentan situaciones de tensión se constituye una forma positiva y adaptativa de afrontar, implica un manejo directo del problema a través de la orientación que otros puedan proveer (Lazarus & Folkman, 1985; Riquelme, Buendía & Rodríguez, 1993).

Fantin (2005), por su parte, informan que se da una relación positiva entre salud, apoyo social y la alta autoestima, esta última sirve como ente amortiguador sobre los efectos negativos del estrés.

Al examinar las implicaciones de las estrategias específicas de afrontamiento se observa que la evitación/comportamientos pasivos, poca implicación activa-positiva, rumiación/pasivo cognitivo, confianza activa en otros y la falta de apoyo percibido del entorno afectivo explican el 29% de la varianza total en el distrés emocional (Carrobbles, 2003).

El afrontamiento activo-conductual y el activo-cognitivo está asociado negativamente con el distrés por cuanto los sujetos se movilizan para lidiar con la enfermedad de una forma activa y positivamente, y protegerse mentalmente del malestar.

En consecuencia, los esfuerzos cognitivos que no se dirigen a la solución del problema favorecen en los sujetos actitudes y pensamientos pasivos asociados al distrés emocional, de manera que no se protegen del malestar generado por el estrés psicológico causado por la enfermedad (Wolf, 1991).

Los estudios revisados concuerdan en resaltar tres características de las estrategias individuales, a partir de las cuales pueden ser clasificadas, según estén dirigidas a: (1) La valoración, búsqueda del significado del suceso; (2) el problema, busca confrontar la

realidad, manejando las consecuencias; y (3) la emoción, regulación de los aspectos emocionales e intento de mantener el equilibrio afectivo (Anarte, Ramírez, López & Esteve, 2001; Galán & Perona, 2001; Lazarus, 2000; Lazarus & Folkman, 1985). En este orden de ideas, Carr (2007), basado en Zeinder y Endler (1996), señala que en las estrategias de afrontamiento se identifican tres clases a saber: “las estrategias centradas en el problema, las estrategias centradas en las emociones y las estrategias basadas en la evitación”

Como estos autores lo indican, en cada una de estas clases de afrontamiento pueden utilizarse estrategias de carácter funcional y/o disfuncional.

Las estrategias centradas en el problema parecen ser utilizadas en condiciones de estrés controlable, a su vez las estrategias centradas en las emociones tienden a ser utilizadas cuando se percibe un nivel de estrés incontrolable, como el experimentado ante el peligro de muerte y, por último, las estrategias basadas en la evitación tienden a manejarse en aquellos casos en los que la persona asume aplazar el afrontamiento activo por la necesidad de ordenar y hacer acopio de sus recursos psicosociales antes de afrontar activamente la situación.

Carr (2007), al revisar los instrumentos de evaluación de las estrategias de afrontamiento con propiedades psicométricas entre moderadas y buenas, observa que contienen subescalas que evalúan las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, en las emociones y basadas en la evitación. A partir de este análisis de los instrumentos, Carr (2007) identifica en todos ellos la evaluación de lo que denomina estilos de afrontamiento, distinguiéndolos como: estilo de afrontamiento centrado en los problemas, estilo de afrontamiento centrado en las emociones y el estilo de afrontamiento centrado en la evitación o replanteamiento.

	Endler y Parker (1990)	Ferguson y Cox (1997)	Lazarus y Folkman (1988)
Categoría del Afrontamiento	Coping Inventory for situations	Funcional dimensions of coping scale	Way of coping questionarie
Centrado en el problema	-Afrontamiento orientado a la tarea	-Afrontamiento por aproximación	-Resolución de problemas -Planificación de soluciones -Afrontamiento por confrontación -Aceptación de responsabilidad -Autocontrol
Centrado en la emoción	-Afrontamiento orientado a las emociones	-Regulación emocional	-Búsqueda de apoyo social -Replanteamiento positivo

Tabla N° 1. Subescalas de una selección de instrumentos para evaluar estilos de afrontamientos (Carr, 2007)

	Moos (1993)Paterson	Caver, Scheier y Weintraub (1989)	Paterson y McCubbin (1987)
Categoría del Afrontamiento	Coping Responces Inventory	COPE	Adolescent coping orientation for problem experience
Centrado en el problema	-Resolución de problemas -Análisis lógicos	-Afrontamiento activó -Planificación -Búsqueda de apoyo social instrumental -Afrontamiento por restricción -Supresión de actividades	-Resolución de problemas familiares -Búsqueda de apoyo profesional -Desarrollo independencia y optimismo
Centrado en la emoción	-Aceptación -Resignación -Búsqueda de orientación y apoyo -Replanteamiento positivo -Descarga emocional	-Aceptación -Búsqueda de apoyo social emocional -Recurre a la religión -Reinterpretación positiva y crecimiento -Contemplar el problema con humor -Centrarse en emociones y liberarlas -Negación -Consumo de sustancias	-Desarrollo de apoyo social -Invertir en amistades intimas -Búsqueda de apoyo espiritual -Tener sentido del humor -Liberar sentimientos y relajarse

Tabla N° 2.Subescalas de una selección de instrumentos para evaluar estilos de afrontamientos (Carr, 2007)

2.1.2.2 Estrategias de afrontamiento familiar

La familia es entendida como un sistema constituido por un grupo de personas entrelazadas, cuyo vínculo se basa en las relaciones de parentesco fundadas por los lazos biológicos y/o afectivos, con funciones específicas para cada uno de sus miembros, una estructura jerárquica, normas y reglas definidas, en función del sistema social del que hacen parte y sin cuyas orientaciones el sistema familiar mismo no podrá funcionar (Páez, 1984; Bertalanffy, 1979; Amarís, Amar & Jiménez, 2007). De esta forma, la reacción de cada uno de sus miembros afecta a todos los demás (Hernández, 1991; Stetz, Lewis & Primo, 1986).

El afrontamiento familiar se expresa entonces como la capacidad de la familia para movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios (McCubbin, Thompson & McCubbin, 1996; Louro, 2005). Las estrategias de afrontamiento en familias no se crean en un solo instante, se modifican en el tiempo (Galindo & Milena, 2003); además, Lazarus y Folkman (1985) mencionaron que no hay un estilo único de afrontamiento, sino que se emplean diferentes estrategias dependiendo de las demandas que surgen a lo largo del proceso.

Al igual que en afrontamiento individual, el familiar implica esfuerzos comportamentales y/o cognitivos orientados a manejar la situación estresante o la tensión generada en el sistema (McCubbin, Hunter & Dahl, 1975; McCubbin & McCubbin, 1993). Sin embargo, son procesos que, como se ha mencionado, se diferencian en su génesis y connotación entre procesos individuales versus procesos grupales. Esta concepción permite esclarecer cómo el afrontamiento ante eventos estresantes de la familia como unidad, difiere del afrontamiento ante el estrés por parte un individuo.

Dentro de la dinámica grupal de la familia, el afrontamiento se presenta como un esfuerzo por comprender los eventos que los afecta y tomar así algún tipo de acción sobre este. Se parte de la idea de que los procesos de interacción están determinados por los roles que cada miembro representa y las expectativas mutuas entre ellos (Hernández, 1991).

A nivel familiar, las estrategias de afrontamiento tienen en cuenta dos dimensiones: la primera hace referencia a la realidad subjetiva de la familia considerado como una entidad en sí misma; y la segunda se refiere a la naturaleza de interacción del afrontamiento en la familia (Hernández, 1991; Galindo & Milena, 2003).

Galindo y Milena (2003) señalan que la familia debe ser considerada como un grupo complejo que elabora su propia lectura de la realidad, es decir que la familia conforma una institución donde existen unas leyes y normas que rigen su funcionamiento. En este sentido, los miembros pertenecientes deben asumir un rol y una posición dentro del sistema familiar y cada miembro tiene una posición, que influenciará el papel que los otros miembros desempeñen dentro del sistema (Amarís, Paternina & Vargas, 2004).

De igual manera, el afrontamiento familiar es una respuesta grupal coordinada por las normas y reglas del sistema, asumiendo a partir de ellas que algunas estrategias específicas pueden ser más importantes que otras, especialmente sobre ciertos momentos del ciclo vital familiar y determinantes específicos (Galindo & Milena, 2003).

Las familias, con sus estrategias de afrontamiento, regulan su funcionamiento. En este sentido, las estrategias de afrontamiento familiar pueden potencialmente fortalecer y mantener los recursos de la familia con el fin de protegerla de las demandas de las situaciones estresantes y garantiza un manejo adecuado de su dinámica, manifestado en la comunicación, los vínculos, la promoción de una autoestima positiva en sus miembros. Las estrategias de afrontamiento se constituyen en variables mediadoras de la cohesión y la adaptabilidad de la familia (Olson, 1984; Galindo & Milena, 2003).

2.1.3 Evaluación de las Estrategias de Afrontamiento

Desde nuestra perspectiva, un instrumento como el Inventario de Estrategias de Afrontamiento, Coping Strategies Inventory (CSI), de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989, adecuadamente aplicado, permite resolver la mayoría de las dificultades mencionadas anteriormente. Como se detalla en el apartado de Material, recoge dos tipos de información cuantitativa, donde se responde a la frecuencia de utilización de

determinadas estrategias de afrontamiento según una escala Likert, así como al grado de eficacia percibida en el afrontamiento. Se pueden obtener, por tanto, utilizando el CSI, en un tiempo razonablemente corto, tanto narraciones como puntuaciones, utilizables tanto en diseños interindividuales como intraindividuales, se puede recordar una situación, analizarla en el presente o incluso contemplarla en el futuro, es posible detallar una situación o valorar todo un contexto de situaciones estresantes; se pueden comprobar y/o descubrir tanto nuevos significados de estrés como nuevas estrategias de afrontamiento, y se discrimina perfectamente entre el uso de estrategias y sus resultados, entre otras ventajas. (Cano, Rodríguez y García, 2007)

2.1.4 Dimensiones de las Estrategias de Afrontamiento.

Según Cano, Rodríguez y García, (2007) las estrategias de afrontamiento tiene las siguientes dimensiones:

- **Resolución de problemas**

Estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.

- **Reestructuración cognitiva**

Estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante.

- **Apoyo social**

Estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional.

- **Expresión emocional**

Estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés.

- **Evitación de problemas socio físicos**

Estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante.

- **Pensamiento Desiderativo**

Estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.

- **Retirada social**

Estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante.

- **Autocrítica**

Estrategias basadas en la autoinculpción y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

2.1.5 Enfoque Social de Estrategias de Afrontamiento.

La propuesta de estrategias de afrontamiento individual privilegia la dimensión social del ser humano, al reconocer que el afrontamiento surge de la interacción recíproca y de la rutina, exigiendo tomar alguna decisión por parte del individuo (Lazarus & Folkman, 1985). Como lo plantea Blanco (1995), retomando los postulados de interaccionismo simbólico el individuo en la medida en que pertenece a un contexto socio-cultural es partícipe activo de una realidad simbólica unida por el lenguaje. Al ser parte de esa realidad, el individuo genera un esquema de comportamiento; así, al realizarse cualquier cambio en su sistema sociocultural, necesariamente cambiarían los esquemas o representaciones mentales que la persona ha creado (Secor&Backman, 1964;Eiser, 1989; Rodríguez, 1991). Por esta razón, solo podemos considerar el nivel de adaptabilidad de una estrategia y su eficacia de acuerdo con el contexto y las características de la institución a las que pertenece (Lazarus & Folkman, 1985; Lazarus, 2000; Muela, Torres & Peláez, 2002).

Cabe resaltar que no debemos confundir el afrontamiento con el dominio del individuo sobre el entorno; el afrontamiento se trata una forma de manejar situaciones que puedan generar estrés en el individuo, con las que busca tolerar, minimizar, aceptar o ignorar aquello que sobrepasa sus capacidades, ya sea resignificando el estímulo, a través de las acciones, pensamientos, afectos y emociones que el individuo utiliza a la hora de abordar la situación desbordante. Por tal motivo el afrontamiento forma parte de los recursos psicológicos o psicosociales que el individuo utiliza para hacer frente a situaciones estresantes, y en la cual ejerce un efecto de mediación los rasgos de personalidad (Burgos, Carretero, Elkington, Pascual Marssetin & Lobaccaro 2000; Hesselink, 2004). Es una de las variables personales expuestas como intervinientes en los niveles de calidad de vida y el bienestar psicológico. Las investigaciones han develado la importancia del afrontamiento para comprender los ajustes que realiza un individuo en su medio, y poder percibir niveles positivos o negativos de la calidad de vida (Folkman, Lazarus, Schetter, DeLongis & Gruen, 1986; Font, 1990; Hernández, 1991; Waters & Moore, 2002; Gol & Cook, 2008).

Reconocer que el afrontamiento surge de la interacción recíproca y de la rutina, exigiendo tomar alguna decisión por parte del individuo (Lazarus & Folkman, 1986).

2.1.6 Estrategias de Afrontamiento y salud

La salud y la energía se hallan entre los recursos más generalizados de los relevantes en el afrontamiento de muchas, si no de todas, las situaciones estresantes. Una persona frágil, enferma, cansada o débil tiene menos energía que aportar al proceso de afrontamiento que otra saludable y robusta. El importante papel desempeñado por el bienestar físico se hace particularmente relevante cuando hay que resistir problemas e interacciones estresantes que exigen una movilización importante (Lazarus & Folkman, 1986).

2.2 CALIDAD DE VIDA

2.2.1 Aproximaciones Históricas

El término Calidad de vida, como tal, recién se consolidó por la década de los setentas, es por ello que no existen referencias histórico-bibliográficas anteriores, de este concepto. Pero, es posible realizar una aproximación histórica de su desarrollo con relación a términos afines, como: salud, bienestar y felicidad; que poco a poco han ido ampliando el espectro de dimensiones incorporadas para su comprensión (García, 1991), no existen referencias históricas bibliográficas del concepto calidad de vida en sí, de ahí que tengamos que recurrir a sus términos afines (salud, bienestar y felicidad) para hacer un poco de historia.

Al inicio, la Calidad de Vida estuvo vinculada al cuidado de la salud personal e higiene pública. Harris (1990) sostiene que civilizaciones antiguas como la egipcia, griega, hebrea y romana fundaron la tradición occidental de la preocupación por la salud del sujeto, cuyos pilares eran: la higiene personal y la alimentación. Durante este periodo, la salud era considerada como la existencia de un espacio público y colectivo en el que la vida social podía libremente desarrollarse.

Durante la Edad Media, según Piédrola (1991), se produjo un cambio en las conductas relacionadas con la higiene, a nivel público y privado, este abandono de las formas de saneamiento fue resultado del pensamiento de la época: “desprecio por lo mundano” y la “mortificación de la carne”.

A posterior, se trató de normar la preocupación estatal por la salud, Moreno y Ximenéz (1996) afirman que las primeras normas legales en el área de Salud Pública se dictaron en Inglaterra hacia el siglo XVII y un siglo después en Francia y luego en Alemania e Italia.

Durante el siglo XVIII y principios de XIX se realizaron mayores progresos en la legislación, para la regulación de la enfermedad y los accidentes, la maternidad, la vejez

y la muerte, emergiendo de este modo el área del bienestar social dentro de la salud pública.

En este último periodo mencionado se destaca en “Informe Chadwick” en Inglaterra el año 1842 y el “Informe Shattuk” de Estados Unidos el año 1850, que dan los primeros pasos hacia la construcción de la acepción de la Salud Pública, ya que analizan conjuntamente la Salubridad pública, condiciones de trabajo, la dieta y el sistema alimenticio, la tasa de mortalidad y la esperanza de vida, el sistema de escolarización, el estado de las viviendas y de las ciudades y las formas de vida de los diferentes estratos sociales (Piédrola, 1991).

Este último autor citado también menciona que, luego en el siglo XIX, el reconocimiento de los derechos humanos y ciudadanos dio lugar a nuevas formas de calidad de vida abordando la esfera social y política. Se reconoció la actividad y la acción individual de la lucha política, la libertad de asociación, libertad de creencias y libre expresión.

Después de la segunda guerra mundial, según expresa el mismo autor, con la instauración de una economía de mercado, el empuje de la iniciativa privada y el establecimiento de sistemas fiscales, la calidad de vida se ha asociado al desarrollo económico, al mercado de consumo y a la adquisición de bienes materiales, privados y públicos. Esta concepción olvida aspectos cualitativos, ya que el bienestar económico y material no es determinante del bienestar subjetivo, la satisfacción con la vida y el sentimiento de felicidad.

El mismo autor indica que, un concepto más amplio de calidad de vida, no apareció en la literatura científica hasta la segunda mitad de los 60, consolidándose en 1975, ligado a la medicina. Así, la evaluación de las condiciones materiales de la vida contaba con una larga tradición científica y con datos estadísticos útiles, poblacionales o de otra índole.

Posteriormente, el concepto se extiende de otras áreas, como la psicología y sociología, desplazando a otros términos más fáciles de operacionalizar, como felicidad o bienestar. De este modo se desarrolla la vertiente subjetiva de la calidad de vida: analizando los

fenómenos psicosociales implicando cuestiones de carácter sociológico o antropológico que pudiesen fundamentar la diferencia entre los grupos y las personas (Moreno & Ximenez, 1996; Fernández, 2009, 17).

Este devenir, que puedan interpretarse como el paso de la análisis de las “condiciones de vida” al análisis de la “experiencia de estas condiciones”, pretendía integrar tanto la valoración de las circunstancias “materiales” de la vida de las personas como, la “percepción y la valoración” de las experiencias vividas por cada uno, lo que finalmente supondría la actual vertiente “subjetiva” del análisis (Fernández, 2009, 9).

2.2.2 Aproximación Conceptual

Para la definición conceptual de la calidad de vida, se debe tomar en cuenta aspectos fundamentales cuando se elabora este constructo, en función de diferentes culturas, valorando la subjetividad, la multidimensionalidad y la presencia de aspectos positivos y negativos. Debido a esta variabilidad y subjetividad de conceptos, no existe un consenso sobre su definición.

Fernández (1997), plantea cuatro formas divergentes de analizar la calidad de vida: a) la percepción subjetiva que los individuos tienen sobre ciertas condiciones, b) las condiciones subjetivas y objetivas, c) un concepto ideográfico donde es el sujeto el que establece sus factores integrantes, y d) un concepto nomotético que permite establecer un patrón de. Calidad de vida general para todos los sujetos.

Por otro lado algunos autores plantean conceptos desde una perspectiva tanto subjetiva como objetiva, por ejemplo Cella (1988), considera que la calidad de vida es la apreciación y satisfacción que siente el sujeto respecto a su nivel de funcionamiento actual en base a lo que para este es ideal.

Otros estiman que la calidad de vida en la combinación entre la calidad de condiciones de vida y la satisfacción ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales y aspiraciones que el sujeto tiene de la misma (Dennis, Williams, Giangreco & Cloninger, 1994; Felce & Perry, 1995).

La vida encierra mucho aspecto y todos deben ser tenidos en cuenta al hablar de calidad de vida (Alarcón, 2006), es por ello que se toma en cuenta el aspecto biopsicosocial, estos tres ejes se relacionan de manera continua y permanente, y en ocasiones las líneas entre uno y otro son tan borrosas que al hablar de cada una necesariamente se involucran elementos de los otros dos.

El concepto de la calidad de vida, aún sigue siendo un concepto difuso, se refiere a aspectos objetivos del nivel de vida como al malestar y bienestar subjetivos, incorporándose a la definición aspectos sociales, físicos y psicológicos (Álvaro & Páez, 1996).

Ya en 1948, la O.M.S. fue pionera en el futuro del desarrollo de la calidad de vida, pero su definición no fue muy satisfactoria para muchos autores. En 1991, se retoma el tema y se agrupan aspectos de diferentes países, quienes brindan una definición y un consenso básico que permite dar unidad a este complejo campo (Schwartzman, 2003).

En el programa de salud mental de la O.M.S. realizando en el foro mundial de la salud de 1996, se lanzó formalmente la definición de la calidad de vida como “la percepción individual de la propia posición de la vida, dentro del contacto cultural y valores en que vive, y en relación como los propios objetivos, expectativas, intereses, nomás y preocupaciones” (O.M.S. 2006), A continuación se presentan un diagrama del modelo conceptual de la O.M.S. (Cuadro 1).

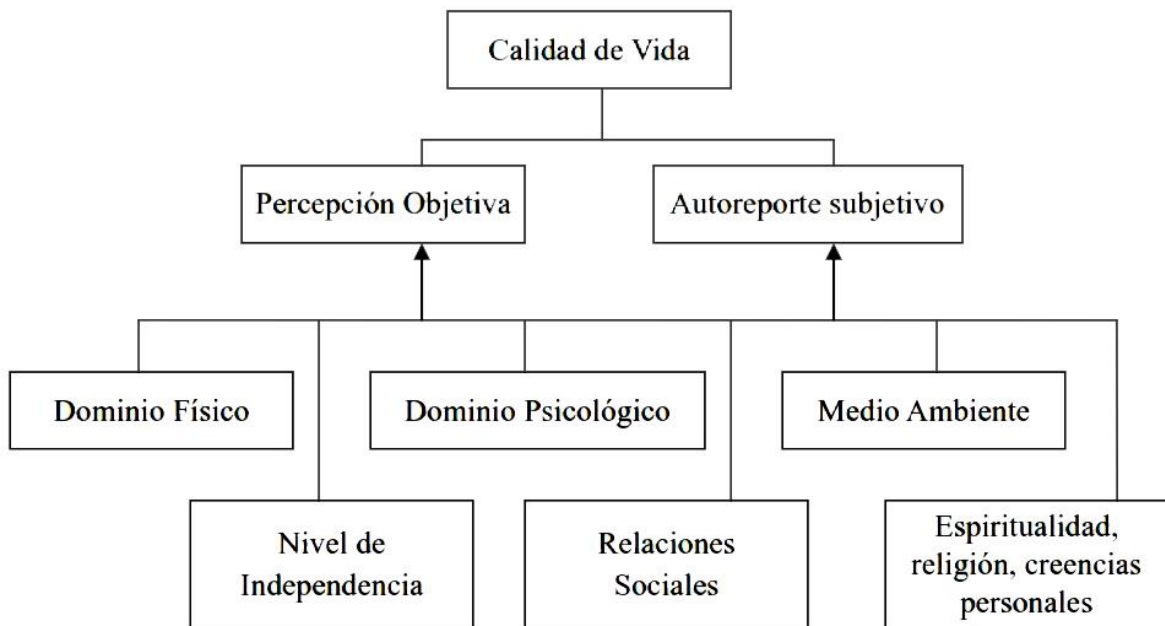


Tabla N° 3. Modelo conceptual de Calidad de vida O.M.S. (2006)

2.2.3 Enfoques teóricos sobre la calidad de vida

Para Fernández (2009) existen diferentes enfoques que estudian teóricamente la calidad de vida estos son: biológica, psicólogo, ecologista, economicista, sociológica.

- **Enfoque Biologista.**

Analiza la calidad de vida centrándose en las condiciones de la salud de las personas y en las cuestiones sanitarias de una determinada comunidad.

- **Enfoque Psicosocial.**

Analiza la valoración de la persona sobre su propia calidad de vida y sobre sus emociones y sentimientos al respecto de esta. Considera los modos de afrontamiento, los rasgos personales, la satisfacción con la vida, la participación en actividades ocupacionales, laborales y otras, subrayando tanto las dimensiones personales como los socios ambientales desde la percepción ambiental.

- **Enfoque Ecologista.**

La valoración de la calidad de vida se realiza desde el análisis de la relación entre las personas y los espacios físicos que estas ocupan. Consideran principalmente las características ambientales y su implicación sobre el estilo de vida.

- **Enfoque Economista.**

Determina el nivel de calidad de vida en función de los niveles de ingreso económico, gastos sociales e inversión de los individuos, grupos o comunidades.

- **Enfoque Sociológica.**

La calidad de vida es analizada en función del conjunto de condiciones objetivas y observables que conformen una comunidad. Valorar la influencia de las variables demográficas, lugar de residencia, cuestiones de trabajo, ocio, relaciones sociales, familiares, servicios sociales ofertados a la comunidad y otros.

2.2.4 Evaluación de la calidad de vida

Dentro de la evaluación de la calidad de vida se preguntan aspectos sobre; “la satisfacción global con la vida, como también aspectos que se encuentran dentro de estas, como la satisfacción con dominios específicos como: la vivienda, el ocio y el tiempo libre, el medio ambiente, la educación, el trabajo y las relaciones” (Blanco y Chacón, 1985 citado en Álvaro & Páez, 1996).

Álvaro & Páez, (1996) indica que las escalas de satisfacción vital, también se usan para medir la calidad de vida. Incluyen indicadores sociales o comunitarios, como las tasas de desempleo, suicidio, mortalidad infantil y criminal, el ingreso per capital, el nivel de educación, la oferta de posibilidades de ocio e indicaciones de contaminaciones ambientales deben tomarse en cuenta.

Generalmente las escalas de la calidad de vida unifican escalas de síntomas y de bienestar, además de integrar el funcionamiento social del sujeto, Escalas especificadas,

para evaluar este aspecto, incluye la capacidad de afrontamiento, el estrés percibido, el nivel de apoyo social y la satisfacción vital entre otros. Estas medidas junto con las ya descritas sobre la ansiedad y depresión, pueden considerarse como indicadores de la calidad de vida individual y colectiva (Álvaro & Páez, 1996).

La O.M.S. (2002, Julio) a través de estudios multi céntricos ha propuesto el uso de instrumentos de medición comunes de calidad de vida como: el cuestionario Whoqol-100, con la finalidad de realizar un análisis comparativo de las realidades de distintas regiones del mundo.

2.2.5 Dimensiones de la calidad de vida.

Las dimensiones de la calidad de vida según Álvaro y Paez (1996) son: la salud mental, la integración social y el bienestar general.

La O.M.S. considero seis dimensiones: a) física (dolor, malestar, energía, cansancio, sueño, descanso); b) psicológica (sentimientos positivos, labores de reflexión, aprendizaje, memoria, concentración, autoestima, imagen y apariencias corporales, sentimientos negativos); c) grado de independencia (movilidad, actividades de la vida diaria, dependencias respecto a medicamentos o tratamientos, capacidad de trabajo); d) relaciones sociales (relaciones personales, apoyo social, actividad sexual); e) entorno (seguridad física, entorno doméstico, recursos financieros, atención sanitaria y social, actividades recreativas, entorno físico, transporte); f) espiritual (espiritualidad, religión, creencias personales) (Flores, Vega & Gonzales, 2011).

El grupo de investigación WHOQOL (1998), toma en cuenta seis dimensiones de la calidad de vida:

- **Dimensiones físicas**

Dentro de estas dimensiones se encuentran aspectos como: el dolor físico, la energía, el sueño, la movilidad o movimiento, la actividad física, la medición y el trabajo físico.

- **Dimensiones Psicológicas**

Dentro de esta dimensión comprenden los sentimientos tanto positivos como negativos, pensamientos, autoestima, estimación y aprecio, y espiritualidad.

- **Nivel de Independencia**

Dentro de esta dimensión se encuentra la movilidad, actividades de la vida diaria, Dependencia respecto de medicaciones o tratamientos, Capacidad de trabajo

- **Dimensiones Relaciones sociales**

Compuesta por reacciones con las demás personas, el apoyo otros y la sexualidad del individuo.

- **Dimensión medioambiente**

Esta dimensión está compuesta por la seguridad el lugar de residencia, la situación o financiera, los servicios, la información, el ambiente físico, el transporte y el ocio.

- **Dimensión Espiritual**

Esta dimensión se encuentra la espiritualidad, la religión, creencias personales

2.2.6 Calidad de vida y salud

Para algunos autores este concepto se reduce a la medición de: síntomas, efectos de la enfermedad o tratamientos sobre el estado de ánimo y el comportamiento, porque depende únicamente del estado de salud del sujeto (Rabasta, 2000).

2.3 MARCO INSTITUCIONAL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD RENAL

La insuficiencia renal crónica es una de las principales causas de morbilidad y muerte en Bolivia, constituyéndose en un desafío para el sistema de salud. En ese sentido el gobierno actual asume el compromiso de eliminar las inequidades y las barreras de acceso a programas de salud renal, para garantizar el derecho a la salud para vivir bien de todos los bolivianos y las bolivianas en un sistema inclusivo, equitativo, solidario de calidad y calidez, aumentando los años de vida y mejorando la calidad de la misma a través de un enfoque intersectorial.

El Ministerio de Salud consiente de su rol y responsabilidad con las generaciones actuales y futuras, ha decidido enfrentar esta problemática y dar un paso inicial e histórico en la elaboración y aplicación de políticas de salud destinadas a la enfermedad renal.

El Programa Nacional de Salud Renal, dependiente del Ministerio de Salud, fue creado mediante la Resolución Ministerial N° 0001 de 6 de enero 2005, con el único objetivo de controlar estratégicamente las enfermedades renales a nivel nacional. Y hoy junto a las distintas instituciones y sociedades médico científicas relacionadas a la materia, se encuentran preocupados por la población de pacientes con enfermedad renal crónica por diversos factores, primero porque produce gran mortalidad a cualquier edad, sexo y raza, (siendo 20 veces mayor en pacientes jóvenes), el hecho de tener IRCT aumenta el riesgo de morir de un infarto. Se sabe desde hace años que el hecho de tener una creatinina elevada aumenta la tasa acumulativa por infarto a nivel poblacional.

El Estado Plurinacional de Bolivia está al cuidado de todos los habitantes para proteger la salud de todos los bolivianos y bolivianas, en aplicación a la Constitución Política del Estado. El Artículo 158, en concordancia con el Artículo 2° del Código de Salud de Bolivia, en la cual manifiesta que la salud es un bien de interés público y que el Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud del individuo, la familia y la población en general .

Es por esta circunstancia el Programa de Salud Renal trabaja en base a tres estructuras importantes: el Programa de Prevención y Control de Enfermedades Renales, el Programa de Diálisis y el Programa de Trasplante.

El Programa Nacional De Salud Renal dependiente del Ministerio de Salud en el marco de sus responsabilidades bajo el Decreto Supremo No. 1870 que se promulgo el 23 de enero del 2014 viene realizando el Trasplante Renal Gratuito a nivel Nacional con donante vivo relacionado y donante cadavérico. (Ministerio de Salud Bolivia, 2014)

En esta ocasión, el Ministerio de Salud pone a disposición de la población boliviana la Pagina Web del Programa Nacional de Salud Renal a través de la cual la población tendrá acceso a información de sus componentes de diálisis, prevención y trasplante renal. Cumpliendo las recomendaciones emitidas a nivel internacional.

2.3.1 Misión

Mejorar la calidad de vida del enfermo renal crónico, paciente con trasplante renal en todos sus aspectos, fomentando la prevención e investigación de la enfermedad renal crónica, así como la sensibilización sobre la donación de órganos para trasplante renal.

2.3.2 Visión

Ser una institución que brinde el bienestar del paciente renal en los Niveles de Atención, fomentando y promoviendo los programas y políticas de atención integral al paciente, familia y comunidad, garantizando el respeto a la vida y el derecho a la salud.

2.3.3 Prevención de Enfermedades Renales

La prevalencia e incidencia de enfermedad renal crónica parece haber aumentado en los últimos años a nivel mundial, en parte debido a la mayor prevalencia de la diabetes, hipertensión arterial y obesidad en la población general.

La enfermedad renal crónica constituye un poderoso factor de riesgo de enfermedad vascular y de mortalidad, además del fallo renal. Se conoce que aproximadamente el 10% de la población general se encuentran en riesgo de desarrollar esta enfermedad en algún momento de su vida, donde las probabilidades aumentan con la edad. Al tratarse de una cifra tan alta, la enfermedad renal crónica se ha convertido en un importante problema de salud pública dada la comorbilidad asociada y el alto costo de los tratamientos de sustitución renal.

Si bien se conoce con precisión los datos epidemiológicos referentes a las distintas modalidades de terapia de sustitución renal (hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal), la información concerniente a los distintos estadios previos de función renal en la población general son aún desconocidos.

Las enfermedades renales constituyen un importante problema de salud a nivel mundial, no solo por las altas tasas de nuevos casos cada año. Sino porque un alto porcentaje de ellas sigue un curso inexorable hacia la cronicidad y pérdida progresiva de la capacidad funcional del riñón, independientemente de su etiología. Como consecuencia de este patrón evolutivo, las enfermedades renales tienen un alto impacto social y económico, relacionado con la incapacidad en sectores productivos de la población y los altos costos de las terapias de sustitución de la función renal con diálisis o trasplante.

Las causas principales de Enfermedad Renal Crónica a nivel mundial, son la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial, en Bolivia de acuerdo al registro Boliviano de Diálisis y Trasplante la situación es similar.

El área de Prevención de enfermedad Renal tiene como eje central la Promoción, prevención y educación en salud, con el objetivo de minimizar las complicaciones y dar una respuesta apropiada al incremento de enfermedades no transmisibles en nuestro país.

El Objetivo principal del Área de prevención es la detección precoz de pacientes con factores de riesgo para contraer enfermedades renales crónicas mediante las siguientes medidas progresivas de carácter preventivo:

- Medidas Progresivas de carácter preventivo.
- Realizar encuestas poblacionales para detectar los factores de riesgo de susceptibilidad para la enfermedad renal crónica.
- Realizar exploraciones clínicas necesarias para detectar factores de riesgo de iniciación y progresión de enfermedad renal crónica.
- Detectar la presencia de Hipertensión Arterial como factor de riesgo de iniciación y progresión para una enfermedad Renal Crónica.
- Detectar la Diabetes mellitus como factor de riesgo de iniciación y progresión para una enfermedad Renal Crónica.
- Educar al personal de salud en general, incluyendo estudiantes de medicina y enfermería en forma continua sobre la modificación de los factores de riesgo de enfermedad renal crónica y los cambios necesarios en el estilo de vida.
- Educar a la población en general en forma continua sobre la modificación de los factores de riesgo de enfermedad renal crónica. y los cambios necesarios en el estilo de vida.

2.3.4 La Insuficiencia Renal Crónica (IRC)

Se ha transformado en una epidemia a nivel mundial, los factores que la originan son múltiples y varían según las diferentes regiones del planeta, no obstante la diabetes y la hipertensión continúan siendo sus principales causas incidentes.

"En los últimos diez años la IRC ha tenido un importante incremento en la estadística mundial, tanto de mortalidad como de morbilidad, estimándose que el crecimiento sobrepasara el 30% en algunos países a nivel mundial, calculando que en el año 2010 ascenderán a un total de más de dos millones de personas en el mundo.

Ese aumento y los altos costos relacionados van a quebrar totalmente a los países en desarrollo, generando profundas crisis por el alto número de fallecidos y por las consecuencias que se van a desatar en el seno de las familias".

La diabetes y la hipertensión arterial son dos de las principales causas de enfermedad renal crónica, responsables del 50% de las causas primarias de daño renal, no obstante tenemos a otro 50% de la población en diálisis cuya causa etiología responsable de su falla renal está distribuida entre patologías como las glomerulopatías, la nefropatía obstructiva (hiperplasia prostática), tuberculosis, nefropatía lupica, poliquistosis renal, uso de medicamentos nefrotoxicos, entre los más importantes.

Actualmente en nuestro estado más de 1000 personas se encuentran recibiendo terapia de diálisis, alcanzándose un crecimiento poblacional de más del 60% anual, demostrándonos el carácter epidémico de la misma y la necesidad de instaurar políticas de salud prontas a resolver este problema de salud pública. La diálisis en nuestro país ha evolucionado mucho, durante los últimos 4 años el número de Unidades de Hemodiálisis se ha incrementado en más del 200% creándose accesibilidad para la población que sufre de esta patología, se han sacado normas que regulan las condiciones de infraestructura y protocolos de diagnóstico y tratamiento de los pacientes con enfermedad renal que requieren de diálisis, medidas que tienen como fin asegurar la calidad de vida de los

pacientes, consiguiendo la mínima repercusión en el estado de salud general de los mismos.

2.3.5 Trasplante

Es indudable que una de las políticas más esperadas en nuestro país es la implementación de un Programa de Trasplantes de Órganos y Tejidos y, en con especial expectativa la del riñón proveniente procedente de un donante cadavérico.

El trasplante de órganos y tejidos es un tratamiento médico complejo, que consiste en sustituir un órgano vital que ha dejado de funcionar por otro sano de un donante vivo o cadavérico. Dichas intervenciones están legisladas minuciosamente, tendiente a asegurar a la sociedad la garantía de que ese órgano o tejido humano va a tener como destino un procedimiento terapéutico. Además es el Ministerio de Salud el responsable de darle esa seguridad a la sociedad.

A diferencia de otras tecnologías esta tiene un marco normativo y organismos específicos y bioéticos, creándose para ello las Coordinaciones Regionales de Trasplante, como entidades estatal encargada de la procuración y el trasplante de órganos y tejidos en las diversas regiones del estado, siendo sus funciones cumplidas en dependencias de los distintos Servicios Departamentales de Salud (SEDES) bajo la tutela del Programa Nacional de Salud Renal del Ministerio de Salud y Deportes, cuyas funciones abarcan el impulsar y coordina el sistema conformado por las diversas jurisdicciones responsables de la procuración, distribución e implante de órganos en cada una de los departamentos del eje troncal del estado (La Paz, Cochabamba, Santa Cruz), controlando la lista de espera y los operativos de traslados en tiempo y forma de receptores y donantes.

¿Qué es Donante Vivo Relacionado?

Es toda persona, que en vida y por voluntad propia dona sus órganos de forma gratuita a un familiar como un gesto altruista y de solidaridad.

¿Qué es un Trasplante de órganos?

Se trata del reemplazo de un órgano y/o tejido enfermo, sin posibilidad de recuperación, por otro sano.

El trasplante es un procedimiento médico indicado cuando toda otra alternativa para recuperar la salud se ha agotado.

¿Cuándo es necesario un trasplante de órganos?

En general como consecuencia de enfermedades o accidentes, es posible perder la función normal que tienen los órganos de realizar funciones básicas para la vida por lo que es necesario un trasplante que permita sustituir las funciones del órgano dañado.

2.3.6 Requisitos

El Programa Nacional de Salud Renal, dependiente del Ministerio de Salud en el marco de sus responsabilidades bajo el Decreto Supremo N° 1870 que se promulgó el 23 de enero del 2014 viene realizando el Trasplante Renal Gratuito a nivel Nacional con donante vivo relacionado.

De acuerdo a la Resolución Ministerial N° 245 del 12 de Marzo de 2014 estos son los siguientes

Requisitos para poder acceder a un trasplante con Donante vivo relacionado:

De acuerdo a Resolución ministerial N° 245 del 12 de marzo de 2014

1.-Primero se debe presentar una carta de solicitud de acceso quirúrgico para el trasplante por el paciente, dirigida al Director General de Servicios de Salud del Ministerio:

2.- Acompañado de un certificado de nacimiento original del receptor y el donante vivo relacionado y compatible hasta el cuarto grado de consanguinidad o cónyuge.

3.- Fotocopias de cedula de identidad, tanto del receptor como del donante, un informe médico actualizado con la firma del responsable de la Unidad de Hemodiálisis, certificado de pruebas de cross match, avalando que el donante y el receptor son compatibles, señalando que no existe contradicciones médicas para la realización del trasplante renal.

4.-Informe de psicología o psiquiatría del Hospital público de la ciudad que pertenece el receptor.

5.-Informe de trabajo social, que respalde condiciones mínimas de vivienda adecuada para después de la operación (post trasplante).

2.3.7 Normativas

2.3.7.1 Leyes

- Ley 0329 - Mes de Marzo lucha contra las enfermedades renales en Bolivia.
- Ley 1716 - Ley de donación y trasplante de órganos, células y tejidos - ley de 5 de noviembre de 1996.

2.3.7.2 Decretos Supremos

- Decreto Supremo N° 1870 - Modificaciones al Decreto Supremo 1115 - Trasplante Gratuito.
- Decreto Supremo N° 1115 - Reglamento a la Ley n° 1716, de Donación y Trasplante de Órganos, Células y Tejidos

2.3.7.3 Resoluciones Ministeriales

- Resolución Ministerial - 6 de Enero de 2005

2.3.7.4 Normas Básicas

a) Trasplante

- Manual de Trasplante Renal
- Manual de Funciones de la Coordinación Nacional, Regional y Hospitalaria de Trasplante
- Manual de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud y Autorización de Profesionales para Trasplantes Renales
- Guía de evaluación y acreditación o autorización de establecimientos de salud y autorización de profesionales para trasplantes renales

b) Hemodiálisis

- Normas de Hemodiálisis
- Normas de Diálisis Peritoneal

c) Prevención y Control de Enfermedades Renales

- Programa de Prevención y Control de Enfermedades Renales

CAPITULO III.

METODOLOGIA

3.1. TIPOS Y DISEÑOS DE INVESTIGACION

3.1.1 ENFOQUE DE INVESTIGACION

La presente investigación tiene enfoque **Cuantitativo**, este enfoque utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar la hipótesis establecidas previamente, confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población (Hernández, 2003).

3.1.2 TIPO DE INVESTIGACION

El tipo de investigación es descriptivo **correlacional**, este tipo de estudios tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables, miden cada una de ellas y después, cuantifican y analizan la vinculación. Tales correlaciones se sustentan en hipótesis sometidas a prueba (Hernández, 2003).

3.1.3 DISEÑO DE INVESTIGACION

La presente investigación es diseño **no experimental del tipo transversal**, en el cual se analizara cuál es el nivel o modalidad de una o diversas variables en un momento dado. Evaluar una situación, comunidad, evento, fenómeno o contexto en un punto del tiempo. Determinar o ubicar cuál es la relación entre un conjunto de variables en un momento único. (Hernández, Fernández & Baptista, 2003).

3.2. VARIABLES

3.2.1 Estrategias de Afrontamiento

Son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1985).

3.2.2 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 (O.M.S.).

3.2.3 Operacionalización de Variables

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	MEDIDOR	INSTRUMENTOS
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.	Esfuerzos cognitivos y conductuales ante situaciones particulares.	-Afrontar la Situación. -Resolución de problemas. -Autocrítica. -Expresión emocional. -Pensamiento	-Totalmente -Con Frecuencia -Algunas veces -Un Poco -Nunca	Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989))

		<p>desiderativo.</p> <p>-Apoyo social.</p> <p>-</p> <p>Reestructuración cognitiva.</p> <p>-Evitación de problemas.</p> <p>-Retirada social.</p>		
CALIDAD DE VIDA.	Bienestar biopsicosocial.	<p>-Calidad de Vida</p> <p>-Dominio Físico.</p> <p>-Dominio Psicológico.</p> <p>-Nivel de Independencia</p> <p>-Relaciones Sociales.</p> <p>-Ambiente.</p> <p>-Espiritual.</p>	<p>-Excelente</p> <p>-Muy Bien</p> <p>-Bien</p> <p>-Poco</p> <p>-Muy Mal</p>	<p>World Health Organization Quality Of Life-100 (Organización Mundial de la Salud, 1998)</p>

3.3 POBLACION Y MUESTRA

3.3.1 POBLACION.

El universo o población, Tamayo (2007) define a la población como la “totalidad del fenómeno de estudio, incluye la totalidad de unidades de análisis o entidades de población que integran dicho fenómeno y que debe cuantificarse para un determinado estudio integrando un conjunto N de entidades que participan de una determinada característica, y se le denomina población por constituir la totalidad del fenómeno adscrito a un estudio o investigación”.

La población que se trabajara son todos los pacientes que se sometieron a trasplante renal, mediante el Programa de Salud Renal que son en total 60 pacientes.

3.3.2 MUESTRA

Para la realización de la presente investigación se optó por una muestra no probabilística del tipo intencional, por lo que la selección de los elementos de la población no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación, por lo que la muestra seleccionada obedece a criterios de la investigación (Hernández, Fernández & Baptista, 2003).

El tipo de muestreo que se aplicó fue intencional, que consiste en un procedimiento que selecciona los casos característicos de la población y limita la muestra a dichos casos. Este muestreo se efectúa deliberadamente para obtener muestras representativas, mediante la inclusión de sujetos típicos (Hernández, 2003).

3.3.3 CRITERIOS DE SELECCION

Departamento de La Paz

Pacientes con trasplante renal

Predisposición de los pacientes a la Investigación

La edad a tomar en cuenta es de 20 a 52 años

Sexo ambos

Por tanto la muestra corresponde a 16 pacientes con trasplante renal en el departamento de La Paz.

3.3.4 AMBIENTE

El ambiente utilizado donde se realizó la investigación, fue el auditorio del Programa Nacional de Salud Renal, la misma es un espacio cómodo con mesas, asientos, pizarra, para que los pacientes realicen las pruebas.

3.4. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

3.4.1 INSTRUMENTOS

3.4.1.1 Cuestionario Sociodemográfico.

Es un instrumento necesario para recopilar información valiosa en diferentes áreas de la investigación y nos dan una visión más profunda, periódica, actualizada y detallada de los hechos sociodemográficos de cada persona.

Se elaboró para fines de la investigación un cuestionario sociodemográfico para poder conocer las principales características de la población de estudio, el cual fue previamente explicado y guiado a través de una entrevista personal previa con cada paciente con trasplante renal.

3.4.1.2 Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989)).

a) Descripción del instrumento

El inventario de estrategias de afrontamiento fue aplicado inicialmente por cruzado en 1997, posteriormente fue adaptada y validado al ámbito de la sociedad española por Javier Cano y Cols. En el año 2007, los resultados mostraron excelentes propiedades psicométricas, obtuvieron coeficientes de consistencia interna entre 0,63 y 0,89.

La validez convergente se comprobó utilizando inter correlaciones entre las escalas, determinándose así su validez y fiabilidad en la evaluación en la utilización de las estrategias de afrontamiento en una amplia variedad de situaciones

b) Corrección de la escala

Cada uno de sus elementos conforma una estructura, que a la vez es jerárquica y se componen de ocho estrategias primarias. La corrección se realiza tomando en cuenta las 8 escalas primarias, se suman los puntos en base a las respuestas, luego estas se dividen entre 5. Los resultados deben tener un rango de 0 a 4 para cada escala. Posteriormente se ordenan las escalas de mayor a menor en base a los resultados

c) Puntuación

Esta escala contiene 40 ítems que recogen información cuantitativa y se puntúan por separado por un formato de tipo Likert. Solicita las respuestas en base a la frecuencia de la utilización de determinadas estrategias de afrontamiento así como el grado de eficacia con la que estas son percibidas. La forma de aplicación de la

escala puede ser grupal o individual y tiene un tiempo de duración de 40 – 50 minutos aproximadamente.

Tabla N° 4

Escala	
Totalmente	4
Mucho	3
Bastante	2
Un Poco	1
Nunca	0

d) Interpretación

- **Resolución De Problemas**

Son estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce. Esta estrategia se concentra en resolver el problema, estudia sistemáticamente y analiza los diferentes puntos de vista u opciones

- **Autocrítica**

Estrategias basadas en la autoinculpación por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo. La persona tiende a hacerse responsable de los problemas o las preocupaciones que se presenta

- **Reestructuración Cognitiva**

Es una técnica cognitiva utilizada para identificar y corregir estos patrones de pensamiento negativo. El objetivo que persigue esta técnica es modificar el modo en el que interpretamos nuestras experiencias, los pensamientos negativos que surgen automáticamente y las valoraciones subjetivas que nos provocan malestar.

- **Apoyo Social**

Hace referencia a sentirse querido, protegido y valorado por otras personas cercanas en quien poder confiar (pareja, familiares o amigos). No es tanto la red social “física”, o número de personas cercanas disponibles (los efectos del apoyo social parecen no ser acumulativos), como el apoyo percibido por parte de la persona (tener un amigo íntimo es mejor que tener muchos amigos o conocidos) y que el individuo sepa y esté dispuesto a extraer de modo efectivo el apoyo que necesita de otros.

- **Expresión Emocional**

La emoción es una experiencia interna que sólo se manifiesta externamente mediante gestos o movimientos. Son estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen el proceso de estrés.

- **Evitación De Problemas Socio Físicos**

Estrategia que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante. El individuo que practica este mecanismo de afrontamiento trata de no exponerse a situaciones que le generan malestar emocional. Evita pensar, sentir o exponerse a situaciones que le generan

temor o inseguridad. Su mecanismo de defensa consiste en huir, evitar todo aquello que le provoca daño emocional y físico.

- **Pensamiento Desiderativo**

Estrategias cognitivas que reflejan al deseo de que la realidad no fuera estresante. Deseo de que la realidad no fuera estresante, fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras – esperanza

- **Retirada Social**

Estrategias de retirada e amigos, familiares, compañeros personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante.

e) Validez y fiabilidad de la aplicación del instrumento

El instrumento ha sido utilizado en investigaciones previas siendo aplicado a pacientes con diabetes mellitus internados en el Hospital de Clínicas en La Paz, se utilizó el método de Alpha de Cronbach:

Tabla N° 5

ReliabilityStatistics

Cronbach's Alpha	N of Ítems
,86	40

El alpha de Cronbach es de 0,86 validado al ámbito de la sociedad española por Javier Cano y Cols. En el año 2007, el instrumento es confiable.

3.4.1.3 World Health Organization Quality Of Life-100 (Organización Mundial de la Salud, 1998).

a) Descripción del instrumento

El WHOQOL - 100 ha sido desarrollado a partir de una extensa prueba piloto de unos 300 WHOQOL preguntas en 15 centros de todo el mundo. Los datos de esta prueba piloto sobre más de 4.500 sujetos permitieron seleccionar las 100 mejores preguntas de acuerdo con los criterios establecidos. Estas preguntas responden a la definición de calidad de vida como la percepción de su posición en la vida en el contexto de los sistemas de cultivo y de valor en las que viven y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones de los individuos. Es un instrumento de 100 ítems autoadministrable que evalúa seis dominios: físico (SF), psicológico (SPS), independencia (NI), relaciones sociales (RS), ambiente (AM) y espiritual (ES). Estos campos contienen 24 facetas de cuatro ítems cada uno, para un total de 96 ítems y una faceta adicional de 4 ítems que pertenecen a Calidad de Vida global y Salud General (CVG). Esta prueba fue traducida al castellano por Flórez (1998, citado en Quitian, 2003) y revisada por cuatro psicólogos expertos.

b) Corrección de la Escala

Las seis puntuaciones de dominio indican la percepción de un individuo de la calidad de vida en cada dominio particular de la calidad de vida. Las puntuaciones en las facetas de la calidad de vida denotan la evaluación de la persona de su funcionamiento en un área particular de la vida. El puntaje global de calidad de vida y todas las puntuaciones de dominio se escalan en una dirección positiva (es decir, las puntuaciones más altas indican una mayor calidad de vida). La mayoría de las facetas en el WHOQOL se enmarcan positivamente y las cuentas en estas facetas se escalan por lo tanto en una dirección positiva. Por supuesto, es poco probable que las personas valoren los diferentes ámbitos de la calidad de vida por igual en la evaluación de su calidad de vida en general. Por ejemplo, una persona con una

enfermedad terminal avanzada podría valorar el dominio Espiritualidad / Religión / Creencias personales en el dominio Medio ambiente.

c) Puntuación

Las facetas se puntúan a través de una escala de resumen simple. Cada pregunta contribuye igualmente a la puntuación de la faceta. La escala está en la dirección de la faceta, determinada por si la faceta está enmarcada positivamente o negativamente. Un número significativo de facetas contiene preguntas que deben ser anotadas, son 24 facetas en total con una puntuación de (4-20). Cada faceta se toma para contribuir igualmente a la puntuación del dominio. Los seis dominios contienen diferentes números de facetas. Para lograr la comparabilidad entre dominios en el rango de puntuaciones posibles, las puntuaciones de dominio se calculan sumando las facetas dentro del dominio y dividiendo las puntuaciones de facetas sumadas por el número de facetas dentro del dominio de acuerdo con las siguientes fórmulas:

- **Calidad de vida** = G1 puntuación + G2 puntuación + G3 puntuación + G4 puntuación.
- **Dominio Físico** = {(24 - Faceta 1 puntuación) + Faceta 2 puntuación + Faceta 3 puntuación} / 3.
- **Dominio Psicológico** = {Faceta 4 puntuación + Faceta 5 puntuación + faceta 6 puntuación + faceta 7 puntuación + (24 - Faceta 8 puntuación)} / 5.
- **Nivel de Independencia** = {Faceta 9 puntuación + Faceta 10 puntuación + (24 - Faceta 11 puntuación) + Faceta 12 puntuación} / 4.

- **Relaciones Sociales** = {Faceta 13 puntuación + Faceta 14 puntuación + Faceta 15 puntuación} / 3.
- **Ambiente** = {Faceta 16 puntuación + Faceta 17 puntuación + Faceta 18 puntuación + Faceta 19 puntuación + Faceta 20 puntuación + Faceta 21 puntuación + Faceta 22 puntuación + Faceta 23 score} / 8.
- **Espiritualidad/ Religión / Creencias personales** = Faceta 24 puntuación.

Tabla N° 6

Escala	
Excelente	17-20
Muy Bien	13- 16
Bien	9 – 12
Poco Bien	5 – 8
Muy Mal	1- 4

d) Interpretación

La interpretación de los dominios en general se lo realiza mediante la siguiente tabla, poniendo los resultados de cada dominio y su resultado total saldrá de 4 a 20.

Calidad de Vida (4-20)
Dominio Físico (4-20)
Dominio Psicológico (4-20)

Nivel de Independencia (4-20)
Relaciones Sociales (4-20)
Ambiente (4-20)
Espiritual / Religión / Creencias personales (4-20)

e) Validez y fiabilidad de la aplicación del instrumento

El instrumento ha sido utilizado en investigaciones previas siendo aplicado a pacientes con diabetes mellitus internados en el Hospital de Clínicas en La Paz, se utilizó el método de Alpha de Cronbach:

Tabla N° 7

ReliabilityStatistics

Cronbach's Alpha	N of Ítems
,89	100

El alpha de Cronbach es de 0,89 validado al ámbito de la sociedad latinoamericana por la OMS 2008, el instrumento es confiable.

3.5 PROCEDIMIENTO

El procedimiento a seguir para el proyecto de investigación es el siguiente:

FASE 1:

Se estableció el contacto con los pacientes con trasplante renal, mediante el Programa Nacional de Salud Renal, en el cual se les indico los objetivos y alcances de la investigación y se coordinó la fecha para la aplicación de las técnicas e instrumentos.

FASE 2:

Se realizó una desensibilización a los pacientes con trasplante renal para luego aplicar las pruebas de la investigación. Se aclaró que el manejo de la información recogida será para fines investigativos y su uso será confidencial.

FASE 3:

La aplicación de los instrumentos de investigación, cuestionario de Estrategias de Afrontamiento CSI y el cuestionario Whoqol-100 (Calidad de vida) de la Organización Mundial de la Salud, así como la encuesta sociodemográfica a los sujetos seleccionados, la aplicación de los instrumentos se realizó en instalaciones del Programa Nacional de Salud Renal, se aplicó de manera individual y según tiempo disponible de los pacientes. El llenado de ambos cuestionarios tomo en promedio un estimado de 20 minutos a cada persona.

FASE 4:

Posteriormente se obtuvo los resultados descriptivos de los datos sociodemográficos y de los cuestionarios de Estrategias de Afrontamiento y Calidad de vida, para su análisis e interpretación de los resultados.

FASE 5:

Con los resultados ya obtenidos, se procedió a la redacción de las conclusiones generales de la investigación, respondiendo a los objetivos ya planteados.

CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Este capítulo presenta los resultados encontrados a través de la investigación sobre las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con trasplante renal del programa nacional de salud renal.

Se efectuó el tabulado, vaciado y análisis de la información de forma individual a cada instrumento aplicado en la población de estudio.

Posteriormente se realizó el análisis de los resultados obtenidos, utilizando el análisis estadístico para el tratamiento de los resultados, porcentajes, promedios y otros de estadística descriptiva que fueron necesarios para la investigación. Asimismo, para el análisis descriptivo se utilizó el programa estadístico SPSS 18.0.

PRIMERA PARTE:

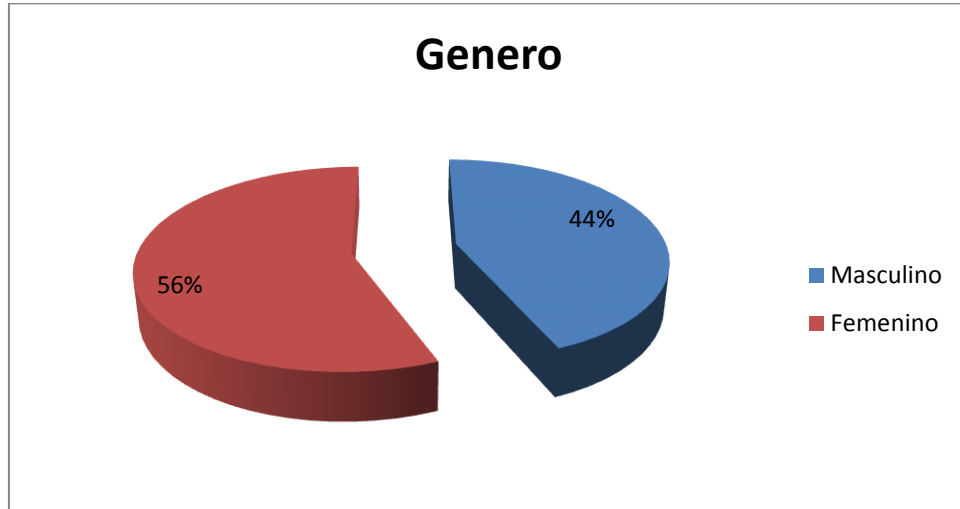
4.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

En primer lugar se muestran los datos obtenidos de la población de estudio, relacionados a la información sociodemográfica de los pacientes con trasplante renal como la edad, estado civil, nivel de estudios, personas con las que conviven, nivel de ingresos económicos, alguna ocupación secundaria.

En segundo lugar se analizan los datos considerando porcentajes obtenidos, realizando un análisis más exhaustivo y detallado de la investigación para finalmente presentar el análisis.

4.1.1 Población según Género

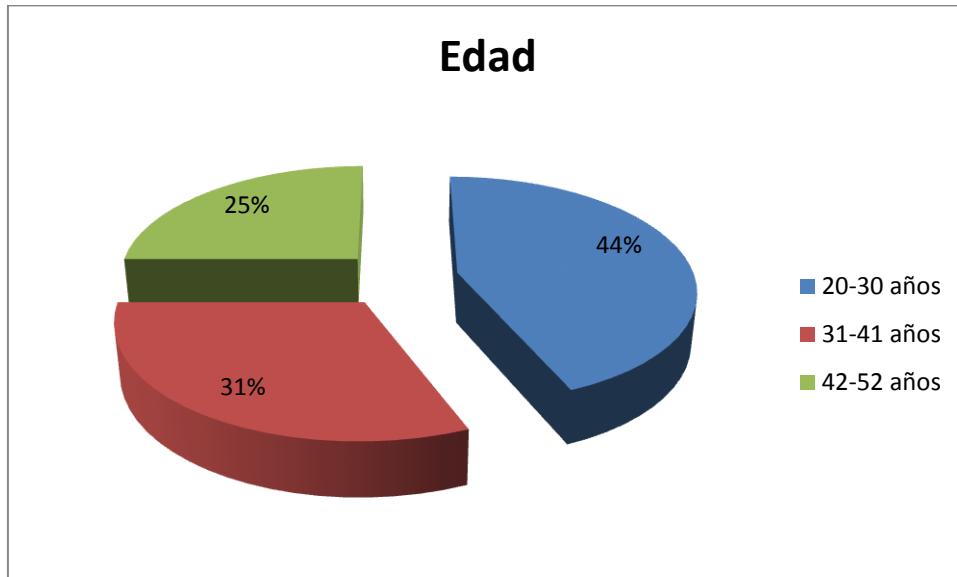
Grafico N° 1



La información hallada en el gráfico, nos indica que 56% de la muestra pertenece al sexo femenino, y es en este género donde las mujeres son más propensas a padecer nefropatías debido a las infecciones urinarias, infecciones de transmisión sexual, por el descuido de su higiene personal y el descuido de la higiene de su pareja, y en otros casos debido a estados especiales como el embarazo, la menopausia o el uso del diafragma son factores de riesgo. Y el 44% pertenece al sexo masculino. Es evidente que el género femenino predomina en los pacientes de la muestra, los cuales fueron beneficiados con el trasplante renal gratuito por parte del estado, en el Programa Nacional de Salud Renal en La Paz.

4.1.2 Población según Edad

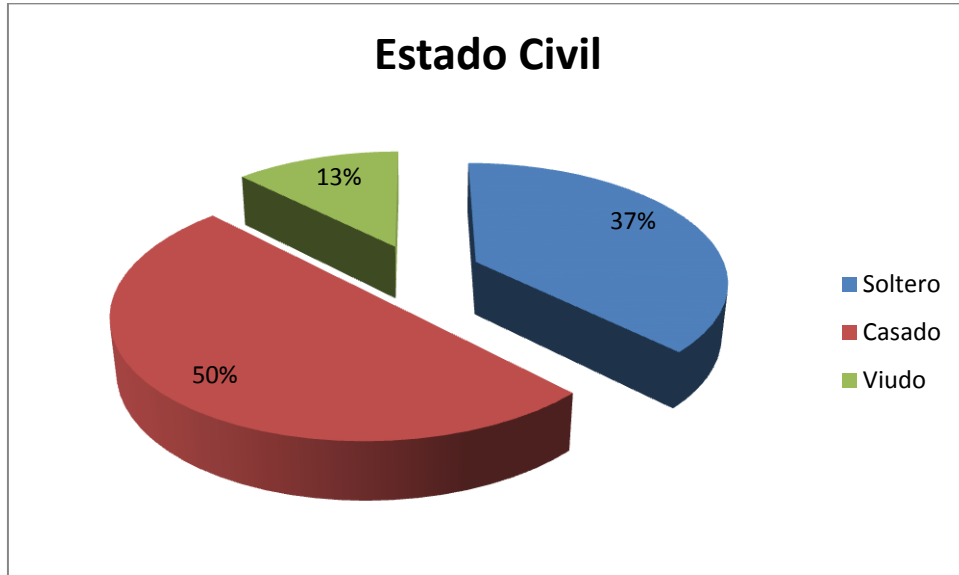
Grafico N° 2



Los datos encontrados en relación a la edad nos indican que el 44% de la muestra está en el rango de 20 a 30 años de edad y es en esta etapa donde las personas no ponen interés al cuidado de su salud, sino a sus actividades cotidianas, universitarias, laborales, actividades familiares, relaciones sociales, es por eso que se presentan más las enfermedades renales, nefropatías y la insuficiencia renal crónica. Seguida del 31% de la muestra en el rango de 31 a 41 años de edad, dejando una decadencia en esta edad. Y el 25% pertenece al rango de 42 a 52 años de edad, donde disminuye o hay poca presencia de las enfermedades renales, siendo que resolvieron las enfermedades renales o aparecen pocas nefropatías. Siendo que las enfermedades renales aparecen a cualquier edad.

4.1.3 Población según Estado Civil

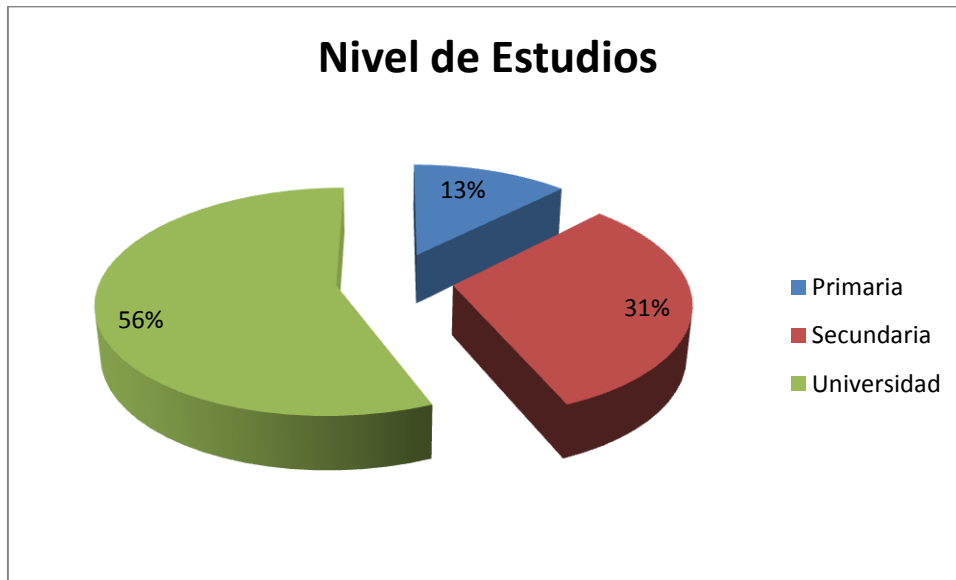
Grafico N° 3



En relación al estado civil, el gráfico nos indica que el 50% de los pacientes son casados, los cuales tiene pareja y otros tienen hijos, los cuales están más pendientes en su familia y dejan a lado el cuidado de su salud renal, dando prioridad a su fuente laboral, estudios universitarios. Así mismo el 37% de la población son solteros, los cuales viven con sus padres y hermanos. Y el 13% son viudos que viven con sus hijos y nietos. Todos los pacientes tienen familia, las cuales les brindaron apoyo a los cuando ellos estaban con enfermedad renal, insuficiencia renal crónica, en el tratamiento de diálisis.

4.1.4 Población según Nivel de Estudios

Grafico N° 4



La información hallada sobre el nivel de estudios alcanzados, nos indica que el 56% de la población tiene estudios universitarios, el cual nos indica que dieron más énfasis a sus estudios universitarios y descuidaron su salud renal, los cuales arrastraron por un tiempo la nefropatía, por lo cual empezaron a realizar el tratamiento de diálisis, dejando atrás sus estudios universitarios. Por lo cual retomaron sus actividades tras el trasplante renal. El 31% de la población termino secundaria, ya que solo se dedicaron a trabajar y a cuidar de su familia, por ese motivo descuidaron su cuidado en la enfermedad renal, logrando retomar sus actividades tras el trasplante renal y el cuidado respectivo. Y por último el 13% que termino el nivel. primaria las cuales tuvieron que trabajar desde pequeños, por no tener apoyo económico en sus familias, logrando tener una familia y dedicarse a ellos, por lo cual no tuvieron acceso a la información sobre las enfermedades renales y cuando ya estaban con enfermedad recién se pusieron al tanto de lo avanzado, tras el trasplante renal volvieron a sus actividades.

4.1.5 Población según Personas con las que vive

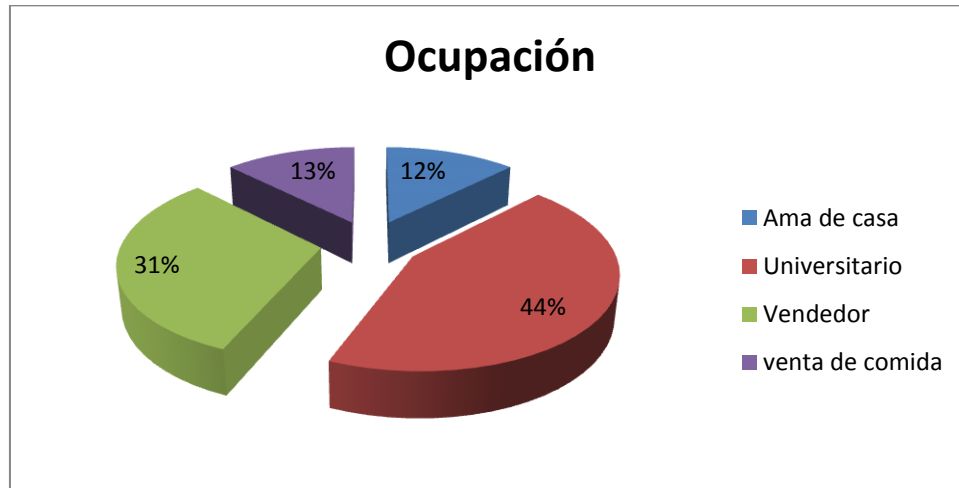
Grafico N° 5



Los datos encontrados del gráfico nos indica que el 50% de la población vive con su pareja e hijos a los cuales cuida y brinda apoyo económico, tras la enfermedad renal la pareja y los hijos tuvieron que cuidar y trabajar para el paciente 38% de la población vive con sus padres los cuales les brindan cuidados y apoyo necesario para salir adelante con sus estudios antes y después del trasplante renal. Y el otro 12% son viudos los cuales viven con sus hijos, lo cual indica que cuidan de sus hijos y sus hijos cuidan a los pacientes. Con esto podemos demostrar que el apoyo familiar es de mucha importancia, para el cuidado y apoyo a los pacientes con enfermedad renal y con trasplante renal.

4.1.6 Población según Ocupación

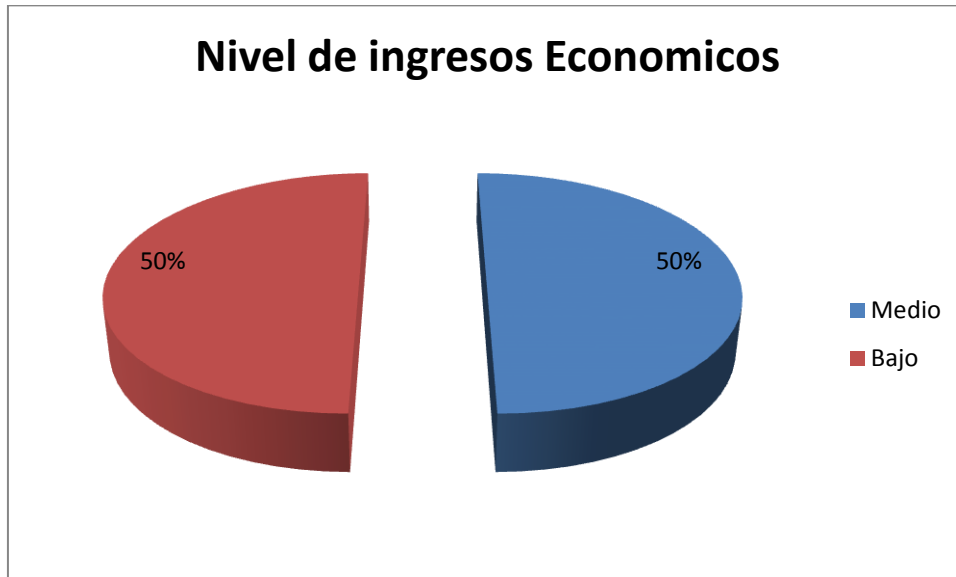
Grafico N° 6



En relación a la ocupación el gráfico nos muestra que el 44% tienen la ocupación de universitarios los cuales descuidaron su salud por dar prioridad al estudio y también en algunos casos al consumo excesivo de alcohol, lo cual hicieron que el paciente adquiriera insuficiencia renal crónica, tras el trasplante renal los pacientes retomaron sus actividades y continúan con sus estudios universitarios. El 31% son vendedores los cuales agarran mercadería y las llevan a sus puestos o ferias donde venden, ya que el frío, las lluvias, la comida, el cuidado del puesto obliga al paciente a dar más importancia al negocio que a su salud, después del trasplante renal continuaron sus actividades regularmente, cuidando más la herida por el factor del clima. El 13% son vendedoras de comida, las cuales se ganan dinero, dando más importancia a cocinar, dejando a lado su salud renal, después del trasplante renal, los familiares brindaron más apoyo al negocio de la venta de comida, logrando que las pacientes retomen su actividad. El 12% son Amas de casa, las cuales realizan las labores y limpieza, el cuidado de los hijos y las tareas escolares, lo cual dieron más importancia, dejando a lado su salud, después del trasplante renal realizaron a sus actividades actuales. Con esto podríamos decir que cada paciente, después del trasplante renal vuelve a realizar las actividades laborales o universitarias en las que se desempeñaban.

4.1.7 Población según Nivel de ingresos económicos

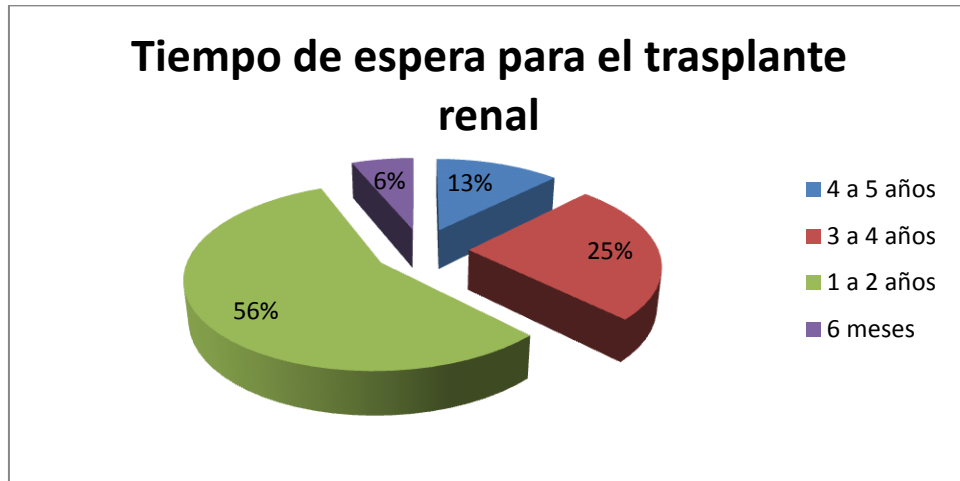
Grafico N° 7



Con respecto al ingreso económico el gráfico nos indica que el 50% tienen ingresos económicos medios los cuales son por encima del salario mínimo nacional por lo cual le dan más importancia a su actividad económica y trabajan para mantener a su familia e hijos. El otro 50% que tienen ingreso económico bajo que están por debajo del salario mínimo nacional, ya que dependen de sus padres o hermanos para sus gastos económicos. En ambos casos la familia y la pareja financiaban en su tratamiento de diálisis tres veces por semana, en los gastos en medicamentos, el costo de transporte y cuidado del paciente, por lo que financiar un trasplante renal estaba fuera del alcance económico de la familia del paciente. Con la promulgación del trasplante renal gratuito de parte del Estado, los pacientes con insuficiencia renal crónica lograron reunir los requisitos médicos para realizar el trasplante renal, ya que el estado también apoya con los medicamentos inmunosupresores para que no haya rechazo al riñón trasplantado y que continúen con el seguimiento médico de parte del programa nacional de salud renal.

4.1.8 Tiempo de espera para el Trasplante Renal

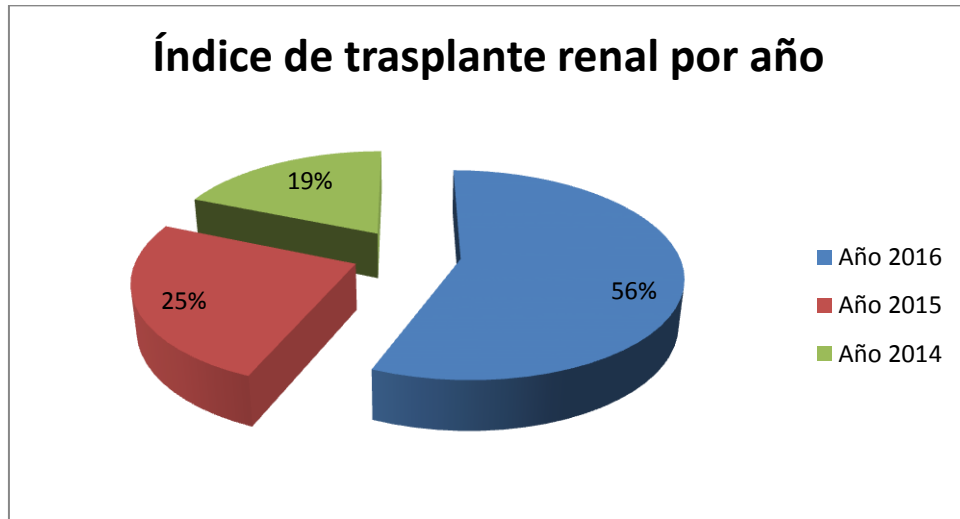
Grafico N° 8



La información hallada del gráfico y la tabla nos indica el 56% de los pacientes esperaron de 1 a 2 años para realizar su trasplante renal gratuito. A pesar de haber mejorado los sistemas de trasplante renal, todavía no hay políticas claves que mejoren la atención en este tipo de pacientes, además que se someten a pruebas de laboratorio para ver la compatibilidad entre el donante y el receptor para la operación, hoy en día la demanda para el trasplante renal es excesiva, logrando que el estado realice convenios con hospitales y clínicas en cada departamento y puedan dar atención a más pacientes. El 25% de los pacientes esperaron de 3 a 4 años para realizar su trasplante renal, siendo que por la espera para el trasplante renal y la excesiva demanda, el estado solo realizaba las operaciones en el Hospital Viedma en Cochabamba. El 13% de los pacientes esperaron de 4 a 5 años para realizar su trasplante renal, ya que el trasplante renal gratuito empezó en marzo de 2014 y pocos fueron los beneficiados que reunieron los requisitos para realizar la operación. El 6% de los pacientes espero solo 6 meses para realizar su trasplante renal, los pacientes refieren que cuando los médicos le detectaron la insuficiencia renal crónica, ya estaban reuniendo los requisitos para el trasplante renal. Antes los pacientes por la espera del trasplante presentaban, un estado de ánimo bajo, una gran desesperanza al cambio de estilo de vida radical que tienen que ejercer de manera forzada al realizar diálisis.

4.1.9 Índice de trasplante renal por año

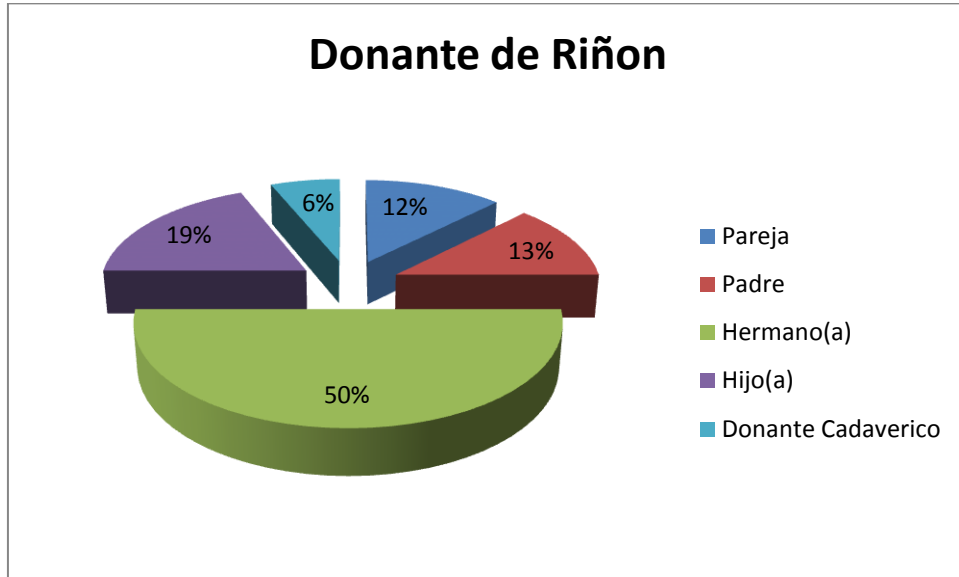
Grafico N° 9



Los datos encontrados sobre los trasplantes renales gratuitos, nos muestra que el 56% realizó su trasplante renal el año 2016, esto demuestra que la atención ha sido mejorada y es en este año donde hay mayor cobertura a nivel nacional con las operaciones de trasplante renal gratuito por parte del estado, como también la respuesta favorable de todos los pacientes. El 25% realizó su trasplante el año 2015, ya que aquí empezaron a realizar trasplantes en La Paz, y Cochabamba, logrando beneficiar a los que estaban en la lista de espera. Y el 19% realizó su trasplante el año 2014, ya que el estado empezó a financiar los trasplantes renales gratuitos en el hospital Viedma de Cochabamba y pocos reunieron los requisitos para acceder a la operación. Esto nos demuestra la gran labor que realiza el programa nacional de salud renal, ya que desde que empezó el decreto supremo de trasplante renal gratuito en Bolivia cada año son más los pacientes beneficiados, logrando aumentar los trasplantes renales año tras año.

4.1.9 Donante de Riñón

Grafico N° 10



En relación a los donantes de riñón, los datos encontrados indican que el 50% que donaron su riñón a los pacientes son hermanos(as), los cuales son compatibles fisiológicamente y con el tipo de sangre con el receptor, por el apego familiar y ser un acto desinteresado. El 19% de las personas que donaron su riñón son hijos(as), también son compatibles, donde prima el lazo afectivo de parte del donante hacia el receptor. El 13% de las personas que donaron su riñón son la pareja del paciente, donde realizan la donación de su riñón por el lazo afectivo hacia su pareja, y la compatibilidad de su sangre. El 12% que donaron sus riñones son padres, al ver el sufrimiento que llevan sus hijos y el lazo afectivo que tienen, no dudaron en apoyarles con la donación de su riñón y ver a sus hijos en mejor estado de salud. Y por último tenemos al 6% que dono su riñón, fue un donante cadavérico el cual falleció, con un paro cardiaco, por lo cual antes de fallecer se registró para ser donante voluntario y poder salvar vidas con la donación de sus órganos. Según el decreto supremo solo pueden donar su riñón los familiares, parejas y amigos, luego están los donantes cadavéricos.

SEGUNDA PARTE:

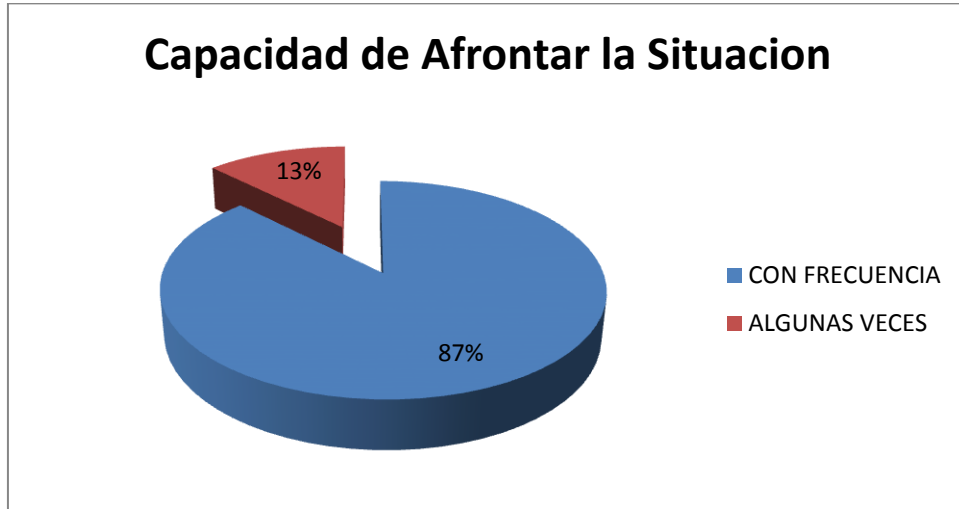
4.2 RESULTADOS DEL INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (CSI).

A partir de esta página en adelante se analizarán los datos referentes a Estrategias de Afrontamiento en Pacientes con Trasplante Renal.

A continuación se presentan los datos obtenidos de la población de estudio, relacionados al cuestionario de Estrategias de Afrontamiento que permite una evaluación tridimensional orientada al problema y a la emoción. Dentro de las orientadas al problema se encuentran: Capacidad de Afrontar la Situación, Resolución de problemas (REP), Autocrítica (AUC), Expresión emocional (EEM), Pensamiento desiderativo (PSD), Apoyo social (APS), Reestructuración cognitiva (REC), Evitación de problemas socio físico (EVPSF) y Retirada social (RES). Este instrumento fue adaptado al español por Cano, Rodríguez y García, 2006

4.2.1 Capacidad de Afrontar la Situación

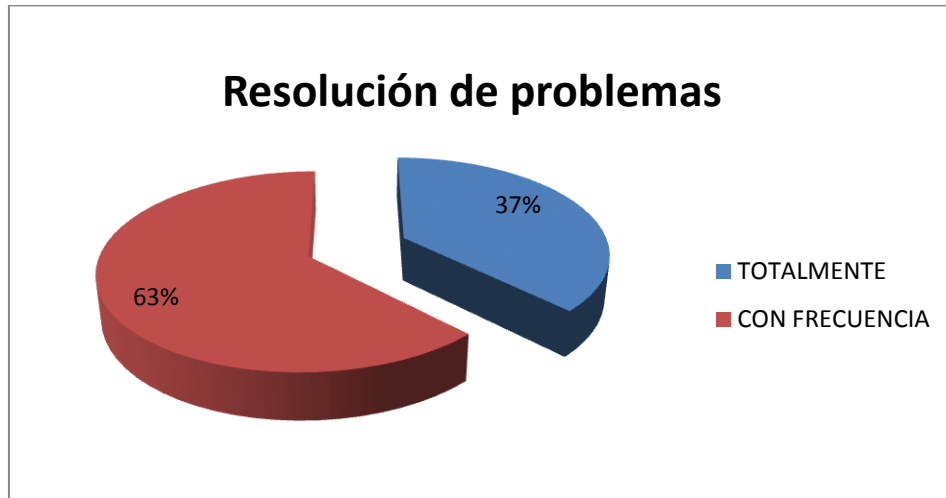
Grafico N° 11



Después de la operación de trasplante renal, los datos muestran que el 87% de los pacientes afrontan con frecuencia la situación de su trasplante Renal, Si bien existen datos de mayor capacidad afrontamiento, los datos arrojan resultados favorables que los pacientes han superado ya la etapa de la operación, por lo cual responden de manera adecuada a los cambios, demandas y tratamiento impuestos por el trasplante renal, regresando a sus fuentes laborales, a la universidad, con el autocuidado personal de su salud. El 13% de la muestra señala que afrontan la situación alguna veces, Esto nos demuestra que tuvieron una aceptación y lograron salir de esta situación, aceptan la realidad tal y como es, tienen una profunda creencia en que la vida tiene sentido. Ante estos datos encontrados, también los pacientes afrontaron la situación cuando estaban con insuficiencia renal crónica, haciéndose responsables de su enfermedad, los cuales realizaron el tratamiento de diálisis.

4.2.2 Resolución de Problemas

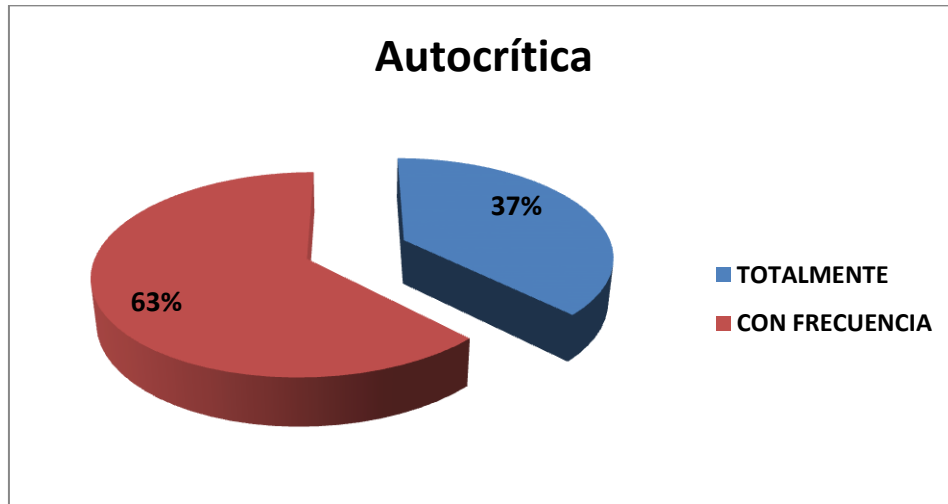
Grafico N° 12



Con respecto a la Resolución de Problemas, según el gráfico y la tabla, se puede observar que El 63% de los pacientes utilizan con frecuencia la Resolución de Problemas., por lo cual tienen responsabilidades, con la familia, la pareja, los estudios. Lo cual demuestra que los pacientes tienen muy buena capacidad de hacerse responsable frente a la situación y buscar soluciones y resolver los problemas que se presentan, tanto en lo personal, médico, social, académico y laboral. Como también lo hicieron cuando estaban con insuficiencia renal crónica en lo cual la manera de resolver el problema era asistir a la terapia de diálisis y esperar el trasplante renal, en esta situación la familia acompañó a los pacientes. El 37% utilizan Totalmente la Resolución de Problemas, los cuales son pacientes que realizaron su operación antes que la mayoría y vas más tiempo viviendo con el trasplante, y ya se adaptaron y están retomando sus actividades que dejaron, por la enfermedad renal.

4.2.3 Autocrítica

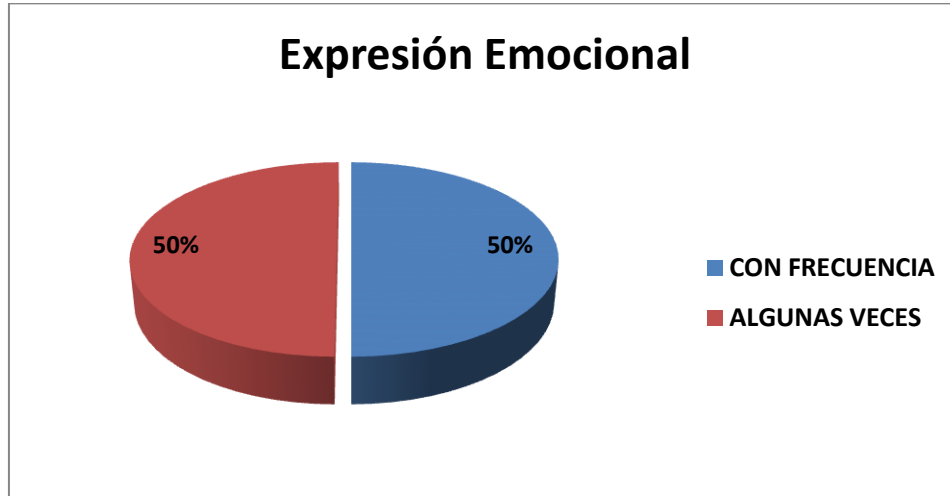
Grafico N° 13



La información hallada del Grafico, nos indica que el 63% utilizan con frecuencia la autocrítica porque tienen mayor capacidad de afrontamiento, los cuales necesitaron una reflexión y un reconocimiento de los errores y carencias, los pacientes con trasplante renal se auto culparon y recriminaron por descuidar su salud y asumieron la responsabilidad sobre la insuficiencia renal crónica adquirida, realizando el tratamiento de diálisis acompañados de su familia y con el trasplante renal lograron una mejor adaptación personal y llevar una mejor vida, en lo cual ya pensaron en tener planes a futuro, lograron aumentar su autoestima personal, y adquirieron conductas que llevan a una solución eficaz de los problemas y no les cuesta saber en qué ha fallado. Y el 37% de los pacientes utilizan totalmente la autocrítica, los cuales aminoraron con mayor frecuencia los niveles de estrés y para mejorar los niveles el estrés lograron dar respuestas a múltiples necesidades.

4.2.4 Expresión Emocional

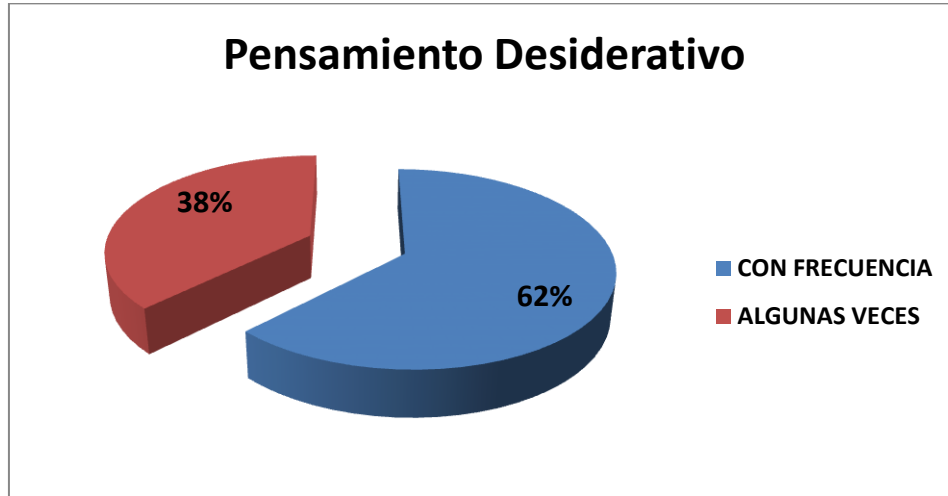
Grafico N° 14



Según los datos encontrados en el gráfico, se puede observar que el 50% de los pacientes utilizan con frecuencia la Expresión Emocional, se debe a que el estado psicológico a mejorado, si antes tenía un estado de amenaza al estado vital, hoy en día tiene esperanza de vida, por eso cambio la expresión emocional, mediante el cual controlan la expresión de las emociones negativas y promover la expresión de las emociones positivas, esto favorece su bienestar personal y las relaciones con los demás. El otro 50% de los pacientes presentan algunas veces la expresión Emocional. Lo que demuestra que algunas veces utilizan expresiones emocionales encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de la vida con trasplante renal, lo verdaderamente importante es intentar reconocer y controlar las emociones negativas para que no desplacen las positivas.

4.2.5 Pensamiento Desiderativo

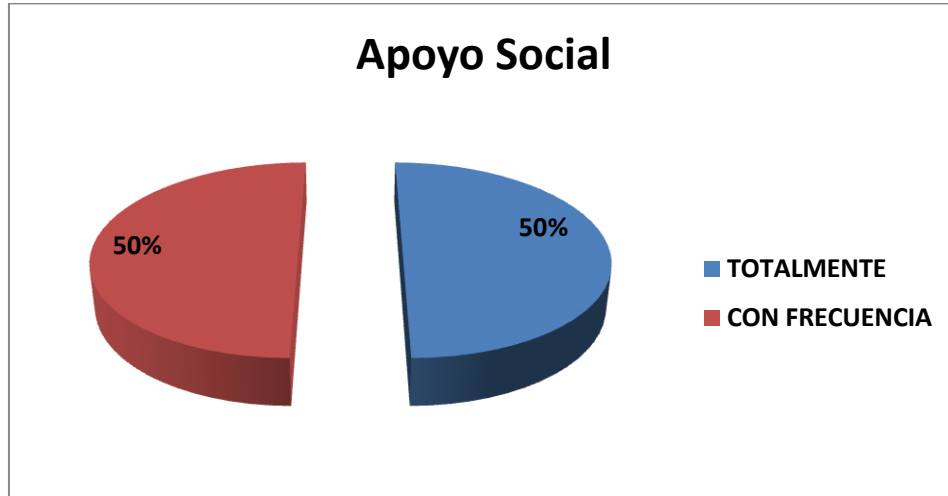
Grafico N° 15



En relación al gráfico y la tabla, se puede observar que el 62% de los pacientes utilizan con frecuencia la estrategia de Pensamiento Desiderativo. Los pacientes tienen sentimientos y pensamientos positivos y se encuentra en motivo a superarse. En lo que desearon en no encontrarse nunca más en la situación que vivió con la insuficiencia renal crónica. El 38% utilizan Algunas Veces la estrategia de Pensamiento Desiderativo. Lo que indica que la mayoría utiliza con frecuencia estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante. El pensamiento desiderativo, bien evitando las situaciones estresantes que vivieron con la insuficiencia renal crónica, bien fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras, en las cuales estando en terapia de diálisis, realizan actividades como distracción (diversiones relajantes como ver curso de Abalorios, tejer, actividades manuales, ver televisión, oír música, leer un libro o salir de casa frecuentemente. Ahora con el trasplante renal retomaron las actividades que realizaban antes de tener la enfermedad.

4.2.6 Apoyo Social

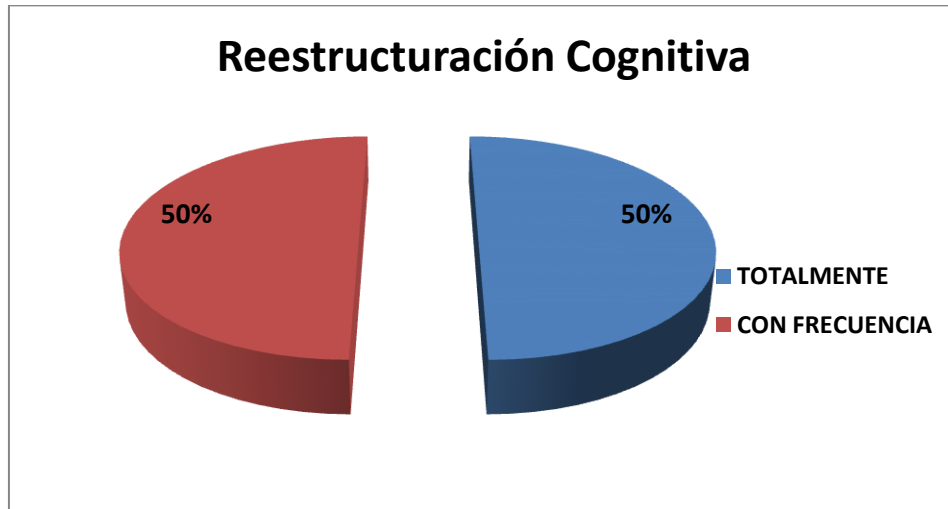
Grafico N° 16



Con respecto al Apoyo Social, el gráfico nos indica que El 50% de los pacientes presentan totalmente el Apoyo Social, los cuales se deben a sus progenitores, a la pareja, los hermanos, que le alentaron, y realizaron un seguimiento del paciente, acompañándolos en todo momento, hasta la operación de trasplante renal y aun en su adaptación con el trasplante continúan apoyándolo. El otro 50% de los pacientes utilizan Con Frecuencia el Apoyo Social, los cuales reciben el bienestar físico y psicológico del por parte de los familiares, amigos y entorno laboral. Cabe recalcar que desde que sufrieron la insuficiencia renal crónica hasta que se realizó el trasplante renal, los pacientes recibieron consejos, asistencia, orientación, soporte emocional y comprensión por parte de sus familias.

4.2.7 Reestructuración Cognitiva

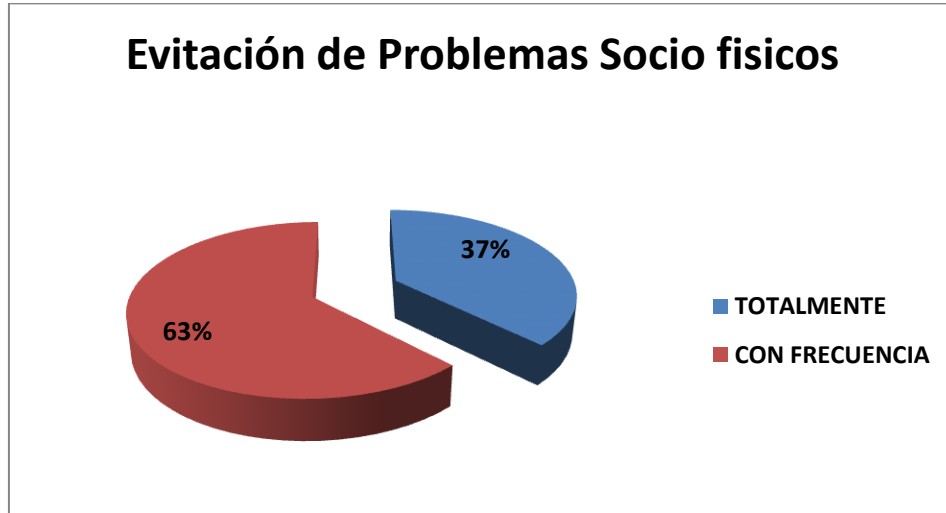
Grafico N° 17



Según la información hallada, el gráfico y la tabla nos indica que el 50% utilizan con totalmente la Reestructuración Cognitiva, eso se debe a que tuvo un éxito respecto al trasplante renal, lo cual el órgano se adaptó a la funcionamiento fisiológico y hasta la fecha no presentan complicaciones en su salud, lo cual hacen referencia a una estructuración cognitiva, logrando adaptarse más efectivamente a los cambios externos, resolviendo los problemas que se presentan. El otro 50% de los pacientes utilizan con frecuencia la Reestructuración Cognitiva, por lo que los pacientes con trasplante logran adaptarse a los cambios físicos después del trasplante, por lo cual cuidan más su salud, logran cambiar los pensamientos negativos, y luego adquirir estrategias y adaptarse a la situación actual en la que viven. Cabe recalcar que estando en tratamiento de diálisis los pacientes entraban en depresión y con la ayuda de profesionales en psicología lograron una renovación y cambios, resolviendo los problemas del tratamiento, esperando realizar el trasplante renal.

4.2.8 Evitación de Problemas

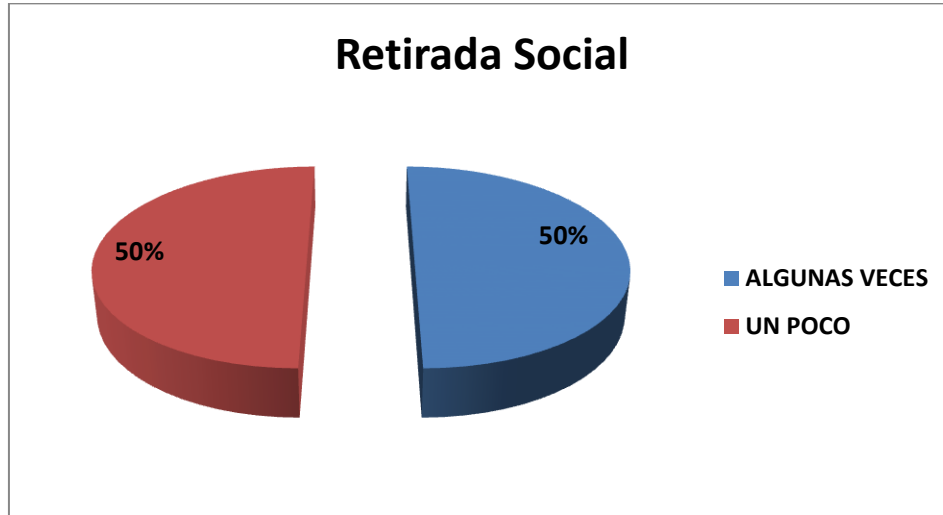
Grafico N° 18



Según los datos encontrados, el gráfico nos indica que el 63% de los pacientes utilizan con frecuencia la estrategia de Evitación de Problemas socio físicos, los cuales son conductas que pueden ser entendidas como una actitud de autoprotección a un riesgo del órgano trasplantado, por lo cual evita a problemas sociales, actividades laborales que tengan esfuerzos físicos, deportes con contacto cuerpo a cuerpo con otras personas. El 37% utilizan totalmente la estrategia de Evitación de problemas socio físico, ya que como paso poco tiempo de su trasplante renal, se cuidan demasiado y evitan meterse en problemas y realizar esfuerzos físicos con temor a sufrir daños al órgano recién trasplantado.

4.2.9 Retirada Social

Grafico N° 19



En relación a la retirada social, el gráfico nos indica que el otro 50% utilizan poco la estrategia de Retirada Social de amigos, familiares, compañeros y personas significativas, para realizar su autocuidado, ya que el apoyo que recibe de su familia y sus amigos ayuda a mejorar su calidad de vida. El otro 50% de los pacientes utilizan algunas veces la retirada social, un momento para una buena capacidad de superarse, concentrándose en encontrar en su interior respuestas y recursos para resolver los problemas tanto físicos y médicos sobre su trasplante renal, y también para cuidar a sí mismo su salud. Sin embargo cabe mencionar que los pacientes con trasplante renal refieren que estando con insuficiencia renal crónica tuvieron factores agresores que desencadenaron estrés, como la pérdida del trabajo, el abandono de la universidad, dependencia de la asistencia social del hospital, parcial imposibilidad de locomoción y paseos, disminución de la actividad física, necesidad de adaptación a la pérdida de la autonomía, alteraciones de la imagen corporal y también un sentimiento ambiguo entre miedo a vivir y a morir por la enfermedad.

TERCERA PARTE:

4.3 RESULTADOS DEL INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE WOQOL-100 (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1998).

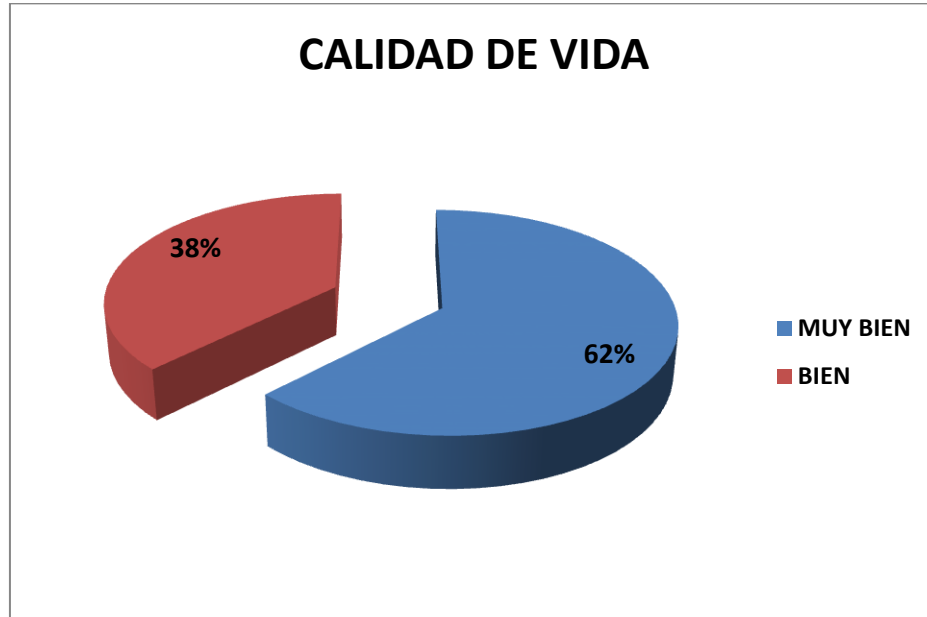
Es un instrumento consta de 100 ítems autoadministrable que evalúa seis dominios:

Dominio Físico (SF), Dominio psicológico (SPS), Nivel de independencia (NI), Relaciones sociales (RS), Ambiente (AM) y Espiritual (ES). Estos campos contienen 24 facetas de cuatro ítems cada uno, para un total de 96 ítems y una faceta adicional de 4 ítems que pertenecen a Calidad de Vida global y Salud General (CVG).

En esta parte en cuanto a las dimensiones Inventario de calidad de vida podemos señalar los siguientes resultados:

4.3.1 Calidad de Vida

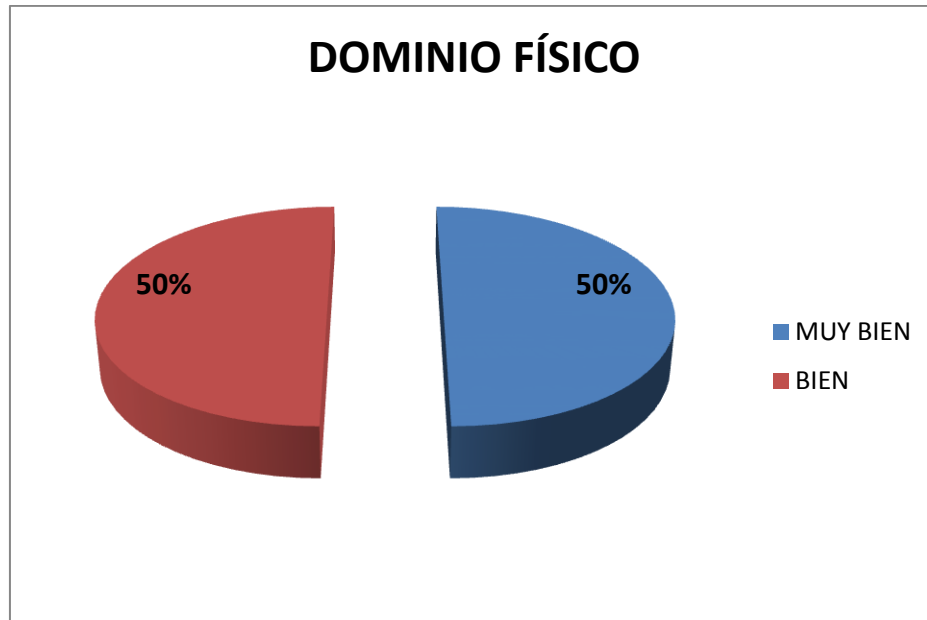
Grafico N° 20



Según el Grafico podemos observar que el 62% tiene una Calidad de vida muy bien, lo que indica que tras el trasplante renal están más satisfechos y retomaron sus actividades tanto laborales, como universitarias, también ya pueden salir a caminar, ya no depender demasiado de un familiar para su autocuidado, presentan una mejor autoestima, un mejor equilibrio emocional, y dan gracias a Dios por una mejor calidad de vida, y no presentan recaídas por el trasplante renal. Y el 38% de la muestra según la prueba tiene su calidad de vida bien, ya que con el reciente trasplante renal y el autocuidado que tienen, poco a poco están mejorando su salud y calidad de vida. Sin embargo estos pacientes refieren que estando en tratamiento de diálisis, tenían una calidad de vida poco bien y muy mal, lo cual estaba relacionado con la dificultad para realizar actividades físicas como correr, levantar objetos pesados, caminar más de una hora, reducen el tiempo dedicado a sus tareas cotidianas, se sienten nerviosos, tristes y tienen dificultades para realizar sus actividades sociales, a pesar del apoyo psicológico brindado por profesionales y del apoyo familiar presentan sentimientos negativos, de los cuales, el que predomina es la invalidez.

4.3.2 Dominio Físico

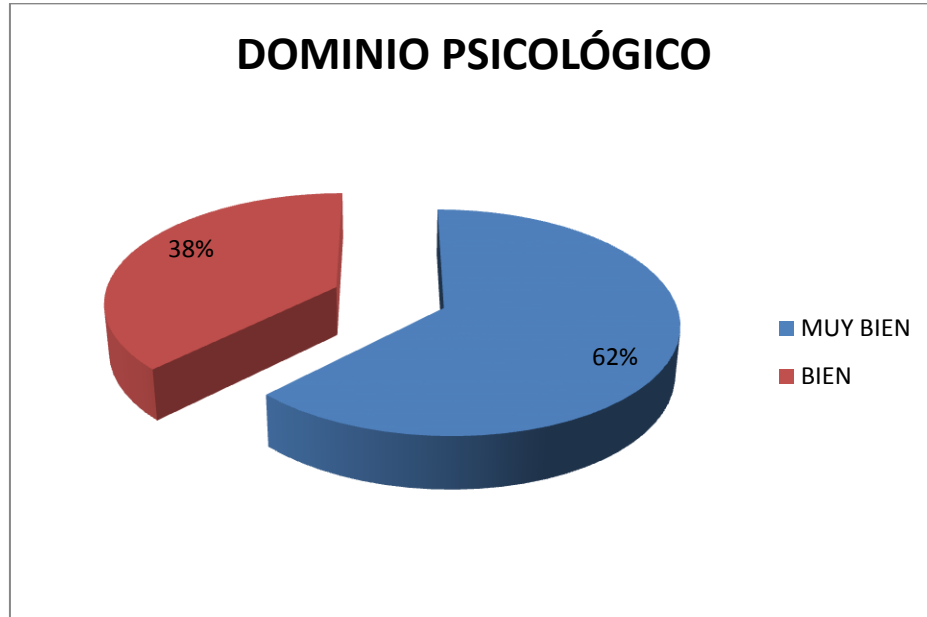
Grafico N° 21



Según los datos hallados, se puede observar que el 50% tiene un dominio Físico muy bien, ya que realizaron el trasplante renal cuando empezó a ser gratuito, ellos ya no dependían de una máquina como lo hacían para el tratamiento de diálisis, ya que solo tienen que tomar el medicamento inmunosupresor, y que lograron volver a realizar sus actividades diarias, laborales, físicas, pero no haciendo esfuerzos físicos como levantar objetos pesados, ni tampoco tener contacto cuerpo a cuerpo en juegos o deportes, ya que el riñón trasplantado se encuentra en el abdomen. El otro 50% tiene un dominio Físico bien según la prueba, ya que están adaptándose con el trasplante renal y ponen más énfasis en su salud, adaptándose a los cambios físicos, realizando ejercicios, teniendo un buen descansando. Cabe recalcar que los pacientes refieren que estando en el tratamiento de diálisis presentaban cambios físicos, como dolor, malestar, poca energía, cansancio, después de salir del hospital.

4.3.3 Dominio Psicológico

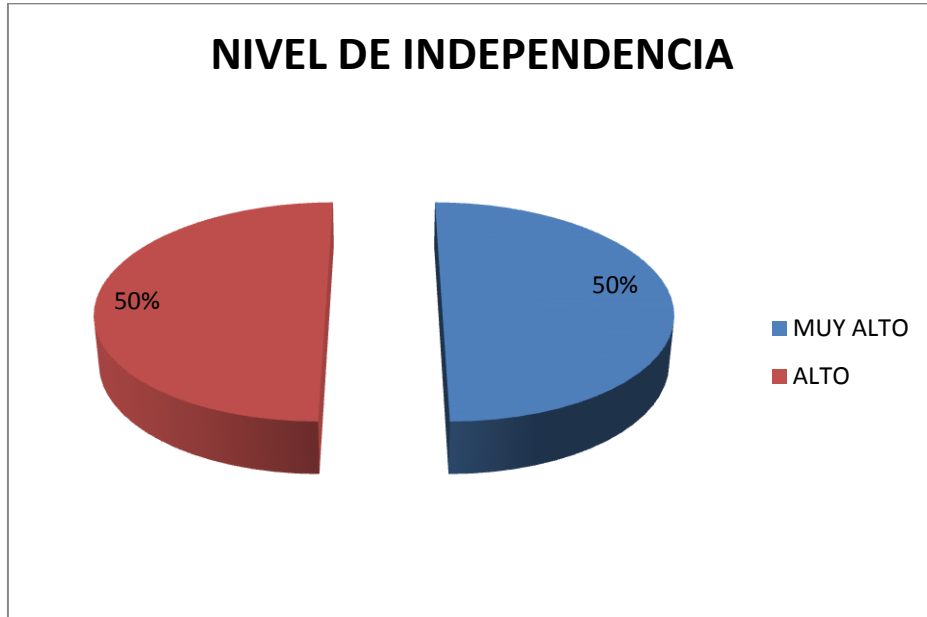
Grafico N° 22



En el cuadro se observa que el 68% de los pacientes tienen un dominio Psicológico muy bien, ya que el dominio psicológico está sujeto a la esperanza de vida, al sentido de vida que presentan los pacientes con trasplante renal, los cuales refieren que tienen fuerzas para salir adelante en esta situación, presentan sentimientos positivos, equilibrio, felicidad por la mejora en su salud, tienen más esperanza de vida, alta autoestima, tienen una mejor imagen corporal y buena relación social con sus familiares, otros pacientes. Y el 38% según la prueba tiene un dominio Psicológico Bien, los cuales están aceptando su imagen corporal, se sienten más felices de este cambio, tienen una mejor concentración en las actividades que desempeñan. Los pacientes refieren que estando con insuficiencia renal crónica, tenían sentimientos negativos, baja autoestima, baja concentración en las actividades fuera del hospital, poca esperanza de vida, y la larga espera para lograr el trasplante renal que necesitan.

4.3.4 Nivel de Independencia

Grafico N° 23



La información hallada nos indica que el 50% tiene un Nivel de Independencia muy alto, con esto podemos afirmar que los pacientes con trasplante renal pueden realizar actividades sin tener a alguien que les supervise o les cuide, tienen buena movilidad, tienen una dependencia respecto a los medicamentos inmunosupresores, lograron asistir a sus fuentes laborales, negocios y retomar sus estudios universitarios. Ya que estando con insuficiencia renal crónica los pacientes refieren que dependía de sus familiares para que les acompañe a realizar el tratamiento diálisis, lo cual dependían de una máquina para filtrar las impurezas de la sangre 3 veces por semana, no podían realizar actividades personales. Y el otro 50% tiene un Nivel de Independencia alto, ya que poco a poco están volviendo a realizar sus actividades de manera autónoma, tanto como las de estudios universitarios y actividades laborales, con el cuidado respectivo a su salud.

4.3.5 Relaciones Sociales

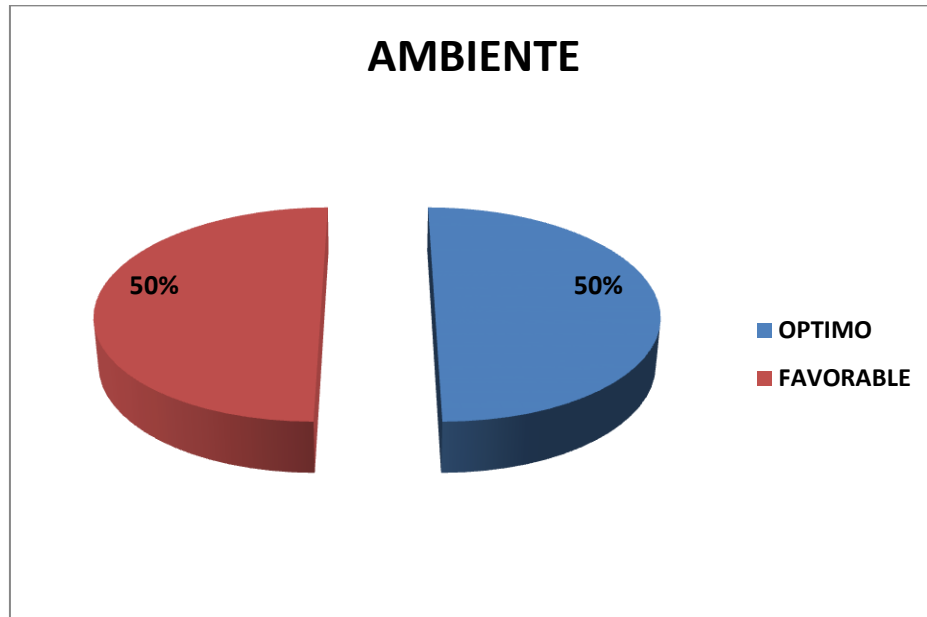
Grafico N° 24



Según los datos encontrados, se puede observar que el 75% tiene una Relación Social muy bien. Reciben y dan apoyo a sus familiares, a compañeros de trabajo o negocio, en la universidad. El 25% tiene una Relación Social Bien. Esto nos demuestra que los pacientes con trasplante renal tienen mejores relaciones personales, apoyo social, de parte de su familia, grupo de amigos, pacientes, los cuales ambos se brindan apoyo en todo momento, las parejas casadas, sienten el compañerismo, el amor y el apoyo que desean de la relación íntima en su vida, acompañado del apoyo y afecto de sus hijos. Cabe mencionar que estando en tratamiento de diálisis, los pacientes recibían también el apoyo de sus familiares, en cada momento, durante la espera al trasplante renal.

4.3.6 Ambiente

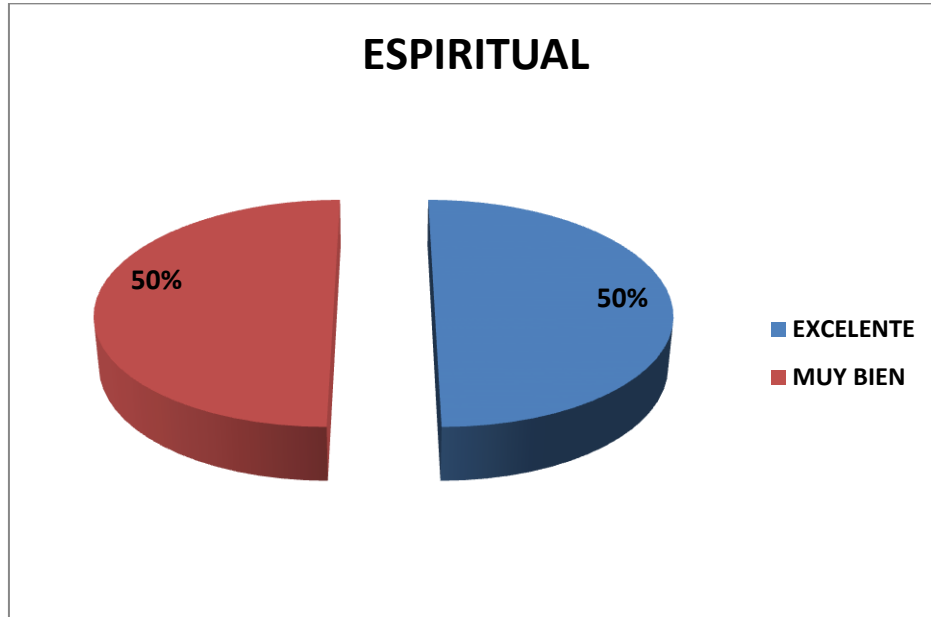
Grafico N° 25



Según la información hallada, el 50% tiene un Ambiente óptimo según la prueba, donde desempeñan sus autocuidado, su lugar de reposo, su espacio personal, esto nos demuestra que los pacientes con trasplante renal tiene un buen seguridad física, tienen un buen entorno doméstico en su hogar, tienen los recursos financieros necesarios para sobrellevar el trasplante renal y el apoyo del estado, también tienen una mejor atención sanitaria y social por parte de la familia, ya que tienen un núcleo familiar con buena calidad, tienen disponibilidad de tiempo en sus trabajos, negocios y estudios, realizan actividades recreativas, también pueden desplazarse por transporte público por la ciudad. El otro 50% según la prueba tiene una ambiente favorable, ya que por la reciente operación de trasplante están adaptándose de forma favorable a su hogar, a sus estudios, a sus fuentes laborales o negocios. Ya que refieren que estando con insuficiencia renal crónica, no realizaban actividades fuera del hogar ni del hospital, solo se quedaba en el hogar mientras un familiar le cuidaba, el núcleo familiar con buena calidad en la atención al paciente, solo salían de casa rumbo al hospital para el tratamiento de diálisis, teniendo la atención necesaria para el cuidado de su salud.

4.3.7 Espiritual

Grafico N° 26



En el cuadro se observa que el 50% tiene un dominio Espiritual excelente según la prueba, el cual manifiesta que los pacientes están ligados a la creencia divina, porque encomiendan su vida a Dios, el apoyo en la religión, es visto como una estrategia al servir como apoyo emocional para muchas personas, lo que facilita el logro posterior de una reinterpretación positiva y el uso de estrategias más activas de afrontamiento. Y el otro 50% tiene un dominio espiritual muy bien, en lo cual la confianza y la fe en un ser supremo es fuente de esperanza ya que, partiendo de una doctrina basada en el amor, se cree fielmente en que nunca, a pesar de los hechos, estarán desprotegidos por Dios.

4.4 ANALISIS DE CORRELACION DE PEARSON.

Para la correlación entre las variables de estudio de la presente investigación se utilizó el coeficiente de correlación simple de Pearson (Modelo Rectilíneo). El coeficiente de correlación es una medida de asociación entre dos variables y se simboliza con la letra r .

Los valores de la correlación van desde + 1 a – 1, pasando por el valor numérico del cero que corresponde a una ausencia de correlación. Los valores positivos indican que existe una correlación positiva directamente proporcional, los valores negativos señalan que existe una correlación negativa inversamente proporcional, respectivamente.

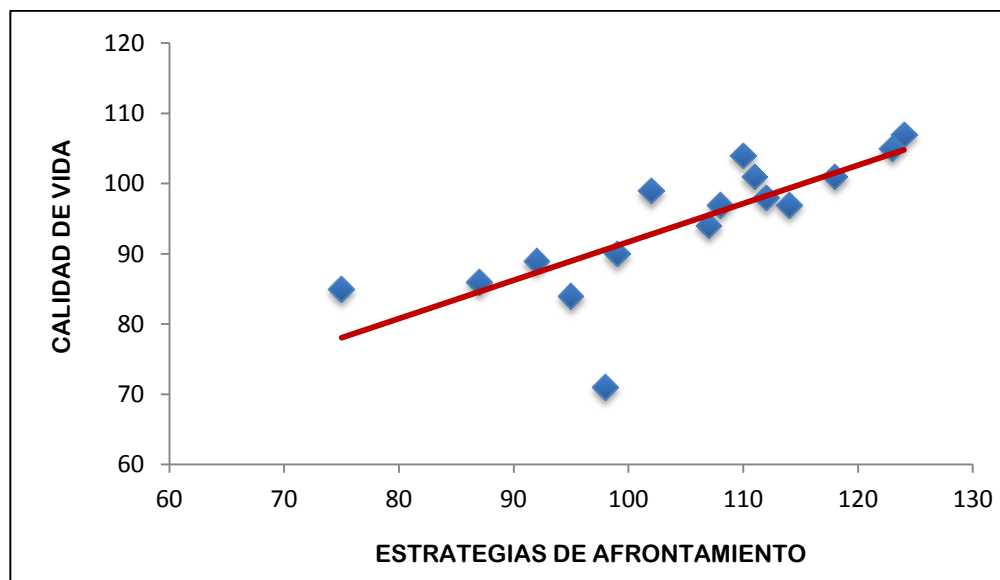
Dónde:

-1.00	Correlación negativa perfecta
-0.75	Correlación negativa considerable
-0.50	Correlación negativa media
-0.25	Correlación negativa débil
0.0	No existe correlación entre variables
+0.25	Correlación positiva débil
+0.50	Correlación positiva media
+0.75	Correlación positiva considerable
+1.00	Correlación positiva perfecta

En este capítulo se ilustrará la correlación que existe entre la variable 1 “Estrategias de afrontamiento” y la variable 2 “Calidad de vida”

4.4.1 Diagrama de dispersión correlación Clima Organizacional - Satisfacción Laboral.

Grafico N° 27



Fuente: Elaboración Propia

Grafico N° 28

		ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	CALIDAD DE VIDA
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	Pearson Correlation	1	,7604
	Sig. (2-tailed)		,001
	N	16	16
CALIDAD DE VIDA	Pearson Correlation	,7604	1
	Sig. (2-tailed)	,001	

Fuente: Elaboración Propia

El índice de correlación de Pearson encontrado entre los resultados de estrategias de afrontamiento y calidad de vida es:

0,76

Los resultados presentan una correlación de 0.76 positiva considerable, tomando en cuenta el signo de la correlación, se puede afirmar que las estrategias de afrontamiento influyen de forma significativa en la calidad de vida de los pacientes con trasplante renal, comprobando la hipótesis de la presente investigación:

“Existe una relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes con trasplante renal”.

Existe relación positiva considerable entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida del paciente con trasplante renal del programa nacional de salud renal, se observó que al aplicar estrategias de afrontamiento, los pacientes presentan una mejor

calidad de vida, por ello hace importante promover las estrategias de afrontamiento que contribuyan en la mejora de la calidad de vida de estos pacientes, evidenciándose en este estudio que los pacientes que aplican estrategias de afrontamiento enfocadas a la solución del problemas, seguido de una autocrítica a su persona, la expresión emocional, apoyo social por parte de su familia y amigos, una reestructuración cognitiva, pensamiento desiderativo para mejorar su realidad en la que viven día a día, las cuales modifican de manera positiva la realidad. Estas estrategias de afrontamiento les estaría favoreciendo a mantener una calidad de vida optima, con esperanza de vida y sentido de vida, lo que indica que pueden estar más satisfechos con su salud física, psicológica, sus relaciones sociales, el ambiente donde viven y trabajan, y en general con el equilibrio que presentan en los aspectos tanto objetivos como subjetivos.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Al haber efectuado el trabajo necesario para concluir la presente investigación, relacionado a la búsqueda de instrumentos para su aplicación, escoger la población de estudio, el trabajo de campo y el análisis estadístico respectivo, podemos decir que constituye un aporte importante para la Psicología al describir la relación entre las Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en Pacientes con Trasplante Renal, puesto que la revisión bibliográfica relacionada al tema de investigación, nos muestra que los estudios en cuanto a la importancia que se le brinda a los pacientes con trasplante renal en nuestro país recién está comenzando, abriéndose paso para brindar un apoyo en los pacientes renales y pacientes con insuficiencia renal crónica, en las áreas en las que trabaja el campo de la Psicología.

Ser un paciente con trasplante Renal es de mucha responsabilidad del paciente en cuidar su salud, y tomar medicamentos inmunosupresores de por vida, cada 12 horas para que el organismo no haga rechazo al Riñón trasplantado. Esta es la manera en que viven cada día, varios pacientes están mejorando día a día su calidad de vida, y viven como las demás personas, trabajan, realizan sus actividades académicas como sus actividades laborales y asisten a los controles establecidos con el Programa Nacional de Salud Renal, para hacer seguimiento de su estado de salud, tanto como de su calidad de vida.

5.1.1 RESPECTO A LOS OBJETIVOS

Los pacientes con trasplante Renal emplean de forma positiva las estrategias de afrontamiento para salir adelante en cada situación que se presente, por lo cual tienen una calidad de vida óptima, con esperanza de vida y sentido de vida, para salir adelante, tanto en el dominio físico, psicológico, su nivel de independencia, en sus relaciones sociales, en su ambiente y en su nivel espiritual y Sin embargo a pesar de la ayuda del estado, en la parte física y psicológica, siempre queda la incertidumbre por la operación y la insuficiencia renal crónica con lo cual tuvieron que vivir los pacientes.

Estos pacientes para afrontar la situación en que viven actualmente, utilizan las estrategias de: resolución de problemas, seguido de una autocrítica a su persona, la expresión emocional, demostrando sus emociones a sus familiares y un buen entorno social sobre el trasplante renal, utilizan el pensamiento desiderativo para mejorar su realidad en la que viven día a día, utilizan el apoyo social que reciben de su familia y de su entorno social, también la reestructuración cognitiva las cuales modifican de manera positiva la realidad.

Los pacientes con trasplante renal, necesitan de los cuidados para afrontar su forma de vivir, ya que tienen que cuidar su alimentación, su estado físico, salud mental, trabajando o realizando la ocupación que tiene, y también algunos continuaron con sus estudios universitarios.

Las estrategias de afrontamiento los pacientes trasplantados tienden a emplear estrategias de solución de problemas a través de la búsqueda de posibles alternativas orientadas a la mejora de su salud y reestructuración Cognitiva positiva de las

experiencias vividas durante la insuficiencia renal y la operación de trasplante renal. Esto indica que los pacientes buscan disminuir o modificar la situación amenazante que se presentó con la aparición de la enfermedad renal, por medio de un ajuste a nivel emocional pertinente, sin dejar de lado la valoración racional que hacen de la misma.

A nivel general los pacientes trasplantados presentan puntuaciones altas en la calidad de vida global, lo que indica que pueden estar más satisfechos con su salud física, psicológica, relaciones sociales, ambiente, religioso con el equilibrio que presentan en los aspectos tanto objetivos como subjetivos de su calidad de vida.

Según las puntuaciones obtenidas, la calidad de vida en los pacientes trasplantados parece ser más favorable, lo que muestra un adecuado funcionamiento psicológico reflejado en una autoestima alta, en un equilibrio emocional y un estado mental satisfactorio, adecuada interacción con su núcleo familiar y social más cercano y finalmente un nivel de independencia que estos pacientes tienen para realizar sus actividades cotidianas.

Es importante tener en cuenta que las puntuaciones encontradas en las estrategias de afrontamiento orientadas a la búsqueda de un apoyo social satisfactorio por parte de la familia, lo que indica que los pacientes tienen un manejo adecuado de los sentimientos experimentados, buscan por medio de actividades cotidianas, como el trabajo, estudio, actividad, distraer los efectos del trasplante renal y se sienten responsables en cierto grado por su aparición, sin evitar afrontar los cambios presentados a partir del trasplante renal.

Los pacientes trasplantados emplean con mayor frecuencia estrategias orientadas a la solución del problema sobre el trasplante renal de una forma adaptativa teniendo en cuenta las indicaciones médicas dadas para su tratamiento, esto ocurre probablemente porque los pacientes trasplantados tienden a responder de forma activa, con acciones concretas para el diario vivir.

Por otro lado, se encontró que independientemente que los pacientes presentan puntuaciones altas en las estrategias de afrontamiento de evitación de problemas socio físicos, ya que cuidan su bienestar físico ante el temor de que y retirada social, los cuales son conductas que pueden ser entendidas como una actitud de autoprotección a un riesgo del órgano trasplantado, por lo cual evita a problemas sociales, laborales, deportes o actividades con contacto cuerpo a cuerpo y realizar actividades que tengan esfuerzo físicos.

En lo referente a la retirada social, los pacientes no realizan una retirada social de los demás, ya que se encuentran mucho mejor recibiendo el apoyo de sus familias y su entorno social, laboral, para mejorar su calidad de vida.

También se observó a partir de las puntuaciones de los pacientes trasplantados, son quienes emplean con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento de expresión emocional y pensamiento desiderativo, al lograr un equilibrio emocional y comportamental que les permite asumir la situación de forma positiva.

El nivel de estudios alto en los pacientes con trasplante renal es de estudios universitarios, que les permite comprender y afrontar el trasplante con mejores estrategias.

Los pacientes trasplantados deben estar en posibilidad de buscar información, de pedir ayuda, de tener elementos cognitivos claros que les permitan tomar decisiones en momentos críticos, necesitando un nivel de escolaridad promedio.

Los pacientes con trasplante renal tienen mayor puntuación en la autocrítica, lo que indica que se sienten más responsables por la aparición de la insuficiencia renal crónica.

El trasplante renal genera en los pacientes una mejor calidad de vida global, probablemente porque es el tratamiento en el cual los pacientes, a pesar de continuar con el uso estricto de medicamentos y supervisión permanente del equipo médico, tienen más autonomía y un nivel de funcionamiento como una persona normal, exceptuando los esfuerzos físicos.

En la satisfacción con su salud mental presentan un nivel significativamente más alto, lo que señala la eficacia de su pensamiento, memoria y concentración, baja frecuencia de sentimientos negativos, incluyendo desánimo, culpa, tristeza, incontinencia afectiva (llanto), desesperación, nerviosismo, ansiedad y falta de placer en la vida, sentimientos de auto eficacia y de satisfacción con ellos mismos y con los demás, y una autoimagen positiva.

Las puntuaciones de la calidad de vida señalan que tienden a presentar un equilibrio emocional y un fortalecimiento espiritual más elevado que les permite tomar decisiones,

mejorar su autoimagen y comprender las dificultades que se presentan durante su enfermedad.

En relación con la calidad de vida los resultados indican que se encuentran más satisfechos con su salud psicológica y con las relaciones sociales mantenidas con personas significativas de su entorno social, como la familia y círculo de amigos.

El ambiente en el que se desenvuelven los pacientes con trasplante renal, es similar en los tratamientos médicos, participación en actividades recreativas, facilidad en el transporte, satisfacción con el ambiente del hogar y con los servicios sociales y de salud de los que disponen.

En el campo espiritual los pacientes fundamentan su vida en la fe y la esperanza que le otorgan sus creencias religiosas, las cuales les permiten comprender y aceptar las dificultades vividas.

Finalmente, es importante para futuras investigaciones que se estudie las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica que realizan Diálisis, para de esta forma conocer si existen estrategias que contribuyen al mejoramiento de la percepción de la calidad de vida en los pacientes con enfermedad renal.

A la vista de los resultados, parece lógico concluir que efectivamente existe una relación directa entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida. La calidad de vida está presente positivamente siempre y cuando los pacientes tengan un buen manejo de las estrategias de afrontamiento.

Por lo tanto, se demuestra la gran influencia y relación entre las variables Estrategias de afrontamiento y Calidad de vida y por todo lo expresado, se desprende que la incidencia en la mejora de las estrategias de afrontamiento, puede ser una buena herramienta, para influir en la calidad de vida. Ya que al aplicar estrategias de afrontamiento en un nivel alto, presenta una óptima calidad de vida, por ello hace importante promover las estrategias de afrontamiento que contribuyan en la mejora de la calidad de vida de estos pacientes.

5.2 VALIDACIÓN DE LA HIPÓTESIS

La presente investigación afirma que existe un grado de relación entre la variable Estrategias de afrontamiento y la variable Calidad de vida por ello se valida la hipótesis planteada:

“Existe una relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes con trasplante renal”.

Mediante el procedimiento estadístico necesario con el paquete estadístico SPSS se logró obtener un resultado de 0,76 el cual indica que existe una correlación positiva considerable entre las estrategias de afrontamiento y Calidad de vida en pacientes con trasplante renal del programa nacional de salud renal La Paz - Bolivia.

5.2 RECOMENDACIONES

De acuerdo a las conclusiones planteadas anteriormente, a continuación se hacen las siguientes recomendaciones:

5.2.1 RECOMENDACIONES PARA LA INSTITUCIÓN

La institución debe articular estrategias de educación e información sobre la cultura de donación en todas las instituciones públicas y privadas a nivel nacional, departamental y municipal, lo cual permite que la población tenga mayor conocimiento, disminuya sus temores y mitos sobre las consecuencias de la donación.

Se recomienda que el Programa Nacional de Salud Renal que debe contemplar aspectos de la salud mental.

El programa Nacional de Salud Renal debe atender a aquellos pacientes con insuficiencia renal crónica, aquellos pacientes que están en el proceso de espera de un trasplante renal y a aquellos pacientes que ya tienen un trasplante renal.

EL programa de atención a pacientes renales a nivel nacional, debe ser periódicamente evaluado, para mejorar el funcionamiento del programa, con la finalidad de detectar deficiencias y subsanar las mismas.

Para la aplicación del programa de debe capacitar al personal médico y paramédico.

Se recomienda la incorporación de profesionales en el campo de la psicología, con la finalidad de preservar el estado mental de los enfermos renales.

Se recomienda que el profesional en el campo de la psicología debe realizar seguimientos individuales antes de la pre y post operación de trasplante renal.

Se debe realizar programas específicos respecto a la adaptación social, familiar, laboral, monitoreos por psicólogos.

Se recomienda al programa de atención a pacientes renales, formar equipos inter y transdisciplinarios, que estén ligados a un nefrólogo, psicólogo, trabajador social, y un psicólogo laboral, con la finalidad de adaptar adecuadamente el desempeño laboral de los pacientes.

Se recomienda a los profesionales en psicología, mejorar el estado de ánimo de los pacientes renales, brindando un espacio en el que el paciente pueda resolver sus dudas y expresar sus inquietudes y sentimientos respecto al trasplante renal, diálisis, insuficiencia renal crónica, su ambiente familiar y sociedad.

5.2.3 RECOMENDACIONES A LOS PACIENTES Y FAMILIARES

El paciente debe conocer la responsabilidad que tiene con su tratamiento, el autocuidado que tiene con su trasplante renal.

En el caso de las mujeres no pueden embarazarse por un tiempo determinado, por la medicación que debe tomar llamada inmunosupresión que puede afectar al feto, en caso de que produzca el embarazo hay varios procesos que se deben modificar con el fin de evitar complicaciones en su embarazo.

Los familiares del donante como los del receptor, deben ser considerados en los diferentes momentos del proceso de la enfermedad renal y trasplante renal.

En el caso del receptor, la familia debe prepararse como agente de apoyo social; los cuales juegan un papel fundamental en la recuperación de la funcionalidad, la autonomía, la autoeficacia y la autoestima del paciente.

Se recomienda a las familias de los pacientes asistir a un seguimiento psicológico de sus familiares con enfermedad renal, para el cuidado de su salud mental.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

- Acevedo, J. & Avellaneda, L. (2005). Relación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas discapacitadas físicas al adquirir su limitación y los factores de personalidad en las ciudades de Duitama y Sogamoso. Tesis de grado no publicada, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja.
- Alarcón, L. (2006) La Psicología de la Salud en Colombia. *Universitas Psychologica* 5(3):681-693 Bogotá, Colombia.
- Álvaro, J. L. y Páez, D. (1996). Psicología social de la salud mental. En J. L. Álvaro, A. Garrido y J. R. Torregrosa (Eds.), *Psicología social aplicada* (pp. 381-407). Madrid: McGraw-Hill
- Álvarez, F., Fernández, M., Vázquez, A., Mon, C., Sánchez, R., & Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología*, 21, 191-199.
- Amarís, M., Paternina, A. Vargas, K.(2004). Relaciones familiares en familias desplazadas por la violencia ubicadas en “La Cangrejera”. *Psicología desde el Caribe*, 14, 91-124.
- Anderson. J. & Levine, J. (1985). Identificación y Prevención de Problemas Psicosociales en el Enfermo Renal. En D. Levine, *Manual de Cuidados del Paciente Renal*. Madrid: Emalsa.
- Apostolou, T. & Gokal, R. (2000). Quality of Life after Peritoneal Dialysis. En R. Kahna & R. Krediet (Eds.), *Nolp and Gokal's Textbook of Peritoneal Dialysis*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, The Netherlands.
- Arze Silvestre. Donación y Trasplante de órganos. Primer Seminario de Educación Médica Continua, 2008; pag 1-2
- Arenas, M., Moreno, E., Reig, A., Millán, I., Egea, J., Amoedo, M., Gil, M., & Sirvent, E. (2004). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas Coop-Wonca en una población de hemodiálisis. *Nefrología*, 24, 470-479.

- Badia, X. & Lizán, L. (2003). Estudios de calidad de vida. En A. Martín & J. Cano (Eds.), *Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica* (pp. 250-261). Madrid: Elsevier.
- Bestard O., Martorell J, Cruzado J, Grinyó J. *Inmunobiología del Trasplante Renal y bases del Tratamiento Inmunosupresor*. En: Avendaño L, et al: *Nefrología Clínica*. 3a Ed. Madrid. Ed. Médica Panamericana; 2009: 971-973
- Blanco, A. (1995). *Cinco tradiciones en la psicología social*. Madrid: Morata.
- Brook, N. & Nicholson, M. (2003). Kidney transplantation from non heart beating donors. *Surgeon*, 1, 311-322.
- Cameron J., Whiteside, D., Katz J., & Devins, G. (2000). Differences in Quality of Life Across Renal Replacement Therapies: a meta-analytic Comparison. *American Journal of Kidney Diseases*, 35, 629-637.
- Carmichael, P., Cois, & Popoola, J., (2000). Assessment of Quality of Life in a Single Center Dialysis Population using the kdQol-sF Questionnaire. *Quality of Life Research*, 9, 195-205.
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva*. Barcelona, Paidós
- Carrobbles, J., Remor, E. & Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15 (003), 420-426.
- Casado, F. D. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apuntes de Psicología*, 20, 403-414.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H., & Valdez, N. (2007). Afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Estrés y afrontamiento*, 1, 87-98.
- Casullo, M., Fernández Liporace, M. (2001). Estrategias de afrontamiento en estudiantes adolescentes. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología/ UBA*.
- Chan C., McFarlane P., & Pierratos A. (2005). Quotidian dialysis-update. *Current Opinion in Nephrology and Hypertension*, 5, 56-68.
- Cella, D. (1998) *Quality of Life*. N.Y.

- Cidoncha, M., Estévez, I., Marín, J., Anduela, M., Subyaga, G., & Diez de Baldeón, S. (2003). Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. Comunicaciones presentadas al XXviii Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.
- Cruzado J, Bestard Matamoros O, Grinyó Boira JM. Terapéutica Inmunosupresora. En: Avendaño L, et al: Nefrología Clínica. 3aEd. Madrid. Ed. Médica Panamericana; 2009: 1036-41
- Dennis, Williams, Giangreco&Cloninger, (1994) Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad. Siglo cero.
- Eiser, J.R. (1989). Psicología social. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Abascal, E.G. (1997). Estilos y Estrategias de Afrontamiento. En E.G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.), Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros R. (2009). Vida Activa: Contribuciones a la Psicología. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. y Macii, A. (1993). Calidad de vida. Intervención social, Vol 11, 5.77-94
- Fernández, S., Martín, A., Barbas, M., González, M., Alonso, M., & Ortega, M. (2005). Accesos vasculares y calidad de vida en la enfermedad crónica renal terminal. Nefrología, 57, 185-198.
- Feuerstein, M., Labbé, E. E. &Kuczmierczyk, A. R. (1986). Health psychology: A psychobiological perspective. Nueva York: PlenumPress.
- Galindo, B. & Milena, M. (2003). Estrategias de afrontamiento desplegadas por cuatro familias en situación de desempleo (Tesis de Maestría), Universidad Santo Tomás, Bogotá.
- García Riaño, D. (1991). Calidad de vida. Aproximación histórico-conceptual. Boletín de psicología, 30, 55-94.

- Gaston, RS, Basadonna, G, Cosio, FG, et al. Transplantation in the diabetic patient with advanced chronic kidney disease: ataskforce report. *Am J KidneyDis* 2004; 44:529.
- Gil-Roales, J. (2004). *Psicología de la salud: Aproximación histórica conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide. Gómez-Vela M. & Sabeth, E. (2002). *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Extraído el 14 de febrero, 2007.
- Gonzales-Cotruello J. El donante de riñón. Tipos de donante. Evaluación y selección de los donantes. En: Avendaño L, et al: *Nefrología Clínica*. 3a Ed. Madrid. Ed. Médica Panamericana; 2009: 1003-6
- Harris, D. (1990). *La justificación del estado de bienestar*. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales.
- Hernández, A. (1991). *Estrés en la familia colombiana: tensiones típicas y estrategias de afrontamiento*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.
- Hernández, G. (1995). Algunas reflexiones sobre la insuficiencia renal crónica terminal en México. *Gaceta Médica México*, 4, 59-63.
- Hernández, Fernández, Batista. *Metodología de la investigación - 4ta Edición*. México D.F. 2003
- Hernández, Sampieri. *Metodología de la investigación*. México D.F. 2003
- Hyde, J. S. (1995). *Psicología de la mujer: la otra mitad de la experiencia humana*. Madrid: Morata.
- J.M.a Puig. Historia Del Trasplante Renal. *Revista Hospital Esperanza*. Barcelona, 1987; pag 3-5
- Kimmel, P. (2001). Psychosocial Factors in Dialysis Patients. *Kidney International*, 59, 1599-1613.
- Kutner, N., Zhang, R. & McClellan, W. (2000). Patient-Reported Quality of Life Early in Dialysis Treatment: Effects Associated with usual Exercise Activity. *NephrologyNursingJournal*, 27, 34 42.

- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1985). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, 164.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *El concepto de afrontamiento en estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S. (1999). *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Londoño, A., Muñiz, S., Correa, P., Patiño, P., Jaramillo, D., Raigoza, S., Toro, A., Restrepo, L. & Rojas, D. (2005). *Salud mental*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 24, 4, 87-96.
- López Martínez, A. E. (1998). *El constructo de calidad de vida*. Impreso del curso del doctorado: *Ocio y calidad de vida*. Universidad de Málaga. España.
- Mechanic, D. (1974). *Social structure and personal adaptation: Somenelected dimensions*. New York: Basic Books.
- Ministerio De Salud, Bolivia, febrero 2017.
- Ministerio De Salud, Organización Mundial De La Salud Ops/O.M.S. Programa Nacional De Salud Renal, mayo 2007.
- Ministerio De Salud, Programa Nacional De Salud Renal, junio 2005.
- Ministerio de Salud, Resolución Ministerial N0 245 del 12 de Marzo de 2014
- Morales J.M., Andrés A. *Necrosis tubular aguda y rechazo agudo*. En: Arias M, Campistol J.M., Morales J.M.: *Manual de Trasplante Renal*. 1a Ed. Madrid. Ed. Comunicación Médica; 2005: 143-66.
- Moreno, B. & Ximénez, C. (1996). *Evaluación de la calidad de vida*. En Buela-Casal G., Caballo V., Sierra C (dirs.). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud (1044-1070)* España: Siglo Veintiuno Editores.

- Olson, D., McCubbin, H., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, A. & Wilson, M.(1984). Families: What makes them work. Figley, C., & McCubbin, H. (Eds.). Beverly Hills: Sage.
- Organización Mundial de la Salud (1992). Decima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Manual de Aplicación e Interpretación del WHOQOL-100. Recuperado enero 10, 2008.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OPS.
- Organización Mundial de la Salud (2006). 138 Sesión del Comité Ejecutivo O.M.S. Washington, D.C.: O.P.S.
- Penn I. The effect of immunosuppression on preexisting cancers. *Transplantation* 1993; 55:742.
- Pérez, J., Llamas, F., & Legido, A. (2005). Insuficiencia renal crónica: revisión y tratamiento con- servador. *Archivos de Medicina*, 1, 1-10.
- Perilla, S. & Fernández C. (2007). Tratamiento de Enfermedad Renal Crónica es de alto costo. Extraído el 20 de enero, 2007, de <http://www.eltiempo.com/salud>
- Piédrola, G. (1991). *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Masson Salvat.
- Programa Nacional de Salud Renal, Ministerio de Salud. *Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en Bolivia*, año 2, N°2, Marzo 2014; pág. 1-4.
- Quitian, O. (2003). *Calidad de vida y religión*. Tesis de grado no publicada, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Rabasca, L. (2000). Growing old, Staying spry. *Magazine Monitor on Psychology* 8, 23-23.
- Riquelme, J. Buendía y M.C. Rodríguez. (1993) *Estrategias De Afrontamiento Y Apoyo Social en Personas con EstresEconomico*, Vol. 5, n° 1, pp. 83-89
- Rodríguez, A. (1991). *Psicología social*. México: Trillas.

- Rodríguez, J., Pastor, S., & López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.
- Secord, P. & Backman, C. (1964). *Social Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Snyder, C. R. (1999). *Coping. The psychology of what works*. New York: Oxford University Press.
- Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencenferm*. 2003;9(2):9-21
- Tamayo y Tamayo, Mario. *El proceso de la investigación científica*. México : Limusa, 2007
- The WHOQOL Group, (1995) The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403 – 1409.
- Valderrabano F., Jofre, R. & López-Gómez, J. (2001). Quality of life in end-stage renal disease patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 38, 443-464.
- Vivas, CA, Hickey, DP, Jordan, ML. Renal transplantation in patients 65 years old or older. *J Urol* 1992; 147: 990
- Wolf, T., Balson P., Morse, E., Simon, P., Grauner, R., Dralle, P. & Williams, M. (1991). Relationship of coping style to affective state and perceived social support in asymptomatic and symptomatic HIV-infected person implication for clinical management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 171-173.
- World Health Organization (1998). *Programmer on Mental Health WHOQOL. User manual*
- Zeidner, M., & Endler, N.S. (1996). *Handbook of coping: Theory, research applications*. New York: John Wiley & Sons

ANEXOS

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

0 = En absoluto; 1 = Un poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho; 4 = Totalmente

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo.

NOMBRE:		EDAD:	FECHA EVALUACION: / /
1	Luché para resolver el problema		0 1 2 3 4
2	Me culpé a mí mismo		0 1 2 3 4
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés		0 1 2 3 4
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado		0 1 2 3 4
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema		0 1 2 3 4
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente		0 1 2 3 4
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado		0 1 2 3 4
8	Pasé algún tiempo solo		0 1 2 3 4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación		0 1 2 3 4
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché		0 1 2 3 4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía		0 1 2 3 4
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase		0 1 2 3 4
13	Hablé con una persona de confianza		0 1 2 3 4
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas		0 1 2 3 4
15	Traté de olvidar por completo el asunto		0 1 2 3 4
16	Evité estar con gente		0 1 2 3 4
17	Hice frente al problema		0 1 2 3 4
18	Me critiqué por lo ocurrido		0 1 2 3 4
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir		0 1 2 3 4
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación		0 1 2 3 4

21	Dejé que mis amigos me echaran una mano	0 1 2 3 4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0 1 2 3 4
23	Quitó importancia a la situación y no quise preocuparme más	0 1 2 3 4
24	Oculté lo que pensaba y sentía	0 1 2 3 4
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0 1 2 3 4
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0 1 2 3 4
27	Dejé desahogar mis emociones	0 1 2 3 4
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0 1 2 3 4
29	Pasé algún tiempo con mis amigos	0 1 2 3 4
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0 1 2 3 4
31	Me comporté como si nada hubiera pasado	0 1 2 3 4
32	No dejé que nadie supiera como me sentía	0 1 2 3 4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0 1 2 3 4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0 1 2 3 4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0 1 2 3 4
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0 1 2 3 4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0 1 2 3 4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas	0 1 2 3 4
39	Evité pensar o hacer nada	0 1 2 3 4
40	Traté de ocultar mis sentimientos	0 1 2 3 4
	Me consideré capaz de afrontar la situación	0 1 2 3 4

FIN DE LA PRUEBA

	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
PC								
A complementar por el Evaluador								

WHOQOL-100–Versión Española (España)

INSTRUCCIONES

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud, y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro sobre qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas.

Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

¿Cuánto se preocupa por su salud física?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Haga un círculo en el número que mejor defina con qué frecuencia se ha preocupado de su salud durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, hará un círculo en el 4 se está preocupado por su salud “Bastante”, o en el número 1 si no se ha preocupado por su salud “Nada”. Por favor, lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y haga un círculo en el número de la respuesta de cada pregunta que mejor le corresponda

Permiso de utilización:

Dra. Ramona Lucas Carrasco

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas, por ejemplo, sentimientos positivos tales como felicidad o bienestar. Si los ha experimentado muchísimo haga un círculo en el número de “Extremadamente”. Si no los ha experimentado haga un círculo en el número de “Nada”, o en los números intermedios si su respuesta está entre “Nada” y “Extremadamente”. Las preguntas hacen referencia a las dos últimas semanas.

F1.2 ¿Se preocupa de su dolor o malestar?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F1.3 ¿Qué difícil le es controlar cualquier tipo de dolor o malestar?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F1.4 ¿Hasta qué punto piensa que el dolor le impide hacer lo que necesita?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F2.2 ¿Con qué facilidad se cansa?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F2.4 ¿Cuánto le molesta sentirse fatigado?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F3.2 ¿Tiene dificultad para dormir?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F3.4 ¿Cuánto le preocupa cualquier problema de sueño?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F4.1 ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F4.3 ¿Qué positivo(a) se siente sobre su futuro (en qué grado se siente positivo(a) sobre el futuro?)

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F4.4 ¿Cuánto (o en qué grado) experimenta sentimientos positivos en su vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F5.3 ¿Cuál es su capacidad de concentración?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F6.1 ¿Cuánto se valora a sí mismo(a)?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F6.2 ¿Cuánta seguridad tiene en sí mismo(a)?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F7.2 ¿Se siente cohibido(a) por su apariencia?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F7.3 ¿Hay alguna parte de su apariencia que le hace sentir incómodo(a)?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F8.2 ¿Qué preocupado(a) se siente?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F8.3 ¿Cuánto interfiere cualquier sentimiento de tristeza o depresión con el funcionamiento de su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F10.2 ¿Hasta qué punto tiene dificultades para realizar las actividades de rutina (de la vida diaria)?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F10.4 ¿Cuánto le molesta cualquier limitación para realizar las actividades de la vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F11.2 ¿Cuánto necesita de cualquier medicación para funcionar en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F11.3 ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F11.4 ¿Hasta qué punto su calidad de vida depende del uso de sustancias o ayudas médicas?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F13.1 ¿Qué grado de soledad siente en su vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F15.2 ¿En qué medida están satisfechas sus necesidades sexuales?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F15.4 ¿Le molesta cualquier dificultad en su vida sexual?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F16.1 ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F16.2 ¿Siente que vive en un ambiente seguro?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F16.3 ¿Cuánto se preocupa por su seguridad?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F17.1 ¿Qué grado de confort tiene el lugar donde vive?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F17.4 ¿Cuánto le gusta el lugar donde vive?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F18.2 ¿Tiene dificultades económicas?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F18.4 ¿Cuánto le preocupa el dinero?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F19.1 ¿Con qué facilidad es capaz de obtener un buen cuidado médico?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F21.3 ¿Cuánto disfruta de su tiempo libre?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F8.4 ¿Cuánto le molestan los sentimientos de depresión?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F22.1 ¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F22.2 ¿Cuánto le preocupa el ruido del área donde vive?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F23.2 ¿Hasta qué punto tiene problemas con el transporte?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F23.4 ¿Cuánto le limita su vida las dificultades con el transporte?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia sobre en qué medida usted experimenta al completo o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, por ejemplo actividades de la vida diaria tales como lavarse, vestirse o comer. Si ha sido capaz de hacer estas cosas totalmente, haga un círculo en el número de “Totalmente”. Si no ha sido capaz de hacer estas cosas, haga un círculo en el número de “Nada”, o en los números intermedios si su respuesta está entre dichos extremos. Las preguntas hacen referencia a las dos últimas semanas.

F2.1 ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F7.1 ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F10.1 ¿Qué capacidad tiene para realizar sus actividades diarias?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F11.1 ¿Cuánto depende de las medicaciones?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F14.1 ¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F14.2 ¿Hasta qué punto puede contar con sus amigos cuando los necesita?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F17.2 ¿Hasta qué punto la calidad de su casa satisface sus necesidades?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F18.1 ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F20.1 ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F20.2 ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para conseguir la información que piensa que necesita?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

21.1 ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F21.2 ¿Qué capacidad tiene de relajarse y disfrutar de sí mismo(a)?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F23.1 ¿Hasta qué punto tiene los medios adecuados de transporte?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán satisfecho, feliz o bien se ha sentido en las dos últimas semanas en varios aspectos de su vida. Por ejemplo, sobre su vida familiar o su energía. Decida qué satisfecho o insatisfecho está con cada aspecto de su vida y haga un círculo en el número que mejor indica cómo se siente sobre ello. Las preguntas hacen referencia a las dos últimas semanas.

G2 ¿Cuán satisfecho(a) está con la calidad de su vida?

Muy insatisfecho/a	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

G3 En general, ¿cuán satisfecho(a) está con su vida?

Muy insatisfecho/a	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

G4 ¿Cuán satisfecho(a) está con su salud?

Muy insatisfecho/a	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

F2.3 ¿Cuán satisfecho(a) está con la energía que tiene?

Muy insatisfecho/a	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

F3.3 ¿Cuán satisfecho(a) está con su sueño?

Muy insatisfecho/a	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

F5.2 ¿Cuán satisfecho(a) está con su capacidad de aprender información nueva?

Muy insatisfecho/a	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

F5.4 ¿Cuán satisfecho(a) está con su capacidad para tomar decisiones?

Muy insatisfecho/a	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

F6.3 ¿Cuán satisfecho(a) está de sí mismo?

Muy insatisfecho/a	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

F6.4 ¿Cuán satisfecho(a) está con sus capacidades?

Muy insatisfecho/a	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

F7.4 ¿Cuán satisfecho(a) está con su físico?

Muy insatisfecho/a	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

F10.3 ¿Cuán satisfecho(a) está con su capacidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

Muy insatisfecho/a	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

F13.3 ¿Cuán satisfecho(a) está con sus relaciones personales?

Muy insatisfecho/a	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

F15.3 ¿Cuán satisfecho(a) está con su vida sexual?

Muy insatisfecho/a	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

F14.3 ¿Cuán satisfecho(a) está con el apoyo que obtiene de su familia?

Muy insatisfecho/a	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

F14.4 ¿Qué satisfecho(a) está con el apoyo que obtiene de sus amigos?

Muy insatisfecho/a	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

F13.4 ¿Cuán satisfecho(a) está con su capacidad de proporcionar o dar apoyo a otros?

Muy insatisfecho/a	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

F16.4 ¿Cuán satisfecho(a) está de su seguridad física?

Muy insatisfecho/a	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

F17.3 ¿Cuán satisfecho(a) está de las condiciones del lugar donde vive?

Muy insatisfecho/a	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

F18.3 ¿Cuán satisfecho(a) está con su situación económica?

Muy insatisfecho/a	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

F19.3 ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?

Muy insatisfecho/a	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

F19.4 ¿Cuán satisfecho(a) está con los servicios sociales?

Muy insatisfecho/a	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

F20.3 ¿Cuán satisfecho(a) está con las oportunidades de adquirir habilidades nuevas?

Muy insatisfecho/a	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

F20.4 ¿Cuán satisfecho(a) está con las oportunidades de aprender información nueva?

Muy insatisfecho/a	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

F21.4 ¿Cuán satisfecho(a) está de la manera como usa su tiempo libre?

Muy insatisfecho/a	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

F22.3 ¿Cuán satisfecho(a) está con su medio ambiente (ejemplo, contaminación, clima, ruido, belleza)?

Muy insatisfecho/a	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

F22.4 ¿Cuán satisfecho(a) está con el clima del lugar donde?

Muy insatisfecho/a	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

F23.3 ¿Cuán satisfecho(a) está con su transporte?

Muy insatisfecho/a	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

F13.2 ¿Se siente feliz de su relación con los miembros de su familia?

Muy infeliz	Poco	Lo Normal	Bastante Feliz	Muy Feliz
1	2	3	4	5

G1 ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mal	Poco	Lo Normal	Bastante Bien	Muy Bien
1	2	3	4	5

F15.1 ¿Cómo puntuaría su vida sexual?

Muy mal	Poco	Lo Normal	Bastante Bien	Muy Bien
1	2	3	4	5

F3.1 ¿Cómo duerme?

Muy mal	Poco	Lo Normal	Bastante Bien	Muy Bien
1	2	3	4	5

F5.1 ¿Cómo puntuaría su memoria?

Muy mal	Poco	Lo Normal	Bastante Bien	Muy Bien
1	2	3	4	5

F19.2 ¿Cómo puntuaría la calidad de los servicios sociales a su disposición?

Muy mal	Poco	Lo Normal	Bastante Bien	Muy Bien
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos hechos, por ejemplo, el apoyo de su familia o amigos, o experiencias negativas tales como sentirse inseguro. Si usted no ha experimentado estos hechos en las dos últimas semanas, haga un círculo en la respuesta “Nunca”. Si ha experimentado estos hechos decida la frecuencia y haga un círculo en el número apropiado. Así, por ejemplo, si ha tenido dolor continuamente en las dos últimas semanas, haga un círculo en el número de “Siempre”. Las preguntas hacen referencia a las dos últimas semanas.

F1.1 ¿Con qué frecuencia sufre dolor físico?

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

F4.2 ¿Generalmente se siente contento(a)?

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

F8.1 ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cualquier “trabajo” que realiza. Trabajo aquí significa cualquier actividad principal que usted realiza. Esto incluye trabajo voluntario, estudiante, cuidar de la casa, cuidar de los niños, trabajo remunerado, o

trabajo no remunerado. Así trabajo, tal como aquí se utiliza, significa las actividades que usted siente que ocupan la mayor parte de su tiempo y energía. Las preguntas hacen referencia a las dos últimas semanas.

F12.1 ¿Es capaz de trabajar?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F12.2 ¿Se siente capaz de realizar sus obligaciones?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F12.4 ¿Cuán satisfecho(a) está con su capacidad de trabajo?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F12.3 ¿Cómo puntuaría su capacidad para trabajar?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **lo bien que ha sido capaz de moverse en su medio** en las dos últimas semanas. Esto refiere a su capacidad física de movilizar su cuerpo de tal manera que le permita moverse y hacer las cosas que usted quiere, así como cosas que usted necesite.

F9.1 ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?

Nada	Un poco	Lo Normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F9.3 ¿Cuánto le molesta cualquier dificultad para moverse?

Nada	Un poco	Lo Normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F9.4 ¿Hasta qué punto cualquier dificultad de movimiento afecta su manera de vivir?

Nada	Un poco	Lo Normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F9.2 ¿Está satisfecho con su capacidad de desplazarse?

Nada	Un poco	Lo Normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a sus **creencias personales**, y a la manera que afectan su calidad de vida. Estas preguntas versan sobre la religión, espiritualidad y otras creencias que pueda tener. De nuevo estas preguntas hacen referencia a las dos últimas semanas.

F24.1 ¿Sus creencias personales dan sentido a su vida?

Nada	Un poco	Lo Normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F24.2 ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?

Nada	Un poco	Lo Normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F24.3 ¿Hasta qué punto sus creencias personales le dan fuerza para hacer frente a las dificultades?

Nada	Un poco	Lo Normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F24.4 ¿Hasta qué punto sus creencias personales le ayudan a entender las dificultades de la vida?

Nada	Un poco	Lo Normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5