



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

**CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN LABORAL EN PACIENTES  
CON TRASPLANTE RENAL**

# **TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
MAESTRA EN ENFERMERÍA  
(ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA)**

**PRESENTA:  
RIOJA REDON KARLA KARYNNA**

**TUTORA:  
DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

Ciudad de México

Marzo 2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# ÍNDICE

## CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN	5
1.1.Planteamiento del Problema	7
1.1.1.Pregunta de Investigación	12
1.2.Justificación	12
1.3.Objetivo	13
1.4.Hipótesis	13

## CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL	14
2.1.Definición de las Principales Variables	14
2.1.1.Calidad	14
2.1.2.Calidad de Vida	15
2.1.3.Calidad de Vida Relacionada con la Salud	16
2.1.4.Componentes de la Calidad de Vida en Pacientes con Trasplante Renal	17
2.1.5.Calidad de Vida y Satisfacción Laboral en Pacientes con Trasplante Renal	18
2.1.6.Satisfacción del Paciente con Trasplante Renal	21
2.1.7.Seguridad del Paciente con Trasplante Renal	22
2.1.8.Trasplante Renal en México	23
2.2.Perspectiva Teórica	26
2.2.1.Empoderamiento	26
2.2.2.El Empoderamiento como Proceso	28
2.2.3.Empoderamiento Psicológico	29
2.2.4.Motivación Laboral	30
2.2.5.Teoría de las Necesidades de Maslow	31
2.2.6.Teoría de las Relaciones Humanas de McGregor	31
2.2.7.Teoría de la Satisfacción de las Necesidades de Mc Clelland	32
2.2.8.Teoría de las Expectativas de Vroom	33

2.2.9. <i>Modelo de Motivación Laboral Propuesto por Toro</i>	33
2.2.10. <i>Factores Motivacionales Comparados con el Clima Organizacional</i>	34
2.3. Estado del Arte	35

## CAPÍTULO III

CONTEXTO DEL ESTUDIO: METODOLOGÍA	43
3.1. Tipo de Diseño	43
3.2. Población y Muestra	43
3.2.1. <i>Universo de Estudio</i>	43
3.2.2. <i>Muestra</i>	43
3.2.3. <i>Población de Estudio</i>	44
3.2.4. <i>Unidades de Observación</i>	44
3.2.5. <i>Criterios de Selección</i>	45
3.2.5.1. <i>Criterios de Inclusión</i>	45
3.2.5.2. <i>Criterios de Exclusión</i>	45
3.3. Variables de Estudio	45
3.3.1. <i>Variables Intervinientes</i>	45
3.3.2. <i>Variables Principales</i>	45
3.3.3. <i>Variable de Estudio Calidad de Vida</i>	46
3.3.4. <i>Dimensiones de la Variable de Estudio Calidad de Vida</i>	46
3.3.5. <i>Variable de Estudio Satisfacción Laboral Postrasplante Renal</i>	46
3.3.6. <i>Dimensiones de la Variable de Estudio Satisfacción Laboral Postrasplante Renal</i>	47
3.4. Operacionalización de las Variables	48
3.4.1. <i>Variables Intervinientes</i>	48
3.4.2. <i>Variables Principales</i>	49
3.5. Procedimientos	53
3.5.1. <i>Prueba Piloto</i>	53
3.5.2. <i>Recolección de Datos</i>	53
3.5.3. <i>Para el Análisis de Datos</i>	53
3.5.4. <i>Instrumento de Medición</i>	54
3.5.5. <i>Descripción del Instrumento</i>	57

3.5.5.1. <i>Ponderación del Puntaje</i>	59
3.5.5.2. <i>Ponderación Calidad de Vida</i>	59
3.5.5.3. <i>Ponderación Satisfacción Laboral Postrasplante Renal</i>	60
3.6. Confiabilidad y Validez	61
3.7. Aspectos Éticos	62

## CAPÍTULO IV

RESULTADOS	63
4.1. Caracterización de la Muestra	63
4.2. Resultados Descriptivos	65
4.3. Estadística Inferencial	72

## CAPÍTULO V

DISCUSIÓN	79
CONCLUSIÓN	87

## CAPÍTULO VI

BIBLIOGRAFÍA	89
ANEXOS	93
6.1.1. Instrumento	93

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

Para el siglo XXI la enfermedad renal crónica es un importante problema de salud pública, de trascendencia epidemiológica, tanto en México como en el resto del mundo, debido a un incremento anual del 10%. Actualmente en Latinoamérica, el trasplante renal ha sido uno de los procedimientos de mayor elección empleados para el tratamiento de sustitución de la función renal, debido al impacto hacia la mejora de los pacientes, ya que con esto la percepción de mejorar la calidad de vida aumenta al ya no tener que pasar la mayor parte del tiempo en el hospital dializándose o hemodializándose; considerándose como un fenómeno de interés para la salud pública, sobre la que se hace imprescindible generar propuestas de intervención que den respuesta a las necesidades de los usuarios.

Los trasplantes de órganos sólidos, como riñones, hígado, corazón, páncreas o pulmones son cada vez más un componente sistemático de la atención de salud en muchos países, dejando de ser una característica exclusiva de la atención sanitaria de los países de altos ingresos. De los 70.000 órganos sólidos trasplantados al año, aproximadamente 50.000 se utilizan para el reemplazo renal, y más de una tercera parte de estas operaciones se realizan en países de bajos o medianos ingresos.

Los programas de trasplante son insuficientes debido a la alta demanda de órganos, estas cifras se han elevado rápidamente, mismo que contrasta con la posibilidad de adquisición y disponibilidad de órganos y tejidos, debido a que el número de donantes potenciales y reales es muy reducido; México no escapa a esta realidad.

Informes de la Secretaria de Salud en México y el Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA), refieren que en el año 2015 la lista de receptores en espera de riñón era de 12,095 personas, de los cuales se realizaron 2,770 trasplantes renales; en

el año 2016, la lista de receptores en espera de riñón aumentó a 12,477 pacientes y se realizaron 2,978 trasplantes renales; a partir de enero al mes de febrero del año 2017, podemos identificar como la demanda de trasplante renal y el aumento de pacientes en espera del mismo incrementó a 12,882 y se reportan 351 trasplantes de riñón realizados.

Debido al deficiente efecto y a la alta demanda que refleja el trasplante renal sobre la salud pública, se deben valorar los resultados sociales e individuales que causan este evento en nuestra sociedad, particularmente en la reinserción y satisfacción laboral.

Por otro lado, los trasplantes son coste-eficaces en muchas circunstancias, por ejemplo el trasplante renal no sólo proporciona tasas de supervivencia y una calidad de vida, favorece la inserción laboral y por ende un mejor desarrollo económico, emocional y social, ya que no es dependiente de asistir a instituciones hospitalarias.

Es importante considerar la opinión así como las experiencias de los pacientes, ya que estas contribuyen en la definición de calidad de vida, al determinar los valores que deben aplicarse a los beneficios y riesgos esperados para la salud por sus expectativas respecto al manejo del proceso interpersonal; los pacientes tanto individual como colectivamente, son definidores primarios de lo que a calidad de vida se refiere.<sup>1</sup>

Aunque el trasplante renal mejora en gran medida la función que se ha perdido, no logra curar por completo la enfermedad, puesto que existen predisponentes para volver a desarrollarla; implica para la persona enferma y su familia adoptar nuevos estilos de vida en cuanto al ejercicio, la nutrición, la rutina diaria; permanecer durante el tiempo en el que el injerto sea viable con tratamientos anti rechazo; es decir, abordar una nueva vivencia de cronicidad, que requiere el acompañamiento

---

<sup>1</sup> Klarenbach S, Barnieh L, Gill J. Is living kidney donation the answer to the economic problema of end- stage renal disease? Semin nephrol 2009 Sep; 29 (5): 533-8.

y seguimiento de las redes de apoyo formales e informales con las que cuente el paciente.

Es importante el constante acercamiento por parte del profesional de Enfermería, ya que esto creará un ambiente de confianza, lo cuál permitirá y favorecerá la comunicación, ayudando a la identificación de factores de riesgo y situaciones en el paciente las cuales han afectado para que este pueda insertarse nuevamente o insertarse a un ambiente laboral después de haber sido trasplantado, ya que esto ayudará a mejorar la calidad de vida, así como su percepción sobre ella, ya que favorecerá a la autorrealización, desarrollo económico, social y emocional.

### 1.1.Planteamiento del Problema

Actualmente las enfermedades crónico degenerativas como las cardiovasculares, metabólicas y la enfermedad renal crónica, han reemplazado a las enfermedades transmisibles como la principal amenaza para la salud pública, ya que de los 57 millones de defunciones que se produjeron en todo el mundo en 2008, 36 millones, casi las dos terceras partes, se debieron a estas,<sup>2</sup>por lo tanto, han generado una mayor sobrecarga en los presupuestos de salud en todo el mundo,<sup>3</sup> debido a que casi el 80% de las muertes por enfermedades crónico degenerativas se dan en los países de ingresos bajos y medios.

El incremento progresivo de la morbilidad, los altos costos de tratamiento y atención para insuficiencia renal crónica en México hace imposible el financiamiento debido al enorme impacto en el presupuesto de salud, ya que el gasto que se requiere es de 4 mil millones de pesos, lo cuál representa una inversión de más del 60% del gasto médico total.

Por otra parte, el gasto en medicinas representa en promedio el 27% y en ambulancias el 12%, se estima que la enfermedad puede alcanzar un incremento

---

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. 2010. P 1-10

<sup>3</sup> Pefaur P., Rosati M. Trasplante Renal. Guías Clínicas Sociedad Chilena de Trasplante. Santiago, Chile 2010, p85-88

máximo en el número de pacientes para el año 2043, lo que representaría una inversión de 20.000 mil millones de pesos.

Estimando un escenario catastrófico, la enfermedad continuaría con un ascenso continuo y para el año 2050 los costos de inversión alcanzarían los 50.000 mil millones de pesos, cifras imposibles de costear; las limitaciones en el acceso a los servicios debido a que en México actualmente sólo se cubre a pacientes afiliados a instituciones de seguridad social; y los insuficientes presupuestos en salud en la mayoría de los países en vía de desarrollo, entre otros factores, tienen una repercusión importante humana, ética, económica, social y política para enfrentar este problema de salud.<sup>4,5,6</sup>

La enfermedad renal crónica ha adquirido las proporciones de una verdadera epidemia, la tasa de prevalencia e incidencia es de alrededor de 900- 1200 y 103-140 pacientes por millón de población (pmp) respectivamente en países como Francia y España, en los Estados Unidos de Norteamérica, el número de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, que requieren tratamiento sustitutivo renal, ha aumentado más de tres veces en las últimas dos décadas, llegando a una incidencia de 334pmp. Considerando la tendencia demográfica, se ha proyectado que en el año 2030, habrá aproximadamente 2,2 millones de pacientes que requerirán diálisis o trasplante.<sup>7</sup>

En la región de Latinoamérica la prevalencia es de 447pmp, y la incidencia es de 147pmp. La distribución según países es entre una prevalencia de 1 026 pacientes pmp en Puerto Rico, 667 pacientes pmp en Argentina, 485 pacientes pmp en Brasil y 63 pacientes pmp en Bolivia, estando en correspondencia con diferencias económicas y sociales entre los países. En Cuba la prevalencia es de 225

---

<sup>4</sup> Gámez AM. Enfermedad renal Crónica en el adulto mayor. Rev. Med. Electrón. vol.35 no.4 Matanzas jul.-ago. 2013

<sup>5</sup> Centro de Innovación Tecnológica Regenerativa. CiterMéxico. La insuficiencia renal en México [Internet] México; 2013. Disponible en: [www.insuficienciarenal.com.mx](http://www.insuficienciarenal.com.mx) [Consultado: Octubre 16, 2015]

<sup>6</sup> Cobertura de la insuficiencia renal crónica en el Sistema Público de Salud en México [Internet] México; 2010. Disponible en: [www.inspvirtual.mx/CentroDocumentacion](http://www.inspvirtual.mx/CentroDocumentacion) [Consultado: octubre 16, 2015]

<sup>7</sup> National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Am J Kidney Dis. 2002;39:1-266. Citado en PubMed; PMID: 11904577.

pacientes pmp.<sup>8</sup>

Actualmente en México, la enfermedad renal crónica es un problema de salud pública y la mejor opción terapéutica es el trasplante renal, ya sea de donador vivo o cadavérico. En cuanto a la demanda potencial de trasplante renal, se estima que la incidencia de Insuficiencia Renal asciende al año a 100 casos nuevos por cada millón de habitantes; si conservadoramente se calcula que el 50% llegase a ser candidato a trasplante, esto representaría que para satisfacer esta demanda potencial en la población actual, se harían necesarios de 5,000 Trasplantes Renales al año. En cuanto a la edad, casi el 58% se encuentra entre los 21 a 40 años.<sup>9</sup>

La enfermedad renal crónica avanzada es una condición que por sus características tiene un gran impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud, ya que estos pacientes son sometidos a algunas de las terapias substitutivas renales (diálisis o trasplante), lo cual en la mayoría de los casos esto les impide llevar a cabo sus actividades, desfavoreciendo un desarrollo, laboral, económico y emocional. Por tanto, la calidad de vida relacionada con la salud es un concepto multidimensional basado en la percepción de la persona donde intervienen factores «no clínicos», como la familia, las amistades, las creencias religiosas, el trabajo, los ingresos y otras circunstancias de la vida.<sup>10,11,12</sup>

El trasplante renal mejora notablemente la calidad de vida del enfermo renal respecto de la diálisis y hemodiálisis tanto en el aspecto de actividad física como psíquica, social y laboral o en su valoración global de calidad de vida. En general,

---

<sup>8</sup> Almaguer López M, Magrans Buch Ch, Herrera Valdés R. Definición y estratificación de la enfermedad renal crónica, medición de la función renal, epidemiología, clínica, prevención y tratamiento. La Habana: Instituto de Nefrología; 2009.

<sup>9</sup> Treviño A. Insuficiencia renal crónica: enfermedad emergente, catastrófica y por ello primaria. Cir Cir 2004;72:3-4.

<sup>10</sup> Annual Report 2005 European Renal Association .European Renal Association. [Internet] Europa; 2005. Disponible en: <http://www.era-edta-reg.org/index.jsp?p=annrep>. [Consultado: Mayo 16, 2015]

<sup>11</sup> Cirera F., Reina M. Utilidad de la calidad de vida como herramienta de enfermería para la valoración de los pacientes con insuficiencia renal crónica. [Internet] Disponible en: [http://www.revistaseden.org/files/1756\\_18.pdf](http://www.revistaseden.org/files/1756_18.pdf). [Consultado: Marzo 20,2015]

<sup>12</sup> Rebollo P., González M.P. Interpretation of health related quality of life of patients on replacement therapy in end stage renal disease. Nefrologia 2000;20:431-9.

los hombres mejoran más que las mujeres y los factores de comorbilidad asociados a la insuficiencia renal limitan la mejoría en la calidad de vida. Aspectos directamente relacionados con el trasplante renal, el tratamiento inmunosupresor y la función renal resultarán decisivos en la calidad de vida lograda después del trasplante renal.<sup>13</sup>

Con base a lo anterior, es necesario enfatizar en la vulnerabilidad y la importancia de la calidad de vida relacionada con la satisfacción laboral, ya que la mayoría de los pacientes con trasplante renal se encuentran en edad laboral, los cuales presentan dificultad para insertarse en este medio, lo cual puede llegar a causar la aparición de trastornos emocionales en estos pacientes, por lo que se ve afectada la calidad de vida relacionada con la salud.

Se ha identificado que la inserción al mundo laboral tiene una implicación importante en la rehabilitación como lo son la edad, sexo, estado civil y nivel educativo; por ello, estudiar la calidad de vida relacionada con la salud constituye actualmente un concepto fundamental para la atención integral del paciente con trasplante renal. La actividad laboral conlleva, además, que la persona disfrute de una mayor estabilidad económica y de un mejor estado emocional, al recuperar en muchos casos la autoestima y las capacidades que en un principio pierde.<sup>14,15,16</sup>

Un mayor acercamiento por parte del personal de enfermería hacia con el paciente con trasplante renal, favorecerá a identificar si después de este se ve afectada su calidad de vida y su satisfacción laboral, ya que la perspectiva de estos así como de la enfermedad serán diferentes de ahora en adelante, es importante tomar en cuenta y manifestar al paciente que su mejora no solo depende de llevar a cabo

---

<sup>13</sup> Ortega F., Rebollo P. Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes receptores de un trasplante de órgano sólido. Barcelona: Ediciones Mayo; 2006.

<sup>14</sup> Badía, X. & Lizán, L. Estudios de calidad de vida. En A. Martín & j. Cano (Eds.), Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica(2003). (pp. 250-261). Madrid: Elsevier.

<sup>15</sup> Alarcón, A. La personalidad del paciente y el apoyo psicosocial. En A. Alarcón (Ed.), Aspectos psicosociales del paciente renal. Bogotá: Clínica Marly. (2004). (pp. 31-46).

<sup>16</sup> ECRI Health Technology Assessment Group. Determinants of Disability in Patients With Chronic Renal Failure: Summary. Evidence Reports/Technology Assessments, No 13. Rockville: Agency of Healthcare Research and Quality; 2000.

una adecuada alimentación y medicación, la rehabilitación va más allá, implica una estabilidad en las esferas en las que se ve inmenso, lo cuál favorecerá a mejorar su calidad de vida y por ende su situación laboral, beneficiando un mayor desarrollo físico y emocional en el paciente, de lo contrario la inactividad laboral perjudica a tal grado que puede llegar a repercutir en su tratamiento.

El hecho de identificar cual es la satisfacción laboral y la calidad de vida de los pacientes con trasplante renal y manifestarles cuál es la importancia de verse inmerso en un entorno social en el cual realicen actividades, en este caso que cuenten con un empleo, les permitirá llevar a cabo un mecanismo sano de adaptación funcional, mejorando la calidad de vida y favoreciendo a la percepción de una autoimagen positiva, elevación de autoestima, equilibrio emocional y un estado mental satisfactorio, beneficiando una adecuada integración familiar, social e independencia para llevar a cabo actividades así como la inserción al mundo laboral.

La existencia de la relación entre el trasplante renal, calidad de vida y satisfacción laboral lo hace un problema referente a nuestro periodo histórico, ya que con esto aparece un fenómeno social que involucra un capital negativo por las consecuencias que lleva consigo la integración al mundo laboral y los gastos que trae consigo la enfermedad, la rehabilitación social y personal después del trasplante renal, creando una discapacidad social ya que estos pacientes normalmente no forman parte de este, llevándolo a un problema de dimensión social, por ello, es trascendente en cuanto a enfermería se trata.

Como personal de enfermería es indispensable crear y usar herramientas, tácticas y estrategias para la solución de problemas a través de la búsqueda de posibles alternativas orientadas al mejoramiento de los síntomas de la enfermedad y reevaluación positiva de las experiencias vividas después de ser trasplantados renales, lo cuál disminuirá y modificará la situación amenazante que se presentó

con la aparición de la enfermedad, la cuál no solo puede llegar a afectar la calidad de vida actual del paciente con trasplante renal sino también su situación laboral.

Por consiguiente, el objetivo del presente estudio tiene como propósito determinar y conocer la calidad de vida en pacientes con trasplante renal y la satisfacción con su situación laboral.

### *1.1.1.Pregunta de Investigación*

## **¿CUÁL ES LA CALIDAD DE VIDA Y LA SATISFACCIÓN LABORAL EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL?**

### 1.2.Justificación

El propósito de esta investigación es identificar la relevancia que trae consigo la calidad de vida y la satisfacción laboral en pacientes con trasplante renal, como el hecho de incorporarse al mundo de lo laboral favorece el desarrollo de la persona aumentando de forma correlacional la calidad de vida de manera positiva; de igual forma como las dimensiones relacionadas a estas variables son factores que pueden considerarse negativos o positivos para aumentar o disminuir la calidad de vida percibida en el paciente con trasplante renal.

La mayor parte de la población con trasplante renal se encuentra en edad laboral, por lo que es importante crear estrategias y redes de apoyo que fortalezcan su independencia para realizar nuevamente actividades que los involucre a su entorno social, así como concientizar al paciente de la importancia que esto trae consigo, ya que un cuidado adecuado tanto de la propia persona como del trasplante lo llevará a una mayor satisfacción personal de crecimiento, elevación de autoestima reflejado en una mejor calidad de vida.

Es importante tomar en cuenta que la satisfacción laboral en el paciente con trasplante renal es un factor importante en la rehabilitación ya que crea en él

empoderamiento, sentido de pertenencia, seguridad económica, etc. a pesar que en ocasiones pudiera llegar a sentirse poco satisfecho con el desarrollo de su trabajo ya que quisieran hacer más o dar más, esto se debe a la motivación laboral de forma personal al crearse objetivos y metas a futuro dentro del desarrollo laboral y tener miedo o frustración de no poder llevarlas a cabo adecuadamente como se lo proponen.

De igual forma, el hecho de que el paciente cuente con trasplante renal no quiere decir que se sienta sano por completo ya que está consiente de la trascendencia de su enfermedad y las consecuencias de la misma.

### 1.3.Objetivo

- Determinar la relación que existe entre la calidad de vida en pacientes con trasplante renal y su satisfacción laboral en un hospital de tercer nivel del área metropolitana.

### 1.4.Hipótesis

Tomando en cuenta los estudios reportados; se espera encontrar el nivel de relación entre la calidad de vida y la satisfacción laboral en pacientes con trasplante renal en una unidad de tercer nivel de atención, siendo que a mayor calidad de vida en personas con trasplante renal mayor satisfacción laboral.

## CAPÍTULO II

### MARCO CONCEPTUAL

#### 2.1. Definición de las Principales Variables

##### 2.1.1. Calidad

Podemos definir calidad como una "cualidad", una "manera de ser", "alguien que goza de la estimación general", o "lo mejor dentro de su especie".<sup>17</sup> En el ámbito de la salud se refiere a la perfección de un proceso, a la obtención de buenos resultados con una determinada técnica o procedimiento.

Algunos autores se refieren a la calidad como dar al paciente aquello que espera, podemos describirlo como la condición o atributo del objeto que debe ser verificado y comprobado por el paciente, o como una meta para y hacia con el paciente, de igual forma la calidad se refiere a la producción de bienes y servicios demandados, al menor costo posible para la sociedad.<sup>18,19,20</sup>

La calidad, debe velar porque ambas partes, prestador y paciente, trabajen activamente y en conjunto para la obtención de la misma por ello, tiene como responsabilidad la mejora continua, esto dará como resultado la satisfacción del paciente, pero para saber cuales son las necesidades de nuestros pacientes es importante llevar a cabo una evaluación sistemática, esto permitirá regular, evaluar y comparar actividades, actitudes y conductas para analizar la satisfacción del paciente.<sup>21,22</sup>

---

<sup>17</sup> Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española de 1984 Tomo 1, pag 242.

<sup>18</sup> NKF-DOQI clinical practice guidelines for hemodialysis adequacy. National Kidney Foundation. Am J Kidney Dis 1997; 30: S67-136.

<sup>19</sup> Rosselot E. Aseguramiento de la calidad profesional. Un nuevo marco ético para el ejercicio de la medicina. Rev Méd Chile 1999; 127: 1375-83.

<sup>20</sup> Galán M. "El Reto de la Mejora en la Educación Superior: Una Perspectiva Europea", Programa de Doctorado: "Evaluación, Mejora y Calidad de la Educación Superior", Universidad de Cádiz, España, enero 2000

<sup>21</sup> Baeza R. El concepto de la gestión de calidad total (TQM). En Baeza R, Educación Superior del Siglo XXI: Modelos para una Gestión de Calidad. Editorial Universidad del Mar 1999; 41-82.

<sup>22</sup> Baeza R. El Modelo Europeo para la gestión de calidad. En Baeza R, Educación Superior del Siglo XXI: Modelos para una Gestión de Calidad. Editorial Universidad del Mar 1999; 183-220.

### 2.1.2. Calidad de Vida

El concepto calidad de vida no pretende tener una definición única verdadera, sino una definición como resultado de un consenso dado en un contexto.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.<sup>23</sup>

Esta definición ha evolucionado desde una perspectiva conceptual hasta una serie de escalas que permiten medir la percepción general de salud del paciente trasplantado (vitalidad, dolor, discapacidad, dependencia con familiares o terceras personas) y como la percepción de las mismas está influida por las experiencias y las expectativas del paciente.<sup>24,25</sup>

Este concepto puede referirse no sólo a la pérdida de salud a causa de determinada enfermedad como la insuficiencia renal crónica, sino también a la situación vital que se genera tras haber recibido un tratamiento médico como el trasplante renal. Ambos aspectos están íntimamente relacionados, ya que la percepción de calidad de vida tras el tratamiento tiene mucho que ver con la percibida anteriormente durante el período de enfermedad.

Debido a esto podemos decir que abarca aspectos objetivos y subjetivos sobre la concepción personal sobre el bienestar, su capacidad de acción así como de su desarrollo físico, emocional y social, de igual forma toma en cuenta la concepción personal de los cambios que se presentan en la vida del paciente después de una intervención de cualquier tipo.

---

<sup>23</sup> Hamilton DN, Reid WA. Yu. Yu. Voronoy and the first human kidney allograft. *Surg Gynecol Obstet* 159:289-94, 1984; Maganto-Pavón E. Historia del trasplante renal. En: González-Martín M, García-Buitrón JM (eds). *Trasplante renal*. Madrid: Aula Médica Ediciones, 2000; pp. 1-14.

<sup>24</sup> Szeifert L, Molnar Mz, Ambrus C, Koczy AB, Kovacs Az, Vamos EP, Keszei A, Mucsi I, novak M. Symptoms of depression in kidney transplant recipient: a cross-sectional study. *Am J Kidney Dis* 2010 Jan; 55 (1): 132-40.

<sup>25</sup> Gill T, Feinstein A. A critical appraisal of the quality of life measurements. *JAMA* 1994;272:619-625.

### *2.1.3. Calidad de Vida Relacionada con la Salud*

El concepto, si bien remite a la condición física, también da cuenta de aspectos generales de la vida humana, en sus múltiples facetas. Existe hoy en día un acuerdo general acerca de que el concepto es de naturaleza multidimensional, entendido como una entidad biopsicosocial. Esta multidimensionalidad tiene que ver con el desarrollo de las aspiraciones en todos los órdenes y no sólo con aspectos relacionados con las enfermedades y sus tratamientos.

La búsqueda de una definición adecuada desde esta lógica sobre la calidad de vida ha llevado un proceso de estudio e investigación que se desplegó simultáneamente en diferentes ámbitos, desde los noventa.

La Organización Mundial de Salud (OMS), buscó una definición de esta en torno a la idea de la capacidad de las personas para afrontar enfermedades así como de la idea de bienestar físico y mental. Estos desarrollos teóricos dan cuenta de un apego a la noción de salud ligada a la enfermedad, correspondiéndose con la definición oficial de la Organización Mundial de la Salud, en la cual se considera que la salud es el estado de equilibrio psicológico y social y no sólo la ausencia de la enfermedad. Así, este organismo termina definiendo calidad de vida como la percepción de un individuo de su posición en la cultura y sistema de valores en que vive en relación con sus objetivos, expectativas, valores y preocupaciones.

Debido a esto podemos decir que calidad de vida relacionada con la salud, se relaciona con aspectos relacionados con la salud como: a) el impacto de la enfermedad y el o los tratamientos en el funcionamiento diario de los sujetos, b) el bienestar físico, emocional y social luego de un diagnóstico y tratamiento, c) la percepción personal de las oportunidades, en la medida en que éstas se modifican por la enfermedad, las secuelas de los tratamientos y/o las políticas de salud.

En base a lo anterior, la Organización Mundial de la Salud, estableció que toda medida de evaluación de Calidad de Vida Relacionada con la Salud debe

considerar la multidimensionalidad de los aspectos de la vida en general. Las dimensiones, consideradas por este organizamos son las siguientes: a)Funcionamiento físico.- capacidad de realizar cosas con el cuerpo, b)Funcionamiento emocional y cognitivo.- capacidad de comprensión y estados anímicos, c)Funcionamiento social.-capacidad de relacionarse con los demás, d)Rol funcional.-capacidad de hacer cosas (como producción), e)Percepción de la salud general y del bienestar.-percepción personal, f)Los proyectos futuros.- proyectos personales, g)Síntomas específicos de la enfermedad.-cada percepción particular.<sup>26</sup>

Por ende podemos definir calidad de vida relacionada con la salud como el impacto de la enfermedad que percibe el individuo, en su capacidad para vivir una vida satisfactoria. Valoración que hace el paciente del bienestar físico, emocional y social luego del diagnóstico y/o tratamiento. Incluye la evaluación funcional física, emocional cognitiva, social, percepciones de salud y bienestar y las perspectivas futuras. Existe una estrecha correlación entre calidad de vida, morbilidad y mortalidad.<sup>27</sup>

#### *2.1.4.Componentes de la Calidad de Vida en Pacientes con Trasplante Renal*

La percepción de la calidad de vida del paciente con trasplante renal está íntimamente ligada a la percepción que tenían dichos pacientes en su situación de insuficiencia renal crónica con tratamiento sustitutivo dialítico y en los efectos que la enfermedad produce sobre la vida diaria del paciente.

No es extraño que los pacientes que llevan menos tiempo trasplantados, refieran una mejor percepción de la calidad de vida frente a los que llevan más tiempo, ya que tienen más presente su percepción de calidad de vida que cuando estaban

---

<sup>26</sup> Ferreyra S. Calidad de vida en trasplante de órganos. Una mirada desde el Trabajo Social. Espacio editorial. 1ª edición. Argentina, 2014. Pp. 43-54.

<sup>27</sup> Mapes DL, Lopes AA, Satayathum S, McCullough KP, Goodkin DA, Locatelli F et al. Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalisation: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Kidney Int* 2003; 64: 339-49.

sometidos a tratamiento dialfítico. Después de ser trasplantados, los pacientes conceptualizan la calidad de vida como la cualidad de regresar a la vida normal, reincorporándose a actividades familiares, sociales, culturales, laborales, etc., las que antes no podían realizar por las complicaciones propias de la insuficiencia renal crónica.<sup>28</sup>

Debido a esto podemos entender la calidad de vida en pacientes con trasplante renal como la relación con la salud, ya que es entendida como la evaluación que realiza cada individuo con respecto a su salud física, la percepción que tiene acerca de su salud psicológica, social, así como el grado de funcionamiento que tiene para realizar actividades cotidianas y de desarrollo personal.<sup>29,30</sup>

#### *2.1.5. Calidad de Vida y Satisfacción Laboral en Pacientes con Trasplante Renal*

Para los pacientes con trasplante renal, tanto la enfermedad como el tratamiento, tienen un impacto significativo en muchos aspectos de su vida, como el trabajo, las relaciones interpersonales, el funcionamiento social, el bienestar físico y emocional. Estos pacientes no sólo necesitan integrarse a un régimen de tratamiento y vivir con él, sino que también están expectantes ante la posibilidad de complicaciones, una de estas es el posible rechazo renal, lo cuál impacta radicalmente en su "calidad de vida".

Es importante mencionar que durante esta etapa se puede llegar a ver afectada la calidad de vida del paciente, debido a la existencia de factores estresantes con los que se tendrán que enfrentar una de ellas puede ser limitaciones funcionales, pérdida total o disminución de la capacidad de empleo, debido al uso de medicamentos y temores relacionados con la muerte.

---

<sup>28</sup>Alarcón C, Aguilar O, Jiménez A, Manrique C. Calidad de vida en pacientes con Trasplante renal medida a través de índice Karnofsky en un hospital general. Revista Medicina crítica y terapia intensiva. 2002; Vol.XVI, núm.4:119-123.

<sup>29</sup> Anderson J., Levine J. Identificación y Prevención de Problemas Psicosociales en el Enfermo Renal. Manual de Cuidados del Paciente Renal. Madrid: Emalsa. (1985).

<sup>30</sup> Kimmel P. Psychosocial Factors in Dialysis Patients. Kidney International, (2001). 59, 1599-1613.

La calidad de vida es un concepto multidimensional, que incluye una combinación de elementos objetivos y subjetivos, estos hacen referencia a la evaluación que realiza el individuo acerca de sus experiencias en salud desde diferentes dimensiones de funcionalidad, refiriéndose tanto a las condiciones de vida de una persona, como a la satisfacción que experimenta la persona con dichas condiciones. Esta satisfacción depende, en gran parte, de la escala de valores, las aspiraciones y las expectativas personales de cada uno. Es importante tomar en cuenta que en estos pacientes, la calidad de vida se ve afectada de manera más evidente en la salud física y áreas de desempeño ya que estas están en continua interacción con el desarrollo cognitivo, espiritualidad, recreación, física, social, laboral-vocacional, psicoemocional, sexual, afectividad, percepción del bienestar, debido a la situación en la que el paciente se encuentra, estos aspectos puede llegar a modificarlos, unos más que a otros y de manera diferente, dependiendo de las particularidades de cada paciente.<sup>31,32,33</sup>

El paciente que tiene que optar por un Tratamiento Sustitutivo Renal como de diálisis o hemodiálisis durante su actividad laboral, determina las capacidades laborales siendo un proceso de valoración individual y que depende de las limitaciones concretas que en cada persona produzca la enfermedad, podemos afirmar que la mayoría de los pacientes en tratamiento de diálisis y hemodiálisis pueden obtener una incapacidad laboral permanente si no pueden continuar con su actividad laboral.<sup>34</sup>

El trabajador se encuentra en situación de incapacidad laboral permanente cuando, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales

---

<sup>31</sup> Junyent E, Pujolar N. Calidad de vida en el paciente trasplantado. Revista Biseden 1º trimestre. 1992. 17-23.

<sup>32</sup> Guyatt GH, Fenny HD, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. Ann Intern Med 1993;118:622-629.

<sup>33</sup> Cidoncha, M., Estévez, I., Marín, J., Anduela, M., Subyaga, G., & Díez de Baldeón, S. Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. Comunicaciones presentadas al XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. 2003.

<sup>34</sup> Melchor JL, Cancino J, Ramos M, Gracida C. Evolución de la Situación Laboral en Trasplante Renal y Hemodiálisis. Nefrol Mex 2005;26 (2):54-5.

graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral, dando lugar a distintos grados de incapacidad.<sup>35</sup>

Tras el trasplante disminuyen los síntomas relacionados con la enfermedad, el número de ingresos hospitalarios, el grado de incapacidad para trabajar, la ansiedad, la irritabilidad y la labilidad afectiva, refieren sentirse más felices y con un mayor funcionamiento en las áreas sexual, social y laboral. No obstante, esta mejoría puede no ser total o no la manifiestan todos los pacientes, de igual forma en estos pacientes además de contar con una mejora en su calidad de vida expresan una mejoría física, psicoemocional, social y ocupacional-laboral, ya que presentan mayor bienestar subjetivo y grado de rehabilitación, así como una disminución de alteraciones psiquiátricas.<sup>36,37</sup>

La situación laboral del paciente con trasplante renal constituye un importante parámetro de rehabilitación, ya que la actividad laboral conlleva, además, que la persona disfrute de una mayor estabilidad económica y de un mejor estado emocional, al recuperar en muchos casos la autoestima y las capacidades que en un principio pierde; el desarrollo de actividades cotidianas en el hogar o en el lugar de trabajo permite a los pacientes con trasplante renal obtener un mayor distanciamiento de las implicaciones del tratamiento y la enfermedad, de esta forma mejora la percepción que tienen sobre la enfermedad, lo cual favorece a 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, a comparación con los pacientes inactivos laboralmente, ya que estos muestran mayor deterioro en su calidad de vida, teniendo una repercusión en el tratamiento, es importante tener en cuenta que el

---

<sup>35</sup>Instituto Nacional de la Seguridad Social. Incapacidad permanente. Prestaciones [Internet]. 7.a ed. Madrid: Instituto Nacional de la Seguridad Social; 2011. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/47093.pdf> [Consultado: Junio 6, 2015]

<sup>36</sup> Valdés, C. y Ortega, F. Avances en la calidad de vida relacionada con salud y trasplante renal. *Nefrología*, (2006). 26(2), 157-162.

<sup>37</sup> García H.L. Calidad de vida percibida y locus de control en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal: diálisis y trasplante renal. *ANALES de la Universidad Metropolitana*. Vol 7 No.1(Nueva serie) 2007 pp205-222

proceso de rehabilitación es mejor cuando los pacientes en edad activa se encuentran trabajando.<sup>38,39,40,41</sup>

Con lo anterior podemos definir satisfacción laboral en el paciente con trasplante renal como la actitud general del trabajador frente a las percepciones que tiene sobre su trabajo, basadas en creencias, valores, interacciones con los colegas, motivación para trabajar referente a disposiciones de conducta y sentimientos afectivos frente al trabajo y a las consecuencias posibles que se derivan de él, frente a las distintas facetas de su trabajo.<sup>42</sup>

### *2.1.6. Satisfacción del Paciente con Trasplante Renal*

El trasplante es un tratamiento eficaz que devuelve al enfermo trasplantado una vida completamente normal en el 80% de los casos, pudiendo recuperar su actividad física, laboral, sexual, etc. Sin embargo hay que decir que una persona que ha recibido un órgano, tomará fármacos toda su vida.<sup>43</sup>

Los pacientes con trasplante renal cuentan con una mayor satisfacción en cuanto a su calidad de vida y situación laboral, en comparación con los pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal, ya que tienen un mejor afrontamiento y confrontación con la enfermedad, lo que les ha llevado a una reevaluación positiva sobre la vida debido a que cuentan con un mayor nivel de independencia, esto favorece las relaciones sociales, salud psicológica y calidad de vida de forma global.

---

<sup>38</sup> Jofré R. Factores que afectan a la calidad de vida en pacientes en prediálisis, diálisis y trasplante renal. *Nefrología* 1999;19 Suppl 1:84-90.

<sup>39</sup> Melchor JL, Cancino J, Ramos M, Gracida C. Evolución de la Situación Laboral en Trasplante Renal y Hemodiálisis. *Nefrol Mex* 2005;26 (2):54-5.

<sup>40</sup> ECRI Health Technology Assessment Group. Determinants of Disability in Patients With Chronic Renal Failure: Summary. Evidence Reports/Technology Assessments, No 13. Rockville: Agency of Healthcare Research and Quality; 2000.

<sup>41</sup> Acosta P.A. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Boyacá, Colombia. *Revista Colombiana de Psicología* No.17, 2008 ISSN 0121-5469 Bogotá (Colombia) pp 9-26

<sup>42</sup> Weinert, Ansfried. "Manual de psicología de la organización": La conducta humana en las organizaciones. Herder, Barcelona 1985. Pág. 297-298.

<sup>43</sup> Carles J. Medios de comunicación y trasplante de órganos. Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, España 1997. P.78

En cuanto a la calidad de vida percibida, los hombres trasplantados muestran satisfacción en pocas áreas de funcionamiento siendo menos significativos los cambios, a diferencia de las mujeres trasplantadas presentan un nivel superior en cuanto a salud física, relaciones sociales, espiritualidad, salud psicológica.

Es importante tomar en cuenta que la satisfacción del paciente dependerá de las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida con la que cuentan, en la que tendrán influencia características sociodemográficas como edad, sexo, situación laboral y nivel académico.

El trasplante renal genera en los pacientes una mejor calidad de vida y satisfacción global, debido a que es un tratamiento en el cual los pacientes, a pesar de continuar con el uso estricto de medicamentos y supervisión permanente del equipo de salud, tienen una mayor autonomía, un nivel de funcionamiento similar al experimentado antes de la aparición de la enfermedad, lo que les permite insertarse al mundo labora, aumento de recursos financieros, participación en actividades recreativas, satisfacción con el ambiente del hogar, con los servicios sociales y de salud, todo esto favorece a su autoestima y realización.<sup>44</sup>

#### *2.1.7. Seguridad del Paciente con Trasplante Renal*

Uno de los principales factores que brindan seguridad al paciente con trasplante renal es la tranquilidad de saber que están protegidos económicamente para continuar con el tratamiento, en este caso los fármacos inmunosupresores, los cuales ayudarán a evitar el rechazo del injerto.

La actividad laboral conlleva, además, que la persona disfrute de una mayor estabilidad económica y de un mejor estado emocional, al recuperar en muchos casos la autoestima y las capacidades que en un principio pierde. Aunque la

---

<sup>44</sup> Acosta P.A. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Boyacá, Colombia. Revista Colombiana de Psicología No.17, 2008 ISSN 0121-5469 Bogotá (Colombia) pp 9-26

determinación de las capacidades laborales es un proceso de valoración individual y que depende de las limitaciones concretas que en cada persona produzca la enfermedad, podemos afirmar que la mayoría de los pacientes en tratamiento de diálisis pueden obtener una incapacidad laboral permanente si no pueden continuar con su actividad laboral.<sup>45</sup>

### *2.1.8. Trasplante Renal en México*

En México se hacen trasplantes desde 1963 y se han realizado alrededor de 40 mil, los trasplantes más solicitados son de riñón e hígado. Existen más de 400 hospitales que cuentan con permiso otorgado por la Secretaría de Salud para llevar a cabo trasplante de órganos, los cuales se encuentran distribuidos en todo el sector salud (sociales, públicos y privados) que llevan a cabo diferentes tipos de trasplante.

Entre 1963 y el año 2002, se habían realizado un total de 12,198 trasplantes renales, con una gran disparidad en la proporción de trasplantes de donador vivo y de cadáver. El bajo índice de trasplantes provenientes de cadáver se debe a la falta de cultura de donación en nuestro país, pero también se sustenta parcialmente en que el trasplante de donador vivo mejora el pronóstico en comparación al injerto de cadáver, ya que en algunos casos se puede programar el trasplante antes de la diálisis, y se puede llevar a cabo en las mejores condiciones del receptor, ya que es una cirugía programada.

Según la Secretaria de Salud en México, actualmente existen 19512 personas esperando un trasplante, de las cuales 11770 esperan recibir un trasplante de riñón; el Sistema Informático del Registro de Trasplantes (SIRNT) reporta 946 trasplantes de riñón realizados en lo que va del año 2015. Para lograr una cobertura de la totalidad de la población con necesidad de Tratamiento de Reemplazo Renal en una semana típica varía desde \$394 019 871.00 M. N., a

---

<sup>45</sup> ECRI Health Technology Assessment Group. Determinants of Disability in Patients With Chronic Renal Failure: Summary. Evidence Reports/Technology Assessments, No 13. Rockville: Agency of Healthcare Research and Quality; 2000.

precios promedio en instituciones públicas, hasta \$420 364 080.00 M. N. a precios de contratación de subrogación.<sup>46</sup>

En cuanto a la demanda potencial de trasplante renal, se estima que la incidencia de Insuficiencia Renal asciende al año a 100 casos nuevos por cada millón de habitantes; si conservadoramente se calcula que el 50% llegase a ser candidato a trasplante, esto representaría que para satisfacer esta demanda potencial en la población actual de la República Mexicana, se harían necesarios de 5,000 Trasplantes Renales al año. En cuanto a la edad, casi el 58% se encuentra entre los 21 a 40 años.<sup>47</sup>

De acuerdo a la información del Registro Nacional de Trasplantes, sólo el 30% de los casos de pacientes con Insuficiencia Renal, candidatos a Trasplante, llegan a obtener el beneficio de este procedimiento, obteniéndose el Riñón a partir de donador vivo relacionado o cadavérico, predominando los primeros, este déficit es preocupante, puesto que representa que en promedio el 70% de los casos de Insuficientes Renales crónicos solo podrían, en el mejor de los casos, acceder a diálisis peritoneal o a hemodiálisis.

El costo de ofrecer una cobertura universal sería de más de 10 000 millones de pesos, lo cual corresponde a casi 20% del presupuesto anual del Seguro Popular. Los costos de hospitalización de un trasplante de riñón llegan a ser de 35 mil a 200 mil pesos dependiendo del hospital en que se realice.

Cuando el paciente está inscrito en algún servicio de salud (IMSS, ISSSTE, etcétera), el costo del trasplante es cubierto por la institución. Si es atendido en algún hospital privado, el costo tanto de la obtención del órgano como de la cirugía del trasplante será cubierto por el paciente. Algunos seguros cubren parte de los costos. Por otra parte, existen varias fundaciones y organizaciones no

---

<sup>46</sup> Durán Arenas L. Metodología para la estimación de costos en programas de salud: programas, acciones, actividades, tareas e insumos (PAATI). Instituto Nacional de Salud Pública, 2000.

<sup>47</sup> Centro Nacional de Trasplantes. Manual de Coordinador Hospitalario en Trasplantes. Programa de donación de Órganos y Tejidos. Secretaría de Salud. México, 2000.

gubernamentales que apoyan a los pacientes, como el Instituto Carlos Slim de la Salud. En el Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) se tienen registradas 23 organizaciones.

En el INCMNSZ la relación es de ocho a dos trasplantes de donador vivo comparado con cadavérico. Otro ejemplo es el estado de Nuevo León, en donde antes de 1996 los riñones de donador cadavérico representan solamente 2% de todos los trasplantes; gracias a la reforma política referente a la donación de órganos se incrementó en más de 214% para el año 2001.<sup>48</sup>

En el año 2000, se modificó la regulación legal acerca de la donación de órganos de donadores vivos, que restringía la donación a familiares directos o cónyuge del receptor. El 5 de noviembre del 2004 se modificó el artículo 333, fracción VI de la Ley General de Salud adicionando: “Los trasplantes se realizarán de preferencia entre personas que tengan parentesco por consanguinidad, civil o de afinidad. Sin embargo, cuando no exista un donador relacionado por algún tipo de parentesco, será posible realizar una donación, siempre y cuando se cumpla con los siguientes requisitos: obtener resolución favorable del Comité de Trasplantes de la Institución, se otorgue un consentimiento expreso ante notario público de que ha recibido información completa sobre el procedimiento y que es altruista, libre y consciente y sin que medie remuneración alguna, y que la Secretaría compruebe que no se está lucrando con esta práctica”.<sup>49</sup>

Para la asignación de un órgano o un tejido a un paciente, el comité interno de trasplante se rige por lo establecido en la ley General de Salud:

- Artículo 336. Para la asignación de órganos y tejidos de donador no vivo, se tomará en cuenta la gravedad del receptor, la oportunidad del trasplante, los beneficios esperados, la compatibilidad con el receptor y los demás criterios

---

<sup>48</sup> Carbajal H, Cabriaes H. Results from the organ and tissue transplant program in Nuevo Leon, México, 1996 to 2001. *Transpl Proc* 2003; 35: 2851-4.

<sup>49</sup> Secretaría de Salud, *Diario Oficial*, Viernes 5 Nov 2004, p. 21-22.

médicos aceptados, así como la ubicación hospitalaria e institucional del donador.

## 2.2.Perspectiva Teórica

### 2.2.1.Empoderamiento

Es un concepto con importantes repercusiones tanto para la salud laboral como para la eficacia organizacional, dado que hace alusión al sentido de control y dominio que tienen los individuos en relación al contexto laboral. Es el proceso a través del cual un individuo o grupo adquiere recursos y control para asumir actividades o implicarse en conductas que previamente trascendían sus habilidades.<sup>50</sup> La implicación de los trabajadores se puede obtener a través de diversas técnicas: creando grupo semiautónomos de trabajo, mediante círculos de calidad, o usando estrategias más globales, como calidad total.<sup>51</sup>

Se fundamenta en la escuela cognitiva dado que las organizaciones realizan contribuciones las cuales ayuden a reducir la complejidad e incertidumbre asociada con las decisiones de los individuos, se centra en las percepciones de los empleados o los estados cognitivos con respecto al trabajo que deben realizar, ellos confían en que pueden realizar el trabajo por su propia cuenta centrándose en su conocimiento.<sup>52</sup>

A través de la existencia de estructuras mentales se organiza el conocimiento, la gente codifica lo que ve; a medida que aumentan las discrepancias, comienzan a prestar mayor atención a la experiencia inmediata, la gente interactúa para crear sus propios mapas mentales, buscan satisfacer sus propias necesidades de información y posteriormente la de sus colegas y subordinados.<sup>53</sup> Cabe resaltar que se considera el efecto que tiene sobre el proceso de trabajar en un sistema colectivo de procesamiento de información que es la empresa. Los dirigentes

---

<sup>50</sup> Adams R. Self-help, social work and empowerment. Londres (1990): McMillan.

<sup>51</sup> Mendoza M. El Empowerment Psicológico en el Trabajo. Universidad de Huelva 2009.

<sup>52</sup> Mintzberg, H.; Ahlstrand, B. y Lampel, J. Strategy safari. Prentice Hall Europe. Reino Unido(1998).

<sup>53</sup> Mintzberg, H. y Lampel, J. Reflecting on the strategy process. Sloan Management Review. Spring (1999): 21-30.

satisfacen sus propias necesidades de información, las de sus colegas y supervisores.

A nivel organizacional el empoderamiento incluye procesos y estructuras que incrementan la participación de sus miembros y mejoran el logro de resultados para la organización.<sup>54</sup> Los procesos de empoderamiento a nivel organizacional se refieren a la adquisición de poder en la estructura organizacional y a los procesos de toma de decisiones. Los resultados del empoderamiento en el lugar de trabajo se han relacionado con la efectividad organizacional de forma tal que en la actualidad la práctica de este es considerada uno de los objetivos prioritarios del management.<sup>55</sup>

A nivel comunitario el empoderamiento se refiere a la conjunción de esfuerzos: individuales de manera organizada para mejorar la vida de los individuos y reforzar los vínculos existentes entre las organizaciones comunitarias y los organismos e instituciones que ayudan a mantener la calidad de vida. Se trata de la capacidad de la propia comunidad para responder de forma efectiva a las dificultades que se presentan.

A nivel individual el empoderamiento se refiere a la percepción de control personal, competencia, a la comprensión, aceptación de las normas del grupo, a la colaboración con otras personas, apoyo mutuo, diseño de estrategias de afrontamiento y toma de decisiones concretas en relación a alguna situación determinada; cuenta con un referente contextual, ya que las personas pueden experimentarlo en relación a algún ámbito de la vida, pero no necesariamente en todo ellos (laboral, familiar y sociopolítico).<sup>56</sup>

---

<sup>54</sup> Perkins, D.D., Zimmerman, M. A. Empowerment theory, research and application. *American Journal of Community Psychology*(1985), 23, pp. 569-579.

<sup>55</sup> Arad, S. Empowered work groups: conceptual framework and empirical assesment of empowerment processes and outcomes in organizations. Ph. D. Dissertation. University of Illinois at Urban-Champaign. (1994).

<sup>56</sup> Pauhls, D. Sphere-specific measures of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, (1983) 44, pp. 1253-1265.

Se diferencia de otros conceptos que tienen como referente a la persona, como la autoeficacia, el poder o la competencia percibida.<sup>57</sup> Este autor señala que no se trata de un concepto individualista, ya que no supone simplemente auto percepciones de los sujetos, sino que exige una vinculación con la comunidad y la comprensión del medio sociopolítico en el que el individuo se ve envuelto. El empoderamiento psicológico incluye así aspectos intrapersonales, pero también componentes de interacción y de conducta.

El componente intrapersonal se refiere a lo que la gente piensa de sí misma e incluye control percibido en ámbitos específicos, autoeficacia, motivación por el control y competencia percibida, respecto a este componente resulta poco probable que los individuos que no creen tener capacidades para alcanzar metas, puedan aprender lo que deben hacer para alcanzarlas. Las variables intrapersonales incompatibles con el empoderamiento psicológico son el aislamiento social, la indefensión, la falta de normas y la desesperación. El componente conductual se refiere a las acciones concretas realizadas con el objeto de influir sobre el medio, e incluye el manejo del estrés y la adaptación al cambio.

### *2.2.2.El Empoderamiento como Proceso*

El empoderamiento también es concebido como un proceso cognitivo, afectivo y conductual, implica un proceso y mecanismos mediante los cuales las personas, las organizaciones y las comunidades ganan control sobre sus vidas.<sup>58</sup>

En su formulación del empoderamiento los procesos y los resultados están íntimamente ligados, debido a esto podemos decir que es un proceso intencional, continuo, centrado en la comunidad local, que implica respeto mutuo, reflexión crítica, cuidado y participación grupal, a través del cual personas carentes de un

---

<sup>57</sup> Zimmerman, M.A. Psychological empowerment: issues and illustrations. American Journal of Community Psychology, (1995) vol. 23(5), 581-599.

<sup>58</sup> Rappaport, J. Studies in empowerment: Introduction to the issue. Prevention in Human Services, 3, 1-7. (1984).

compartir equitativo de recursos valorados ganan mayor acceso a, y control sobre esos recursos.<sup>59</sup>

### *2.2.3. Empoderamiento Psicológico*

Es un proceso a través del cual los individuos adquieren control sobre sus propias vidas<sup>60</sup>; es un constructo sistémico que puede ser evaluado como resultado y como proceso y que opera simultáneamente a nivel individual, organizacional y comunitario.<sup>61</sup> Cada uno de estos niveles puede evaluarse de forma independiente pero todos están interrelacionados.<sup>62</sup>

Está conformado por componentes de carácter intrapersonal, interactivo y comportamental.<sup>63</sup> El componente intrapersonal consiste en la autopercepción de los individuos respecto a sus propias capacidades. El componente interactivo se centra en los vínculos entre el individuo y su entorno inmediato. El componente comportamental se refiere las acciones específicas que los individuos llevan a cabo para obtener control sobre sus vidas.

Algunos estudios enfatizan la naturaleza interactiva del empoderamiento psicológico, mostrando que el grado de control que adquiere el individuo depende de las relaciones que le unen a los miembros de la comunidad.<sup>64</sup>

Algunos contextos facilitan el desarrollo personal y profesional mientras otros promueven la anomia y el aislamiento social.<sup>65</sup> En relación al proceso de empoderamiento en contextos organizacionales, se pueden identificar cuatro

---

<sup>59</sup> Cornell Empowerment Group. Empowerment and family support. *Networking Bulletin*, 1, 1-23. (1989).

<sup>60</sup> Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: a social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-25.

<sup>61</sup> Zimmerman, M. A. Empowerment theory: psychological, organizational, and community level of analysis. En J. Rappaport y E. Seidman (Eds.), *Handbook of Community Psychology* (2000) pp. 43-63. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Press.

<sup>62</sup> Perkins, D. D. y Zimmerman, M. Empowerment theory, research and application. *American Journal of Community Psychology* (1995), 23, 569-580.

<sup>63</sup> Zimmerman, M. A. Psychological empowerment: issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology* (1995), 23, 581-599.

<sup>64</sup> Christens, B. D. Toward Relational Empowerment. *American Journal of Community Psychology* (2011), 50, 114-128.

<sup>65</sup> Miller, W. R. y Seligman, M. E. Depression and learned helplessness in man. *Journal of Abnormal Psychology* (1975), 84, 228-238.

características de la organización que facilitan el empoderamiento psicológico de los integrantes.<sup>66</sup> Estos atributos son la existencia de un sistema compartido de creencias, las oportunidades de desempeñar diferentes roles dentro de la organización, contar con suficiente apoyo técnico y económico y disponer de un liderazgo participativo que coordine las acciones de la organización.

Concretamente, el empoderamiento psicológico en los contextos organizativos consta de factores asociados a las actitudes y creencias hacia el trabajo, al nivel de preparación para alcanzar objetivos específicos, a la capacidad de decidir el modo de realizar la tarea y a la autopercepción respecto a la efectividad laboral.

#### *2.2.4. Motivación Laboral*

La motivación humana se define como “un estado emocional que se genera en una persona como consecuencia de la influencia que ejercen determinados motivos<sup>67</sup> en su comportamiento”.<sup>68</sup> Tiene diferentes niveles de estructura y desarrollo; “en algunas ocasiones sucede que aunque la necesidad no se satisfaga, tampoco existe frustración ya que se transfiere a otra necesidad, la satisfacción de algunas necesidades es transitoria, dado que el comportamiento humano es un proceso continuo de solución de problemas y de satisfacción de necesidades”.<sup>69</sup> La forma como el motivo se manifiesta depende de la personalidad del individuo. Otra variable que influye en la motivación, son “las propiedades particulares del ambiente que perciba el individuo, que darán como resultado algunos cambios en el modelo de motivación provocada”.<sup>70</sup> Hay una relación significativa entre la motivación y la percepción, porque la motivación se ve influida por la percepción que se tenga de un contexto situacional específico.

---

<sup>66</sup> Maton, K. I. y Salem, D. A. Organizational characteristics of empowering community settings: A multiple case study approach. *American Journal of Community Psychology* (1995), 23, 631-656.

<sup>67</sup> Koenes define un motivo como el conjunto de sentimientos que impulsan a una persona a ansiar y pretender ciertas cosas y, en consecuencia, a actuar de una manera determinada para lo que pretende.

<sup>68</sup> Koenes, A. *Gestión y motivación del personal*. España: Ediciones Díaz de Santos. (1996).

<sup>69</sup> McGregor, D. *The human side of enterprise. Leadership and motivation*. Cambridge: The MIT Press. (1966).

<sup>70</sup> Martínez, C., Cabuya, L. et al. *Organización y gestión de empresas*. Bogotá: Nomos S. A. (1995).

### *2.2.5. Teoría de las Necesidades de Maslow*

Es la más citada y utilizada para interpretar los motivos que impulsan la conducta de las personas. Establece una jerarquía de cinco necesidades, así:

1. Necesidades fisiológicas: incluyen hambre, sed, abrigo, el descanso, el ejercicio y otras necesidades corporales. El salario que las personas... les ayudan a satisfacer estas necesidades...
2. Necesidades de seguridad: la seguridad y protección contra daños emocionales y materiales...
3. Necesidades sociales: el afecto, el sentimiento de pertenencia y la amistad. Cuando las necesidades... de seguridad son frustradas... el individuo tiende a malograr los objetivos de la organización...
4. Necesidades del yo: de dos clases: las que están relacionadas con la propia estima (necesidades de confianza en uno mismo), las que se relacionan con la propia reputación (necesidades de estatus, reconocimiento, aprecio, etc.)...
5. Necesidades de autorrealización: están en la cúspide de la jerarquía de necesidades. Son las necesidades de dar vida a nuestras propias potencialidades, de desarrollarse continuamente... (McGregor, 1966, pp. 3-20).

“Esta teoría tiene aportes de interés, principalmente el hecho de que existen en los seres humanos ciertas condiciones internas que tienen la potencialidad de orientar y activar su comportamiento en ciertas direcciones y con cierto grado de intensidad”.<sup>71</sup>

### *2.2.6. Teoría de las Relaciones Humanas de McGregor*

Utilizó como base de sus supuestos la jerarquía de necesidades de Maslow y la denominó teoría X y teoría Y, que corresponden a dos concepciones opuestas acerca de la naturaleza del hombre.

---

<sup>71</sup> Toro, F. & Cabrera H. Motivación para el trabajo. Medellín: Ediciones Gráficas. (1981).

La teoría X supone que el ser humano siente repugnancia al trabajo y lo evita; las personas deben ser impulsadas, controladas y a veces amenazadas para que se orienten a cumplir con los objetivos de la organización; el único incentivo para los trabajadores es el salario. La teoría Y, por el contrario, tiene una visión positiva acerca del desempeño del hombre; dependiendo de algunas condiciones, el trabajo es una fuente de satisfacción, y en condiciones normales asume responsabilidades; una recompensa importante para el hombre es la satisfacción de la necesidad de autorrealización.<sup>72</sup>

### *2.2.7. Teoría de la Satisfacción de las Necesidades de McClelland*

Esta teoría describe tres necesidades importantes que ayudan a explicar la motivación: una necesidad de realización que impulsa a las personas a desempeñar un papel activo en la determinación del resultado; les agrada fabricar sus propias oportunidades.<sup>73</sup> Una necesidad de poder, que se manifiesta por medio de las acciones que buscan ejercer dominio y control; estas personas quieren modificar los comportamientos de los individuos, tener influencia y control sobre los demás, y la necesidad de afiliación, que se infiere por los comportamientos que se encaminan a obtener, conservar y restaurar una relación afectiva con una persona, a mantener relaciones amigables y estrechas, y a preferir situaciones donde haya cooperación y ausencia de competencia.

Este enfoque facilitó la comprensión de algunas características del comportamiento humano, como las acciones tendientes al logro, poder y afiliación. Por tal motivo, se han realizado hipótesis acerca de por qué unas personas desempeñan mejor que otras su trabajo, por qué unas establecen relaciones de dirección y control o relaciones amistosas; estas conductas tienen efectos importantes en la productividad laboral y en el clima organizacional de una empresa.<sup>74</sup> Esta teoría ha servido para descubrir las características de los grandes

---

<sup>72</sup> Koenes, A. Gestión y motivación del personal. España: Ediciones Díaz de Santos. (1996).

<sup>73</sup> Schein, E. Psicología de la organización. México: Prentice-Hall. (1991).

<sup>74</sup> Toro, F. & Cabrera H. Motivación para el trabajo. Medellín: Ediciones Gráficas. (1981).

realizadores y como base para el estudio de las competencias distintivas en los empleados.

### *2.2.8. Teoría de las Expectativas de Vroom*

Los individuos tienen creencias y expectativas con respecto al futuro. La teoría analiza que persiguen las personas en la organización y la forma de obtenerlo, para determinar las motivaciones. Existen tres aspectos que explican el proceso de motivación en la teoría de las expectativas: 1) la valencia, que se refiere a la fuerza de la preferencia de una persona por recibir una recompensa; las valencias asignadas por cada persona a diferentes consecuencias, dependen de sus propias necesidades; 2) la expectativa, o percepción que tiene el individuo de la dificultad que encierra un esfuerzo y la posibilidad de alcanzar la meta deseada; 3) la instrumentalidad, o idea que tiene un empleado de que después de realizada una tarea recibirá una recompensa.<sup>75</sup>

Los incentivos tienen diferentes efectos según sea su utilidad; permiten satisfacer determinadas necesidades; tienen un contenido informativo que depende de si el incentivo es fijo o variable, y un mecanismo de regulación que genera comparaciones sociales acerca de la posición del individuo frente al grupo laboral del que forma parte.<sup>76</sup> La efectividad de los incentivos se incrementa si su utilización se hace con base en el modelo de la modificación de conducta propuesto por Skinner. Los incentivos económicos deben estar relacionados con el rendimiento, identificar qué favorece la ocurrencia de la conducta, cómo se administra el incentivo, y claridad acerca de que el incentivo aumenta el rendimiento laboral.

### *2.2.9. Modelo de Motivación Laboral Propuesto por Toro*

La motivación se manifiesta por medio de las preferencias, persistencia y vigor de la conducta motivada, los procesos motivacionales, cualquiera que sea su naturaleza, se manifiestan de estas tres maneras en la conducta de las personas.

---

<sup>75</sup> Rodríguez, J. El factor humano en la empresa. España: Deusto. (1999).

<sup>76</sup> Luthans, F. & Stajkavic, A. Differential effects of incentive motivators on work performance. Academy of management journal, 4, 580-582. (2001).

Por esta razón la motivación para el trabajo se pone en evidencia por medio de la eficiencia, la efectividad y la productividad de las personas.<sup>77</sup>

#### *2.2.10. Factores Motivacionales Comparados con el Clima Organizacional*

Con frecuencia se consideran como similares los términos motivación y clima organizacional, e incluso satisfacción y cultura organizacional. Sobre cada uno de estos procesos existen diferentes teorías, modelos e investigaciones. En este sentido la diferencia entre satisfacción laboral, motivación y clima organizacional, aclarando que aunque los tres tienen efectos en la productividad, la motivación es un interés que promueve la acción, la satisfacción es una consecuencia afectiva de complacencia o desagrado, y el clima es un modo colectivo de percibir la realidad.

La diferencia entre cultura y clima, definiendo la cultura como el nivel más profundo de presunciones básicas y creencias que comparten los miembros de una empresa y que operan inconscientemente para regular la acción, mientras que el clima organizacional lo establecen los modos de percibir compartidos, conscientes, manifiestos y medibles. La cultura moldea el clima organizacional en la medida en que puede afectar los modos de percibir la realidad.

Es importante tener en cuenta que el clima incide en los procesos cognitivos, en los juicios y por su intermedio en la motivación, la satisfacción y la acción. La motivación incide directamente en la acción, en el desempeño laboral y la eficiencia. Por su parte, la cultura los afecta a todos, el clima organizacional regula el compromiso, la motivación, la satisfacción, el desempeño de las personas en el trabajo y la productividad de la empresa, no como un agente causal directo pero sí como una realidad ambiental facilitadora o restrictiva.<sup>78</sup>

---

<sup>77</sup> Toro, F. & Cabrera H. Distinciones y relaciones entre clima, motivación, satisfacción y cultura organizacional. *Revista Interamericana de Psicología Organizacional*, (1998). 17(2), 27-39.

<sup>78</sup> Toro, F. & Cabrera H. Clima organizacional y productividad laboral. *Revista Antioqueña de Economía y Desarrollo* (1996), 49, 66-72.

El clima organizacional es una variable independiente en relación con la motivación y el compromiso; el compromiso es una manifestación de la motivación; el clima regula la motivación y, por ende, el compromiso organizacional.<sup>79</sup>

La motivación laboral es influida por factores individuales tales como la personalidad, las actitudes, los resultados de la instrucción y las habilidades cognitivas, y por características situacionales tales como el clima organizacional que influye en el individuo y afecta su comportamiento.<sup>80</sup>

### 2.3.Estado del Arte

Estudios de pacientes con trastornos crónicos, demuestran que los factores más destacados que influyen en la percepción de la calidad de vida se clasifican en: el propio paciente, el medicamento, la enfermedad y la calidad de la interacción entre el paciente y el sistema sanitario.<sup>81</sup>

La enfermedad renal crónica avanzada es una patología que limita de forma considerable las capacidades de la persona que la padece<sup>82,83</sup>, especialmente cuando hablamos de tratamiento sustitutivo renal.

En un estudio realizado sobre calidad de vida en el trasplantado renal, ésta se conceptualizó como “la cualidad que tienen los pacientes de regresar a una vida normal, después de haber sido trasplantados, reincorporándose a actividades

---

<sup>79</sup> Toro, F. & Cabrera H. Análisis del compromiso organizacional en empresas colombianas. Revista Interamericana de Psicología Ocupacional (2002)., 21, 14-17.

<sup>80</sup> Colquitt, J., Lepine, J. & Noe, R. Toward an integrative theory of training motivation: A meta analytic path analysis of 20 years of research. Journal of applied psychology (2000), 85, 678-707.

<sup>81</sup> Durán M.I. Percepción de la calidad de vida referida por el paciente adulto con trasplante renal. Enferm Nefrol vol.17 no.1 Madrid ene.-mar. 2014

<sup>82</sup> Jofré R. Factores que afectan a la calidad de vida en pacientes en prediálisis, diálisis y trasplante renal. Nefrología 1999;19 Suppl 1:84-90.

<sup>83</sup> ECRI Health Technology Assessment Group. Determinants of Disability in Patients With Chronic Renal Failure: Summary. Evidence Reports/Technology Assessments, No 13. Rockville: Agency of Healthcare Research and Quality; 2000.

familiares, sociales, culturales, laborales, etc., que no podía realizar por las complicaciones de la insuficiencia renal crónica”.<sup>84</sup>

El resultado refleja la posibilidad de retomar aquellas actividades que los pacientes habían abandonado por su dependencia de algún tipo de tratamiento sustitutivo, mejorando la percepción de calidad de vida en este sentido. Otros estudios sobre la calidad de vida en trasplantados renales reflejan una mejoría en el estado físico y algunos aspectos de la vida diaria como la ampliación de la dieta.<sup>85</sup> Sin embargo, el trasplantado “no es un paciente exento de morbilidad ya que continúa necesitando un control médico especializado y frecuente”, además de estar “sometido continuamente a una medicación inmunosupresora no exenta de efectos secundarios y a una serie de complicaciones médicas que son habituales en él”, por lo que permanece la característica de enfermo crónico.<sup>86</sup>

En 1997, Dew y cols. Analizaron 66 estudios revisados por pares sobre calidad de vida relacionada con la salud en trasplantados renales que significaban 6 726 pacientes. La mayoría de los estudios comprobaban la mejoría estadísticamente significativa tras el trasplante respecto a la situación pretrasplante en aspectos físicos, mentales y sociales de la calidad de vida relacionada con la salud. En más de un 70% de los estudios los pacientes percibían una calidad de vida relacionada con la salud en los aspectos mentales igual o superior a la de las muestras de la población sana y en casi un 100% igual o superior en calidad de vida relacionada con la salud global.<sup>87</sup>

Se realizó un estudio para comparar la calidad de vida y estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes con insuficiencia renal crónica que son sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal, en el cual se

---

<sup>84</sup>Evans, R., Manninen, D. y Garrison, L. The quality of life of patients with end-stage renal disease. *New England Journal of Medicine*, (1995). 312, 553-559.

<sup>85</sup>Fox, A. y Kutner, N. Assessing end stage disease patient's functioning and well-being: Measurement approaches and implication for clinical practice. *American journal of Kidney Disease*, (1991). 24, 321-333.

<sup>86</sup>Pérez, M., Rodríguez, A. y Galán, A. (2005). Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1),99-114.

<sup>87</sup>Ortega F., Arias M. *Trasplante Renal*. Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana. Vol. 978 Madrid 2007

encontró que los pacientes trasplantados comparados con los pacientes de hemodiálisis presentan una mejor calidad de vida de forma global, lo cual indica una mayor satisfacción con su salud física, psicológica, relaciones sociales, ambientales y en general con el equilibrio que presentan en los aspectos tanto objetivos como subjetivos de su calidad de vida.

La calidad de vida en los pacientes trasplantados parece ser más favorable que la encontrada en los pacientes que asisten a tratamiento de diálisis peritoneal, lo que muestra un adecuado funcionamiento psicológico reflejado en una autoestima alta, en un equilibrio emocional y un estado mental satisfactorio, adecuada integración con su núcleo familiar y social más cercano y finalmente un nivel de independencia que estos pacientes tienen para realizar sus actividades cotidianas.

Al comparar las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida, con relación a la edad, se encontró que los pacientes trasplantados en edad de transición entre adultez media y tardía (51-65 años) en comparación con los de hemodiálisis y diálisis peritoneal, cuentan con una mayor reevaluación positiva, lo que indica que asumen la enfermedad como una experiencia de enriquecimiento personal que les permite obtener una mayor satisfacción con su vida; el desarrollo de actividades cotidianas en el hogar o en el lugar de trabajo les permite obtener un mayor distanciamiento de las implicaciones del tratamiento y la enfermedad, mejorando de esta forma la percepción que tienen de ésta.<sup>88</sup>

La calidad de vida en el paciente renal crónico es una variable que habitualmente se mide en relación con los tratamientos sustitutivos de la función renal y, dentro de ella, existen varios factores a determinar. Uno de ellos es la situación laboral

---

<sup>88</sup> Acosta P.A. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Boyacá, Colombia. Revista Colombiana de Psicología No.17, 2008 ISSN 0121-5469 Bogotá (Colombia) pp 9-26

del paciente, que además constituye un importante parámetro de rehabilitación<sup>89</sup> de éste.

Todos los estudios de calidad de vida del trasplante renal publicados coinciden en la mejoría significativa en la calidad del trasplante renal respecto a la diálisis, ya que éste mejora sustancialmente la calidad de vida. Los aspectos relacionados con la actividad física mejoran en un 80% de los estudios publicados; los relacionados con la actividad mental-psíquica en un 80%, los sociales en un 60% y de forma global el 100% de los estudios coinciden en una mejoría sustancial.<sup>90, 91</sup>

En un amplio campo de estudios se evidencian resultados contradictorios, por ejemplo, no existe prácticamente ningún estudio en el que no se encuentre que la calidad de vida relacionada con la salud mejora con el trasplante renal, en comparación con la diálisis.<sup>92</sup> De igual forma, se ha hallado que los pacientes trasplantados tenían una calidad de vida superior que los de hemodiálisis y los de diálisis peritoneal.<sup>93, 94</sup>

Uno de los riesgos de la medición de la calidad de vida centrada específicamente en el impacto de una enfermedad, es considerar exclusivamente a la calidad de vida desde un punto de vista funcional, centrándose principalmente el interés en el “normal” y adecuado funcionamiento de la persona en distintos aspectos de su vida, es decir, en un estado funcional. Como lo plantean Angel y Thoits,<sup>95</sup> la percepción de normalidad o anormalidad de una condición física o mental está de acuerdo a un grupo de referencia, teniendo un marcado efecto la cultura sobre la

---

<sup>89</sup> Melchor J.L., Cancino J. Evolución de la Situación Laboral en Trasplante Renal y Hemodiálisis. *Nefrol Mex* 2005;26 (2):54-5.

<sup>90</sup>Manu MA, Radulescu S, Harza M, Manu R, Capsa D, Sinescu I. Quality of life assessed by SF-36 health survey in renal transplant patients. *Transplant Proc.* 2001;33:1927-8.

<sup>91</sup> Nielens H, Lejeune TM, Lalaoui A, Squifflet JP, Pirson Y, Goffin E. Increase of physical activity level after successful renal transplantation: a 5 year follow-up study. *Nephrol Dial Transplant.* 2001;16:134-40.

<sup>92</sup>Nissenson A., Port F. Epotin therapy and quality of life. Ontario: Grant Amgen, Inc. 1991.

<sup>93</sup> Vinaccia, S. y Orozco, M. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas. Perspectivas en Psicología*, 2005. 11(2), 125-137.

<sup>94</sup>Durán Muñoz MI. Percepción de la calidad de vida referida por el paciente adulto con trasplante renal. *Enferm Nefrol vol.17 no.1 Madrid ene.-mar. 2014*

<sup>95</sup> Angel R, Thoits P. The impact of culture on the cognitive structure of illness. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1987; 11: 465-94.

salud y la enfermedad (por ejemplo, la percepción de la seriedad de los síntomas esta influenciada por los grupos de referencia). En este marco, Blalock et al<sup>96</sup> hallaron que muchos pacientes se comparan a si mismos con personas sin enfermedad cuando ellos tenían estándares de superación de si mismos, y se comparaban con otros pacientes cuando estaban experimentando dificultades en su desarrollo. En ambos casos la comparación fue de carácter social.

Un estudio realizado sobre una muestra de 723 personas, Michalos et al<sup>97</sup> encontraron a través de un análisis de regresión multivariado que el estado de salud medido puede explicar el 56% de la variación en la satisfacción con la propia salud. La combinación de esta sumado a los indicadores de satisfacción explican el 53% de la variación en felicidad, 68% de satisfacción con la vida y un 63% de calidad de vida general.

Smith, Avis y Assman<sup>98</sup> realizaron un metaanálisis relacionando los constructos calidad de vida y percepción del estado de salud, encontrando que desde la perspectiva de los pacientes, ambos constructos son distintos, ya que al evaluar calidad de vida, los pacientes lo hacen dando más importancia a su salud mental que al funcionamiento físico, sucediendo lo contrario al evaluar el estado de salud. Encuentran además que el funcionamiento social no tiene mayor impacto en cada constructo y que al extraer este, la contribución relativa de la salud mental a la calidad de vida es 1,6 veces más que la contribución del funcionamiento físico.

Existen ya varios estudios en trasplantados renales que demuestran la mejoría de la calidad de vida relacionada con la salud tras recibir el trasplante, incluso en los pacientes de edad igual o superior a 65 años o buscando hasta cinco escenarios distintos de evolución del trasplante.<sup>99</sup> Hoy se acepta de manera general que la

---

<sup>96</sup> Blalock SJ, De Vellis BM, De Vellis RF. Social comparison among individuals with rheumatoid arthritis. *Journal of Applied Social Psychology* 1989; 19: 665-80.

<sup>97</sup> Michalos A, Zumbo B, Hubley A. Health and the quality of life. *Social Indicators Research* 2000; 51: 245-86.

<sup>98</sup> Smith K, Avis N, Assman S. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. *Qual Life Res* 1999; 8: 447-59.

<sup>99</sup> Rebollo P, Ortega F. Is the loss of health-related quality of life during renal replacement therapy lower in elderly patients than in younger patients? *Nephrol Dial Trasplant*. 2001; 16:1675-80.

calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes trasplantados con éxito es claramente mejor que la de los pacientes en diálisis o en hemodiálisis.<sup>100</sup>

El trasplante renal, comparado con la terapia dialítica, mejora la calidad de vida en personas con insuficiencia renal en fase terminal. La mortalidad a largo plazo en receptores de trasplante es de 49 a 82% menor que en pacientes que se encuentran en lista de espera, dependiendo de las comorbilidades y condiciones médicas que provocan la insuficiencia renal terminal.<sup>101</sup>

Según un estudio realizado por el Hospital Clínicoquirúrgico “Hermanos Ameijeiras”, menciona que los pacientes con trasplante renal tienen buena percepción sobre su calidad de vida, superior al compararla con la de los enfermos tratados con hemodiálisis y diálisis; las mujeres, los jóvenes y el nivel de escolaridad medio constituyeron los grupos de enfermos con mejor aceptación de su enfermedad y del tratamiento aplicado, mientras que el tiempo prolongado de hemodiálisis y diálisis, los niveles bajos de albúmina, hemoglobina y la alta tasa de hospitalización se correlacionaron negativamente con la percepción de su calidad de vida, las mayores preocupaciones de estos enfermos se centraban en el apoyo y las relaciones familiares, le siguieron en importancia, la esfera sexual y la reincorporación laboral.<sup>102</sup>

Existen referenciados estudios que mencionan que entre los pacientes trasplantados entre los 30 y 49 años de edad se refiere mejor calidad de vida posterior al trasplante que en pacientes trasplantados en otros rangos de edad, pero no se encuentran diferencias en función de la edad antes del trasplante.<sup>103</sup>

Otro estudio comparó pacientes mayores de 65 años frente a menores, y encontró

---

<sup>100</sup> Hathaway D, Winsett RP. Post kidney trasplant quality of life prediction models. Clin transplant. 1998;12:168-74

<sup>101</sup> Textor SC, Taler SJ, Driscoll N, Larson TS, Gloor J, Griffin M, y cols. Blood pressure and renal function after kidney donation from hypertensive living donors. Transplantation 2004; 78(2): 276-82.

<sup>102</sup> Borroto Díaz G. Percepción de la calidad de vida por enfermos sometidos a tratamientos de hemodiálisis o trasplante renal. Estudio comparativo. Rev cubana med v.46 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2007

<sup>103</sup> Humar A, Denny r, Matas AJ, Najarian JS. graft and quality of life outcomes in older recipients of a kidney transplant. Exp Clin Trans- plant 2003; 1: 69-72.

que el beneficio en general de trasplantarse es similar en ambos grupos; sin embargo, la salud mental es mayor en el grupo de los mayores de 65 años por otorgar mejoría en la calidad de vida para los años que no parecían prometedores hasta antes del trasplante.<sup>104</sup>

Algunas otras publicaciones<sup>105</sup> han encontrado una relación significativa entre la edad del donador con la calidad de vida del receptor y se ha propuesto límite de edad para el receptor y donador del trasplante, hasta los 65 años, por motivos de estado funcional de los órganos del receptor y donador, así como por una mejor supervivencia.<sup>106</sup> En un estudio realizado por el Hospital Ángeles Pedregal se encontró que, analizando la funcionalidad antes y después del trasplante mediante la escala de Karnofsky, los pacientes tenían mejor calidad de vida en ambos grupos posterior al trasplante (mayores y menores de 65 años).<sup>107</sup>

Según un estudio publicado en el 2006 realizado en un grupo de pacientes cuya media de edad fue de 55 años y mayoritariamente jubilados y con pareja. Demuestra que los pacientes con nivel de estudios universitarios y que están en activo tienen mejor percepción de la calidad de vida.<sup>108</sup>

Un estudio realizado en Madrid, muestra el porcentaje de pacientes en edad laboral (de 16 a 64 años) con un certificado de minusvalía superior al 33%, podemos observar que 144 de los 243 pacientes en edad laboral tienen un certificado de este tipo, lo que da lugar a un porcentaje estimado del 59,3%, con un intervalo de confianza al 95% de entre 53,0 y 65,5%. Únicamente se observan diferencias significativas en relación con el tiempo en tratamiento del paciente. Se destacamos también que los pacientes renales trasplantados en edad laboral

---

<sup>104</sup> Chien CH, Wang HH et al. Quality of life after laparoscopic donor nephrectomy. *Transplant Proc* 2010; 42(3): 696-698.

<sup>105</sup> Tomasz W, Piotr S. A trial of objective comparison of quality of life between chronic renal failure patients treated with hemodialysis and renal transplantation. *Ann Transplant* 2003; 8: 47-53.

<sup>106</sup> Jassal SV, Krahn MD, Naglie G, Zaltzman JS, Roscoe JM, Cole EH, Redelmeier DA. Kidney transplantation in the elderly: a decision analysis. *J Am Soc Nephrol* 2003; 14: 187-196.

<sup>107</sup> Canche A. Calidad de vida en pacientes con trasplante renal del Hospital Ángeles del Pedregal. *Med Int Mex* 2011;27(5):446-454

<sup>108</sup> Valdés C., Ortega F. Avances en la calidad de vida relacionada con la salud y trasplante renal. *Rev. Nefrología* 2006; núm.2: 157-162.

están menos activos (39%) que los pacientes en diálisis (47,8%), y ello puede deberse, entre otros factores, a que dichos pacientes obtuvieron su incapacidad laboral estando en hemodiálisis y aún la conservan una vez trasplantados.<sup>109</sup>

Es aquí donde surgen problemas para los pacientes trasplantados, puesto que a menudo se encuentran con que han estado varios años fuera del mercado laboral y sus posibilidades de encontrar un empleo son ciertamente escasas. La protección social actual no tiene en cuenta esta peculiaridad de los pacientes renales y sólo obliga a las empresas a facilitar la recuperación de su antiguo puesto durante los dos años posteriores a la consecución de la Incapacidad Laboral Permanente. Hay estudios que han analizado también los efectos positivos de mantener un puesto de trabajo para los pacientes en diálisis.<sup>110</sup>

---

<sup>109</sup> Julián Mauro J.C., Molinuevo Tobalina J. A. La situación laboral del paciente con enfermedad renal crónica en función del tratamiento sustitutivo renal. Nefrología (Madrid) vol.32 no.4 Madrid 2012.

<sup>110</sup> Melchor JL, Cancino J, Ramos M, Gracida C. Evolución de la Situación Laboral en Trasplante Renal y Hemodiálisis. Nefrol Mex 2005;26 (2):54-5.

## CAPÍTULO III

### CONTEXTO DEL ESTUDIO: METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo de Diseño

Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, prospectivo, no experimental (transversal).

#### 3.2. Población y Muestra

##### *3.2.1. Universo de Estudio*

Se estudió a hombres y mujeres con trasplante renal que se encontraran laborando, pertenecientes al listado de pacientes con trasplante renal en el año 2011 al año 2016, en un hospital de tercer nivel del área metropolitana.

##### *3.2.2. Muestra*

Muestra probabilística para variables cualitativas y poblaciones finitas.

$$n = \frac{NZc PQ}{d (N-1) + Zc PQ}$$

**Zc** = zeta critica o nivel de confianza o margen de error aceptado (5% para estudios de ciencias sociales, que equivale a un 1.96 de error).

**d**= Intervalo de confianza. Para el caso **d** = 0.05

**P**= probabilidad de lo esperado mientras (0.75)

**Q**= Valor complementario de P para que entre ambos valores suman 100 ó 1000. (0.25).

### 3.2.3. Población de Estudio

Unidad de Análisis: hombres y mujeres con trasplante renal que laboren.

$$n = \frac{(360) (1.96)^2 (.75) (.25)}{(0.05)^2 (360 - 1) + (1.96)^2 [(.75) (.25)]} =$$

$$n = \frac{(360) (3.8416) (.75) (.25)}{(2.5) (360 - 1) + (3.8416) [(.75) (.25)]} =$$

$$n = \frac{(360) (3.8416) (.75) (.25)}{(2.5) (360 - 1) + (3.8416) (0.1875)} =$$

$$n = \frac{259.308}{1.6178} = 160.284$$

Muestra= 160 = 44% de la población total

Población= 360

### 3.2.4. Unidades de Observación

El instrumento de medición se aplicó a partir del mes de enero al mes de abril del año 2016, a pacientes con trasplante renal que actualmente se encontraran laborando; los días lunes, martes y viernes, en un horario de ocho de la mañana a una de la tarde, esto dependerá del horario de consulta para control de trasplante renal en una institución de tercer nivel de atención.

### *3.2.5. Criterios de Selección*

#### *3.2.5.1. Criterios de Inclusión*

El estudio se llevará a cabo en hombres y mujeres que actualmente se encuentren laborando y que asistan a consulta de control de trasplante renal en el servicio de nefrología en una institución de tercer nivel de atención.

#### *3.2.5.2. Criterios de Exclusión*

Hombres y mujeres que actualmente no se encuentren laborando y que se nieguen a contestar los cuestionarios.

### 3.3. Variables de Estudio

#### *3.3.1. Variables Intervinientes*

- Edad
- Genero
- Escolaridad
- Año de trasplante renal
- Tipo de donador.

#### *3.3.2. Variables Principales*

- Calidad de Vida
  - Función física
  - Función social
  - Salud mental
  - Salud general
- Satisfacción Laboral Post-Trasplante Renal
  - Rol emocional
  - Rol físico

### *3.3.3.Variable de Estudio Calidad de Vida*

Impacto de la enfermedad que percibe el individuo, en su capacidad para vivir una vida satisfactoria. Valoración que hace el paciente del bienestar físico, emocional y social luego del diagnóstico y/o tratamiento. Incluye la evaluación funcional física, emocional cognitiva, social, percepciones de salud y bienestar y las perspectivas futuras. Existe una estrecha correlación entre calidad de vida, morbilidad y mortalidad.<sup>111</sup>

### *3.3.4.Dimensiones de la Variable de Estudio Calidad de Vida*

A) Función física. Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, cargar o transportar objetos y realizar esfuerzos moderados e intensos.

B)Función social. Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.

C) Salud mental. Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

D)Salud general. Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.

### *3.3.5.Variable de Estudio Satisfacción Laboral Postrasplante Renal*

Es la actitud general del trabajador frente a las percepciones que tiene sobre su trabajo, basadas en creencias, valores, interacciones con los colegas, motivación para trabajar referente a disposiciones de conducta y sentimientos afectivos frente

---

<sup>111</sup> Mapes DL, Lopes AA, Satayathum S, McCullough KP, Goodkin DA, Locatelli F et al. Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalisation: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Kidney Int* 2003; 64: 339-49.

al trabajo y a las consecuencias posibles que se derivan de él, frente a las distintas facetas de su trabajo.<sup>112</sup>

Varios estudios demuestran que el trabajo activo predice mejores niveles de Calidad de Vida en otras dimensiones ya que al ser un paciente con necesidad de sustitución renal como hemodiálisis o diálisis se ven afectados factores relacionados con el empleo (tipo de trabajo, flexibilidad de horario; discriminación de empleadores, ayudas sociales: incapacidad, jubilación anticipada, etc.).<sup>113</sup>

Esto se debe a diversos factores socioeconómicos, como demuestra el hecho de que es infrecuente que pacientes que han recibido un trasplante renal con éxito y que valoran su calidad de vida como excelente reanuden su trabajo.

### *3.3.6. Dimensiones de la Variable de Estudio Satisfacción Laboral Postrasplante Renal*

A) Rol emocional. Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.

B) Rol físico. Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.

---

<sup>112</sup> Weinert, Ansfried. "Manual de psicología de la organización": La conducta humana en las organizaciones. Herder, Barcelona 1985. Pág. 297-298.

<sup>113</sup> Álvarez F. Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica. Ponencia del XXV congreso de la sociedad Española de Enfermería Nefrológica. II Trimestre 01, nº 14

### 3.4.Operacionalización de las Variables

#### 3.4.1.Variables Intervinientes

Variables Sociodemográficas	Definición Conceptual	Definición Operacional	Propiedades y Operaciones	Nivel de Medición	Valor o código
Edad	Edad en años cumplidos de pacientes con trasplante renal	Edad cumplido en años Número exacto	=, ≠, >, <, ∅	Razón o intervalar	El que se obtiene
Género	Género al que pertenece el paciente con trasplante renal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Femenino</li> <li>▪ Masculino</li> </ul>	=, ≠	Nominal	El que se obtiene
Escolaridad	Nivel de grado académico	Grado de estudios <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analfabeta</li> <li>▪ Primaria</li> <li>▪ Secundaria</li> <li>▪ Bachillerato</li> <li>▪ Técnico</li> <li>▪ Licenciatura</li> <li>▪ Posgrado</li> </ul>	=, ≠, >, <	Ordinal	El que se obtiene
Año de trasplante renal	Tiempo postrasplante	Número de años y meses de trasplante Número concreto <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3 meses</li> <li>▪ 6 meses</li> <li>▪ Un año</li> </ul>	=, ≠, >, <, ∅	Razón o intervalar	El que se obtiene
Tipo de donador	Donante de órgano	Tipo de donador <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Padre</li> <li>▪ Madre</li> <li>▪ Amigo</li> <li>▪ Hermano/a</li> <li>▪ Tío/a</li> <li>▪ Cadáver</li> <li>▪ Cónyuye</li> <li>▪ Otro</li> </ul>	=, ≠	Nominal	El que se obtiene

### 3.4.2. Variables Principales

#### NIVELES DE MEDICIÓN CALIDAD DE VIDA

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Propiedades y Operaciones	Nivel de Medición	Valor o código	Dimensiones
Calidad de Vida en el Paciente con Trasplante Renal	Impacto de la enfermedad que percibe el individuo, en su capacidad para vivir una vida satisfactoria. Valoración que hace el paciente del bienestar físico, emocional y social luego del diagnóstico y/o tratamiento, como haber sido trasplantado renal. Incluye la evaluación funcional física, emocional cognitiva, social, percepciones de salud y bienestar y las perspectivas futuras. Existe una estrecha correlación entre calidad de vida, morbilidad y mortalidad. <sup>114</sup>	<p>La puntuación mínima posible es de 16 puntos y la máxima de 80 puntos. Un puntaje alto indica una alta frecuencia en relación a una excelente calidad de vida relacionada con la salud y un puntaje bajo indica una baja frecuencia relacionada con una mala calidad de vida relacionada con la salud posterior al trasplante renal.</p> <p>Por lo que se realiza la siguiente ponderación:</p> <p>Excelente=68-80 Muy buena=55-67 Buena=42-54 Regular=29-41 Mala=16-28</p> <p>El instrumento consta de 15 items escala tipo Likert, referentes a calidad de vida relacionada con la salud, esta como variable principal, el cual se desglosa en 4 dimensiones o subvariables:</p> <p>D1)Función física D2)Función social D3)Salud mental D4)Salud general</p>	<p>=, ≠, &gt;, &lt;, +, -</p> <p>=, ≠, &gt;, &lt;</p>	<p>Intervalar</p> <p>*Posteriormente se convertirá a</p> <p>Ordinal</p>	<p>Calidad de vida relacionada con la salud</p> <p>Items 1,2</p>	<p>D1)Función física</p> <p>D2)Función social</p> <p>D3)Salud mental</p> <p>D4)Salud general</p>

<sup>114</sup> Mapes DL, Lopes AA, Satayathum S, McCullough KP, Goodkin DA, Locatelli F et al. Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalisation: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Kidney Int* 2003; 64: 339-49.

Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Propiedades y Operaciones	Nivel de Medición	Valor o código
D1)Función física	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, cargar o transportar objetos y realizar esfuerzos moderados e intensos.	Items 3, 4, 5A, 5B, 6, 7	=, ≠, >, <, f-1	Intervalar*	El que se obtiene
D2)Función social	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.	Items 8	=, ≠, >, <	Ordinal	El que se obtiene
D3)Salud mental	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.	Items 9, 10, 11	=, ≠, >, <, f-1	Intervalar*	El que se obtiene
D4)Salud general	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.	Items 12, 13, 14, 15	=, ≠, >, <, f-1	Intervalar*	El que se obtiene

**VARIABLES PRINCIPALES**  
**NIVELES DE MEDICION SATISFACCIÓN LABORAL EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL**

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Propiedades y Operaciones	Nivel de Medición	Valor o código	Dimensiones
Satisfacción Laboral en Pacientes con Trasplante Renal	Actitud general del trabajador frente a las percepciones que tiene sobre su trabajo, basadas en creencias, valores, interacciones con los colegas, motivación para trabajar referente a disposiciones de conducta y sentimientos afectivos frente al trabajo y a las consecuencias posibles que se derivan de él, frente a las distintas facetas de su trabajo. <sup>115</sup>	<p>La puntuación mínima posible es de 8 puntos y la máxima de 40 puntos. Un puntaje alto indica una alta frecuencia en relación a una buena satisfacción laboral y un puntaje bajo indica una baja frecuencia relacionada con una mala satisfacción laboral posterior al trasplante renal.</p> <p>Por lo que se realiza la siguiente ponderación:</p> <p>Muy satisfecho=35-40            Bastante satisfecho=29-34            Normalmente satisfecho=22-28            Poco satisfecho=15-21            Nada satisfecho=8-14</p> <p>El instrumento consta de 8 ítems escala tipo Likert, referentes a satisfacción laboral, esta como variable principal, la cual se desglosa en 2 dimensiones o subvariables:</p> <p>D1)Rol emocional            D2)Rol físico</p>	<p>=, ≠, &gt;, &lt;, +, -</p> <p>=, ≠, &gt;, &lt;</p>	<p>Intervalar</p> <p>*Posteriormente se convertirá a</p> <p>Ordinal</p>	Satisfacción laboral Ítems 16,17	<p>(D1)Rol emocional</p> <p>(D2)Rol físico</p>

<sup>115</sup> Weinert, Ansfried. "Manual de psicología de la organización": La conducta humana en las organizaciones. Herder, Barcelona 1985. Pág. 297-298.

Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Propiedades y Operaciones	Nivel de Medición	Valor o código
D1) Rol emocional	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.	Items 18,19,20	=, ≠, >, <, f-h	Intervalar*	El que se obtiene
D2) Rol físico	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.	Items 21, 22, 23	=, ≠, >, <, f-h	Intervalar*	El que se obtiene

\*Posteriormente se convertirá a: Ordinal =, ≠, >, <

### 3.5. Procedimientos

#### *3.5.1. Prueba Piloto*

La aplicación de la prueba piloto se llevó a cabo en el 10% de la muestra, equivalente a 16 personas, ya que esta fue de 160 pacientes, con una población de 360 personas, los criterios de inclusión fueron a conveniencia de acuerdo a los criterios metodológicos, se seleccionó una población de pacientes con trasplante renal, que se encuentren laborando, pertenecientes al servicio de nefrología, en los cuales se guardaron las características relevantes de la unidad de observación. El instrumento se aplicó con previa autorización de autoridades correspondientes para realizar la investigación.

Igualmente la prueba piloto se llevó a cabo con fines relacionados a la logística de aplicación, en que medida el instrumento a emplear en la aplicación final este respondiendo a la adecuación teórica y a la adecuación empírica de cómo estuvo compuesto el instrumento, ajustar ítems, verificar escala de respuestas, estimar el tiempo promedio de respuestas, así como para realizar la primera base de datos y en base a esto estimar la confiabilidad, es importante mencionar que este fue aplicado después de una validez conceptual y de contenido.

#### *3.5.2. Recolección de Datos*

El procedimiento de recolección de datos se llevó a cabo por parte de la responsable de la investigación; previo consentimiento informado, la conservación del anonimato, de igual forma se guardarán aspectos éticos para investigaciones sociales.

#### *3.5.3. Para el Análisis de Datos*

El procesamiento y análisis de datos, se llevo a cabo mediante el empleo del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V. 21, se obtuvieron tablas de frecuencia, porcentajes, medias. Se realizará en primer lugar, un análisis descriptivo de la población para plantear sus características

generales y en un segundo momento y de acuerdo con los resultados de las pruebas de estadística univariada, se llevó a cabo el análisis inferencial utilizando correlación de Pearson ( $r_p$ ) para indagar la relación entre las variables Calidad de Vida y Satisfacción Laboral.

#### *3.5.4. Instrumento de Medición*

El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS),<sup>116</sup> desde su desarrollo ha sido adaptado a más de 20 lenguas para su uso.<sup>117</sup> Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general.

Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales.<sup>118</sup> Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos<sup>119</sup>, y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS.

Aunque el cuestionario SF-36 puede ser cumplimentado en un período que oscila entre 5 y 10 min, en determinados contextos puede representar demasiado tiempo. La obtención de las 2 medidas sumario del SF-36 motivó el desarrollo de un cuestionario más corto que fuera capaz de reproducirlas con un número menor

---

<sup>116</sup> Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30:473-83.

<sup>117</sup> Ware JE, Snow Jr KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Boston, MA: New England Medical Center; 1993.

<sup>118</sup> Ware JE. SF-36 health survey update. *Spine*. 2000;25:3130-9.

<sup>119</sup> Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ*. 2002;324:1417.

de ítems, el SF-12V2<sup>120</sup>. Dado que éste podía ser autocontestado en una media de  $\leq 2$  min, se pretendía que su uso fuera dirigido a evaluar conceptos generales de salud física y mental en estudios en los que el SF-36 fuera demasiado largo.

Algunas de estas razones impulsaron a realizar la adaptación para su uso en España. Los cambios más relevantes entre la versión 2 del SF-12, publicada en el año 2002, fueron el aumento de las opciones de respuesta de 2 a 5 en los ítems de Rol, Físico y Mental. Desde la primera publicación de este proceso de adaptación,<sup>121</sup> el SF-36 y su versión reducida, el SF-12V2, se han convertido en un instrumento muy útil en la evaluación de resultados en nuestro medio. Tras casi una década de experiencia de muchos investigadores es necesario hacer un balance sobre las potencialidades y las realidades del cuestionario.

El SF-12V2 está formado por un subconjunto de 12 ítems del SF-36 obtenidos a partir de regresión múltiple, incluidos 1-2 ítems de cada una de las 8 escalas del SF-36. La información de estos 12 ítems se utiliza para construir las medidas sumario física y mental del SF-12 (PCS-12 y MCS-12, respectivamente). Los ítems del cuestionario SF-12 explicaron más del 90% de la varianza de los índices sumario físico y mental del SF-36<sup>122</sup> en Estados Unidos y el 91% en España.

Al igual que con las medidas sumario del SF-36, se compararon los algoritmos de cálculo específicos para cada país con los algoritmos estándares, y se comprobó que había muy poca diferencia en el hecho de usar un algoritmo u otro.<sup>123</sup>

---

<sup>120</sup> Ware JE Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care.* 1996;34:220-33.

<sup>121</sup> Alonso J, Prieto L, Anto JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc).* 1995;104:771-6.

<sup>122</sup> Idem.

<sup>123</sup> Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment.* *J Clin Epidemiol.* 1998;51:1171-8.

Mientras que la utilización del algoritmo estándar (basado en la población americana) facilita la comparación entre diferentes países, el algoritmo específico para el país permite la interpretación directa respecto de la población general.

La estrategia principal de interpretación de estos cuestionarios se basa en la utilización de normas poblacionales de referencia. Estas normas indican un valor estándar que facilita la interpretación de las puntuaciones del cuestionario respecto a las esperadas según su grupo de edad y sexo.<sup>124,125</sup> En 1998 se publicaron las normas de referencia de las 8 dimensiones para la versión española del SF-36v1,<sup>126,127</sup> y en 2008 las normas para los CSF y CSM del SF-36v1 y las CSF y CSM para el SF-12v1.<sup>128</sup> Sin embargo, hasta ahora no se dispone de normas de referencia para la versión 2 de estos cuestionarios en nuestro entorno. Para su interpretación existen únicamente las normas estadounidenses,<sup>129</sup> las cuales están basadas en la población general americana.

La adaptación de ambos cuestionarios aplicados a la población mexicana, detectan tanto estados positivos de salud, como negativos. El contenido de las preguntas se centra en el estado funcional y el bienestar emocional. Su ámbito de aplicación abarca hombres y mujeres con trasplante renal, y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación.

---

<sup>124</sup> Ware JE, Snow Jr KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Boston, MA: New England Medical Center; 1993.

<sup>125</sup> Ware JE, Kosinski Jr M, Turner-Bowker DM, Gandek B. How to score version 2 of the SF-12 Health Survey (with a supplement documenting version 1). Lincoln, RI: QualityMetric, Inc.; 2002.

<sup>126</sup> Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente de hoz L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF- 36. Med Clin (Barc). 1998;111:410–6.

<sup>127</sup> Lopez-Garcia E, Banegas Banegas JR, Graciani Perez-Regadera A, Gutierrez-Fisac JL, Alonso J, Rodriguez-Artalejo F. Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. Med Clin (Barc). 2003;120:568–73.

<sup>128</sup> Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, Lopez-Garcia E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. Med Clin (Barc). 2008;130:726–35.

<sup>129</sup> Ware JE, Kosinski Jr M, Turner-Bowker DM, Gandek B. How to score version 2 of the SF-12 Health Survey (with a supplement documenting version 1). Lincoln, RI: QualityMetric, Inc.; 2002.

### 3.5.5. Descripción del Instrumento

Para medir Calidad de Vida y la relación con la Satisfacción Laboral en pacientes con trasplante renal, se empleo el instrumento genérico de investigación SF-36 y SF-12V2, en el cual se llevó a cabo un interrogatorio directo a través de un cuestionario el cuál se encuentra constituido de 23 ítems, que exploran 2 variables principales del estado de salud: calidad de vida, satisfacción laboral, de las cuales se desglosan 4 dimensiones para Calidad de Vida: 1)Función física, 2)Función social, 3)Salud mental, 4)Salud general; 2 dimensiones referentes a Satisfacción Laboral: 1)Rol emocional, 2)Rol físico.

#### ▶ PRIMERA SECCIÓN

Comprende variables sociodemográficas: edad, género, escolaridad, años de trasplante renal, tipo de donador.

#### ▶ SEGUNDA SECCIÓN

Se trata de una escala heteroadministrada, integrada por un total de 15 preguntas tipo Likert, referentes a calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con trasplante renal, esta como variable principal.

Calidad de vida. Items: 1, 2

De la cual se desglosa en 4 dimensiones o subvariables:

D1)Función física. Items: 3, 4, 5A, 5B, 6, 7

D2)Función social. Items: 8

D3)Salud mental. Items: 9, 10, 11

D4)Salud general. Items: 12, 13, 14, 15

La puntuación mínima posible es de 16 puntos y la máxima de 80 puntos. Un puntaje alto indica una alta frecuencia en relación a una excelente calidad de vida relacionada con la salud y un puntaje bajo indica una baja frecuencia relacionada con una mala calidad de vida relacionada con la salud posterior al trasplante renal.

Por lo que se realiza la siguiente ponderación:

Excelente=68-80

Muy buena=55-67

Buena=42-54

Regular=29-41

Mala=16-28

### ► TERCERA SECCIÓN

Se trata de una escala heteroadministrada, integrada por un total de 8 preguntas tipo Likert, referentes a la satisfacción laboral en pacientes con trasplante renal, esta como variable principal.

Satisfacción laboral. Items: 16, 17

De la cual se desglosa en 2 dimensiones o subvariables:

D1) Rol emocional. Items: 18, 19, 20

D2) Rol físico. Items: 21, 22, 23

La puntuación mínima posible es de 8 puntos y la máxima de 40 puntos. Un puntaje alto indica una alta frecuencia en relación a una buena satisfacción laboral y un puntaje bajo indica una baja frecuencia relacionada con una mala satisfacción laboral posterior al trasplante renal.

Por lo que se realiza la siguiente ponderación:

Muy satisfecho=35-40

Bastante satisfecho=29-34

Normalmente satisfecho=22-28

Poco satisfecho=15-21

Nada satisfecho=8-14

### 3.5.5.1.Ponderación de Puntaje

### 3.5.5.2.Ponderación Calidad de Vida

Min Max

16 - 80

64 rango ponderación en 5 clases  $64/5 = 12.8$  (CERRAR A 12)

<b>TIPO</b>	<b>RANGO DE CLASE</b>	<b>INTERPRETACION</b>
Excelente	68 - 80	Percibe una excelente calidad de vida después del trasplante, realiza sus actividades diarias sin ayuda, tiene un buen estado de salud general e incluso trabaja
Muy buena	55 – 67	Percibe una muy buena calidad de vida después del trasplante, realiza sus actividades diarias casi sin ayuda, tiene un buen estado de salud general, y trabaja casi como antes del trasplante
Buena	42-54	Percibe una buena calidad de vida después del trasplante, realiza sus actividades diarias casi sin ayuda, tiene un buen estado de salud general, y trabaja casi como antes del trasplante
Regular	29 - 41	Percibe una regular calidad de vida después del trasplante, realiza sus actividades diarias solicitando ayuda, tiene un regular estado de salud general, y no trabaja casi como antes del trasplante
Mala	16 - 28	Percibe una mala calidad de vida después del trasplante, no realiza sus actividades diarias y requiere ayuda de otra persona siempre, tiene un mal estado de salud general, y no trabaja después del trasplante

### 3.5.5.3.Ponderación Satisfacción Laboral Post Trasplante Renal

Min    Max  
8    -    40

32 rango    ponderación en 5 clases     $32 / 5 = 6.4$  (CERRAR A 6)

<b>TIPO</b>	<b>RANGO DE CLASE</b>	<b>INTERPRETACION</b>
Muy satisfecho	35 - 40	Se encuentra muy satisfecho con su situación laboral después del trasplante, realiza sus actividades diarias sin ayuda.
Bastante satisfecho	29 - 34	Se encuentra bastante satisfecho con su situación laboral después del trasplante, realiza sus actividades diarias casi sin ayuda.
Normalmente satisfecho	22 - 28	Se encuentra normalmente satisfecho con su situación laboral después del trasplante, realiza sus actividades diarias solicitando ayuda.
Poco satisfecho	15 - 21	Se encuentra poco satisfecho con su situación laboral después del trasplante, requiere ayuda de otra persona para realizar su trabajo.
Nada satisfecho	8 - 14	No se encuentra nada satisfecho con su situación laboral después del trasplante, ya que no puede laborar.

Dicho instrumento tiene un Alpha de Cronbach de entre 0,7 y 0,94; por lo que ambos instrumentos resultan ser confiables en cuanto a consistencia interna de los ítems.

### 3.6. Confiabilidad y Validez

Para identificar la relevancia teórica y la adecuación empírica del instrumento de investigación, así como para garantizar la calidad de su medición, que mida lo que queremos medir y sea aplicable al paciente con trasplante renal, se sometió a un proceso de adaptación, validación de las propiedades psicométricas, empleando la Metodología Q, donde se llevó a cabo la validez de contenido con un grupo de seis expertos profesionales en trasplante renal, nefrólogos, enfermeras especialistas en nefrología, pedagogía y psicología; se comprobó su fiabilidad, validez, sensibilidad así como su factibilidad.

Esto mediante la validez aparente ya que se midió el grado y relevancia en el que los ítems parecen medir lo que se proponen, por lo que estos se consideraron adecuados; validez de contenido, en donde se identificó que el instrumento abarcara las dimensiones de las variables principales que se quieren medir las cuales puedan llegar a intervenir en la percepción de la calidad de vida y la satisfacción laboral en pacientes con trasplante renal.

Dicho instrumento muestra la importancia de las aportaciones teóricas actuales respecto de la trascendencia, vulnerabilidad e impacto que tiene la calidad de vida y la satisfacción laboral en pacientes con trasplante renal y como algunas dimensiones pueden llegar a afectar la visión que los pacientes tienen sobre esta, hacia su persona en el desarrollo y crecimiento físico, mental, social, salud en general y los roles que desenvuelven en su área laboral como el emocional y físico; con esto es posible identificar como se puede llegar a afectar su rendimiento, autoestima, relaciones con su entorno, incluso la misma rehabilitación.

El instrumento SF-36 y SF12v2 previo a la adaptación cuenta con un Alfa de Cronbach de entre 0,7 y 0,94; por lo que ambos instrumentos resultan ser confiables en cuanto a consistencia interna de los ítems. Para poder evaluar la calidad de vida y la satisfacción laboral en pacientes con trasplante renal se llevo la adaptación con un total de 23 ítems, reportando un nivel de confiabilidad de Alfa de Cronbach de 0.94.

### Estadísticos de Fiabilidad

Alfa de Cronbach	No de elementos
.942	24

### 3.7.Aspectos Éticos

La investigación que se realizó no tuvo ningún riesgo hacia el paciente o el personal de enfermería ya que se trató de una investigación documental y observacional; sin embargo se requiere la participación del profesional de enfermería de manera directa, por lo que esta investigación se sustentó en leyes nacionales y principios Éticos como el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki, la Ley General de salud y Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros de México.

Como se mencionó anteriormente esta investigación no tiene ningún riesgo sin embargo se obtendrán beneficios para la profesión de enfermería para poder brindar cuidados de enfermería de calidad y libre de riesgos.

Se protegerá la identidad de las enfermeras participantes, se les pedirá su participación de manera voluntaria y se les explicará que los resultados serán utilizados para fines de la investigación, todo esto se contempla en el instrumento a utilizar.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

Durante el periodo comprendido entre los meses de febrero a mayo del año 2016 se llevó a cabo la recolección de datos en la consulta externa de nefrología en una unidad de tercer nivel de atención, donde se aplicaron 160 instrumentos sobre la calidad de vida y la satisfacción laboral en pacientes con trasplante renal de acuerdo a la muestra.

#### 4.1. Caracterización de la Muestra

En cuanto a los datos sociodemográficos la media de edad de los pacientes con trasplante renal fue de 34 años  $\pm 10.918$ , con un mínimo de edad de 18 años y un máximo de 60 años. En distribución por edad se encontró que el 44% corresponde a un rango de edad de 18-30 años, el 34% pertenece a 31-43 años, 20% corresponde a 44-56 años y 2% va de los 57-60 años. Se encontró que el 52% pertenece al género masculino y el 48% al femenino.

De acuerdo al nivel académico de la población de estudio se identificó que el 1% cuenta con estudios de primaria, poco más de la mitad tiene estudios de bachillerato con el 29% y un tercio de la misma posee estudios profesionales, principalmente con licenciatura obteniendo un 36%. TABLA 1

**TABLA 1. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA**

<b>VARIABLE</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>Rango de edades</b>		
18-30	70	44 %
31-43	54	34 %
44-56	33	20 %
57-60	3	2 %
<b>Género</b>		
Masculino	83	52%
Femenino	77	48%
<b>Nivel Académico</b>		
Primaria	1	1%
Secundaria	36	22%
Bachillerato	46	29%
Técnico	12	7%
Licenciatura	57	36%
Posgrado	8	5%

Referente al número de años de trasplante renal, la mayoría de la población de estudio cuenta con dos años de trasplante renal con un 53% y únicamente el 4% de la población lleva menos de un año con trasplante renal. TABLA 2

**TABLA 2. Número de Años de Trasplante Renal**

<b>Años</b>	<b>Años de Trasplante Renal</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>2011</b>	5 años	1	1%
<b>2013</b>	3 años	18	11%
<b>2014</b>	2 años	84	53%
<b>2015</b>	1 año	50	31%
<b>2016</b>	Menos de 1 año	7	4%
<b>Total</b>		160	100%

De acuerdo al tipo de donador de trasplante renal el 44% de la población de estudio ha recibido un trasplante renal de familiar consanguíneo (padre, madre, hermano/a), 39% de los pacientes recibieron un trasplante renal de donador cadavérico, y únicamente el 5% corresponde a pacientes que han recibido una donación de trasplante renal de su conyugue. TABLA 3

**TABLA 3. Tipo de Donador de Trasplante Renal**

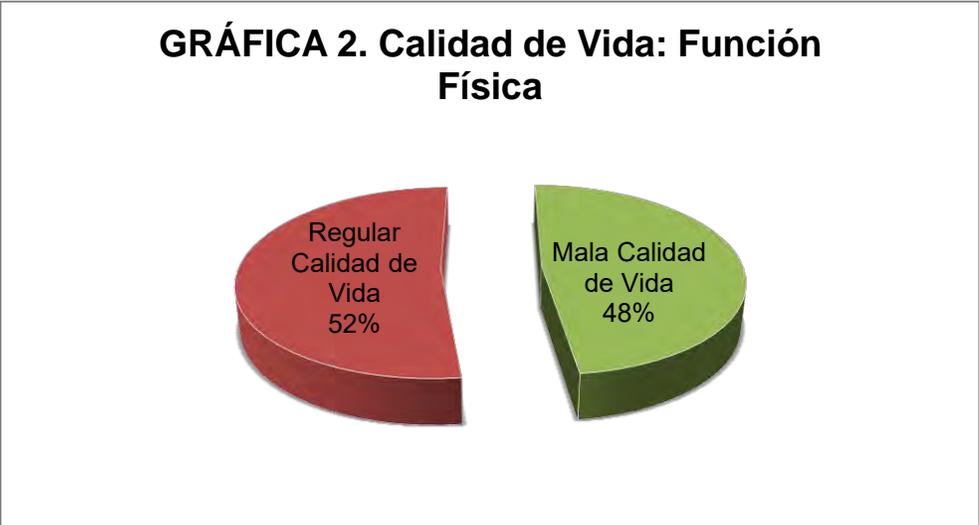
Tipo de donador	Fo	%
<b>Familiar Consanguíneo</b>	71	44 %
<b>Cadáver</b>	62	39 %
<b>Cónyuge</b>	8	5 %
<b>Otro</b>	19	12%
<b>Total</b>	160	100%

#### 4.2.Resultados Descriptivos

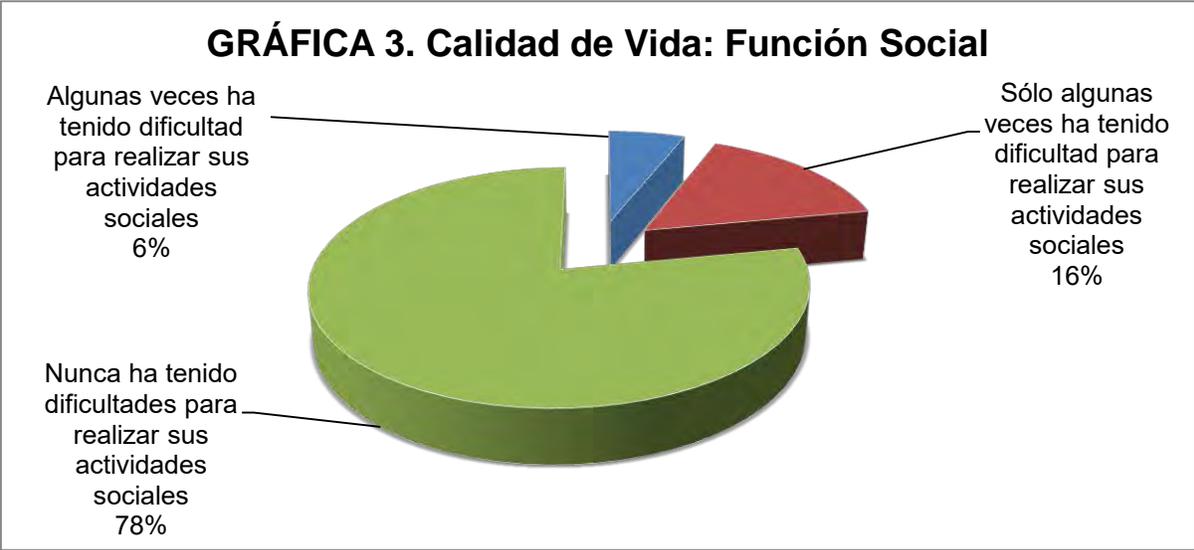
Referente a la calidad de vida podemos observar una mediana de  $5 \pm .317$ , el 89% de la muestra equivalente a 160 pacientes refiere tener una excelente calidad de vida y el 11% refiere tener muy buena calidad de vida. GRÁFICA 1



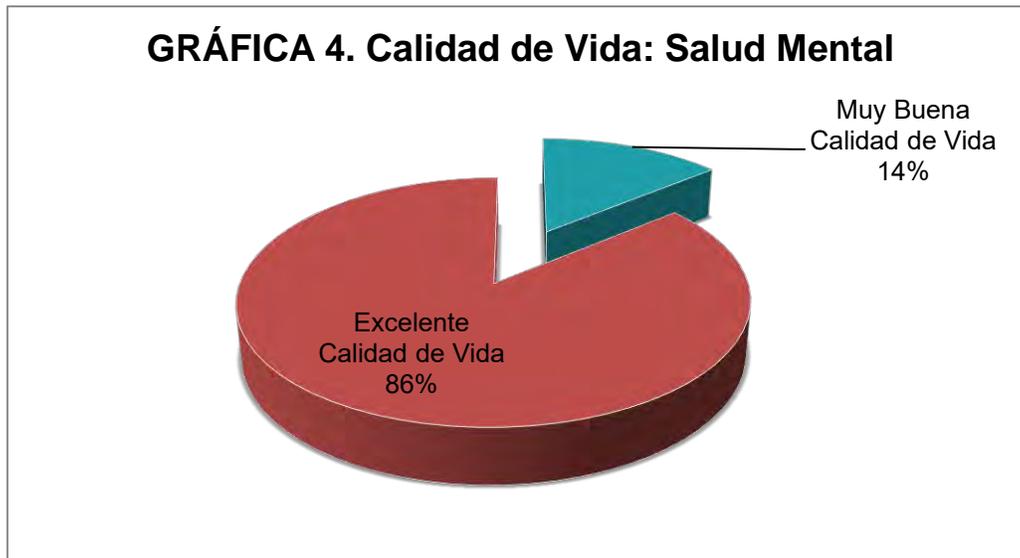
En cuanto a la calidad de vida en la dimensión función física, podemos observar una mediana de 2 con  $\pm .501$ , donde el 52% refiere tener una regular calidad de vida en relación con su función física y el 48% de la muestra restante menciona tener una mala calidad de vida en relación con su función física. GRÁFICA 2



Podemos analizar referente a la calidad de vida con su dimensión función social una mediana de 5 con  $\pm .560$ , en donde el 78% de la muestra refiere nunca haber tenido dificultades para realizar sus actividades sociales, el 16% mencionó que sólo algunas veces ha tenido dificultades para realizar sus actividades sociales y el 6% refirió que algunas veces ha tenido dificultad para realizar sus actividades sociales. GRÁFICA 3



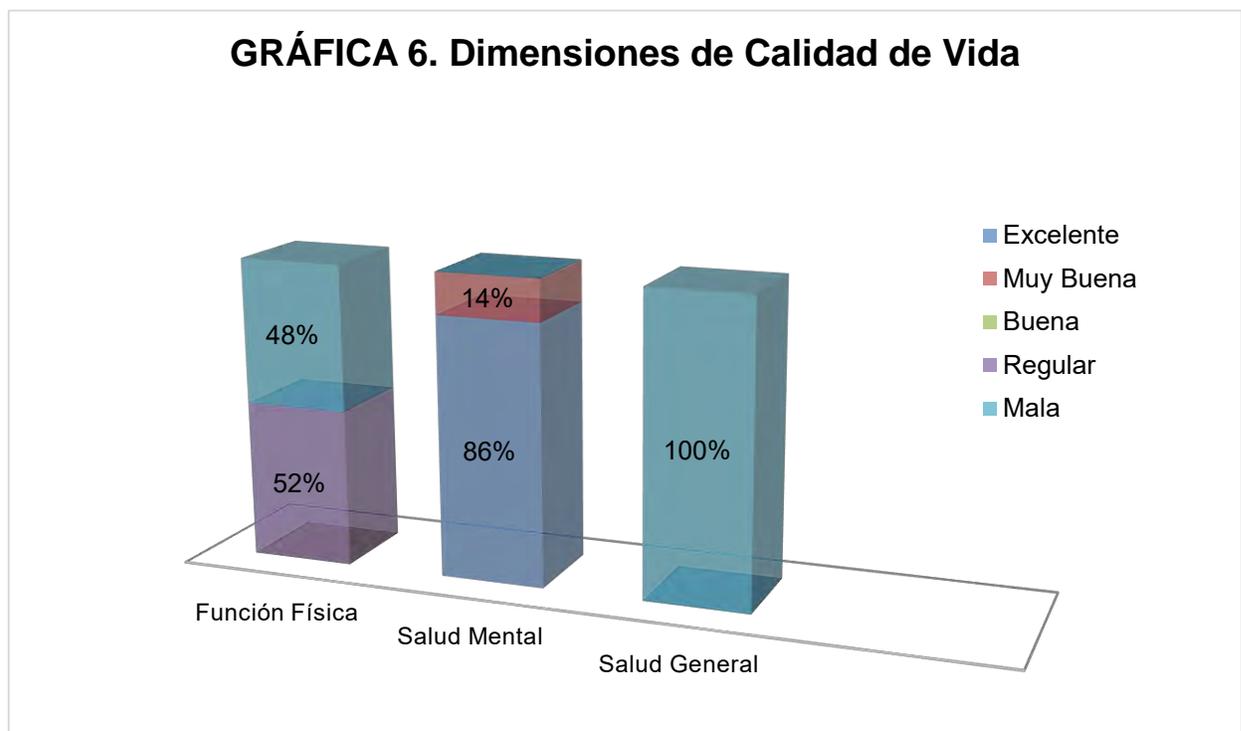
Según la dimensión salud mental en relación a la calidad de vida podemos identificar una mediana de 5 con  $\pm .345$ , en la cual el 86% de la muestra refiere tener una muy buena calidad de vida y el 14% muy buena calidad de vida. GRÁFICA 4



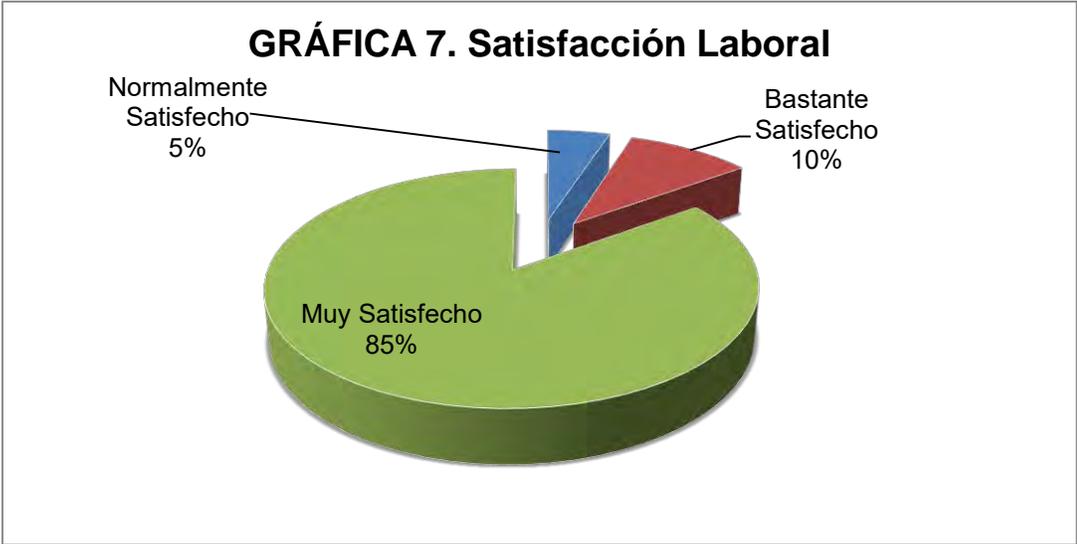
En cuanto a la dimensión salud general en relación a la calidad de vida podemos identificar la importancia del siguiente dato ya que el 100% de la muestra total refiere tener una mala salud general. GRÁFICA 5



Al realizar el análisis general sobre las dimensiones podemos identificar como el 52% refiere tener una regular calidad de vida en relación a la función física y el 48% menciona tener una mala calidad de vida en relación a la función física; en cuanto a salud mental en relación con la calidad de vida el 86% es excelente y el 14% refiere ser muy buena; se omitió la dimensión función social debido a que únicamente contaba con una pregunta y con distinta ponderación; en cuanto a salud general se observa como el 100% de la muestra refiere ser mala por lo cual no existe relación alguna entre ambas. GRÁFICA 6



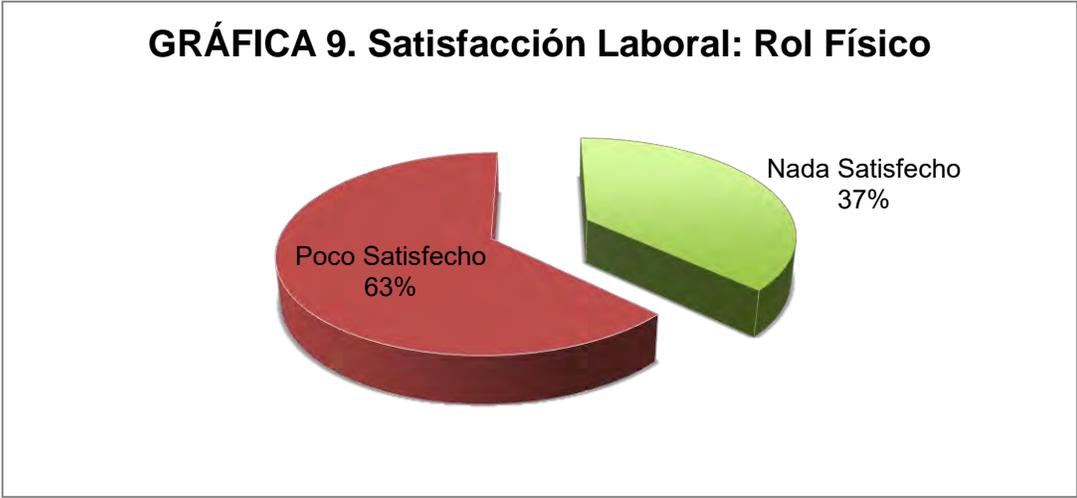
De acuerdo a satisfacción laboral general la mediana fue de 5 con  $\pm .512$  donde el 85% de la muestra refiere estar muy satisfecho, el 10% bastante satisfecho y el 5% normalmente satisfecho. GRÁFICA 7



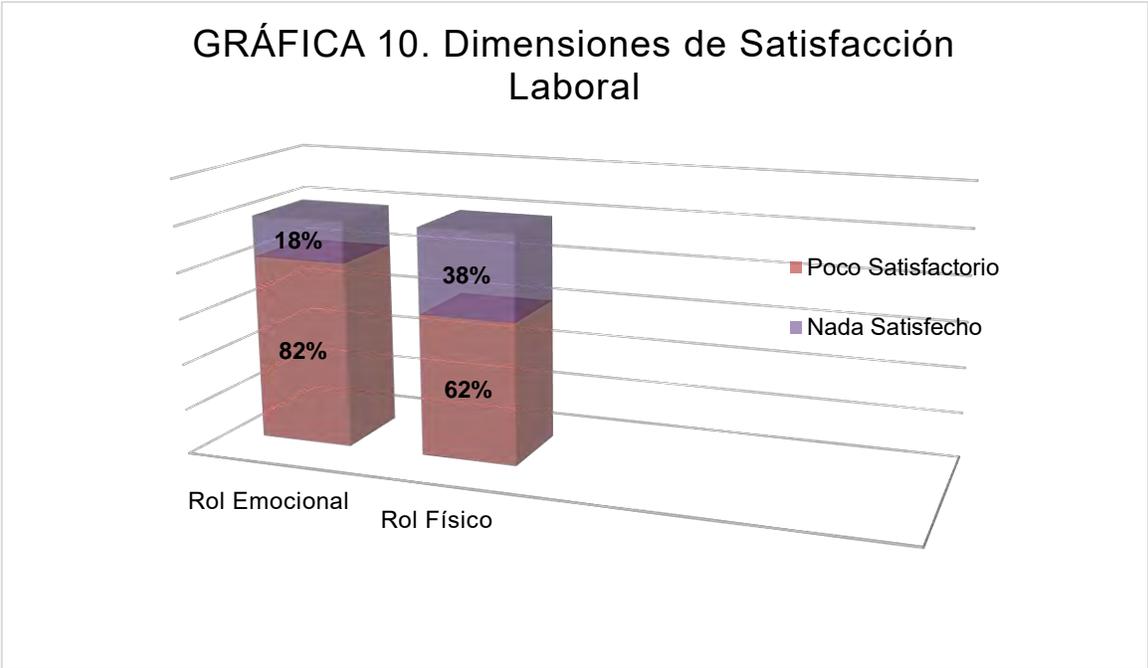
En cuanto a la dimensión rol emocional podemos observar una mediana de 2 con  $\pm .386$ , en donde la relación con la satisfacción laboral en su mayoría es poco satisfecho con el 82% y nada satisfecho con el 18%. GRÁFICA 8



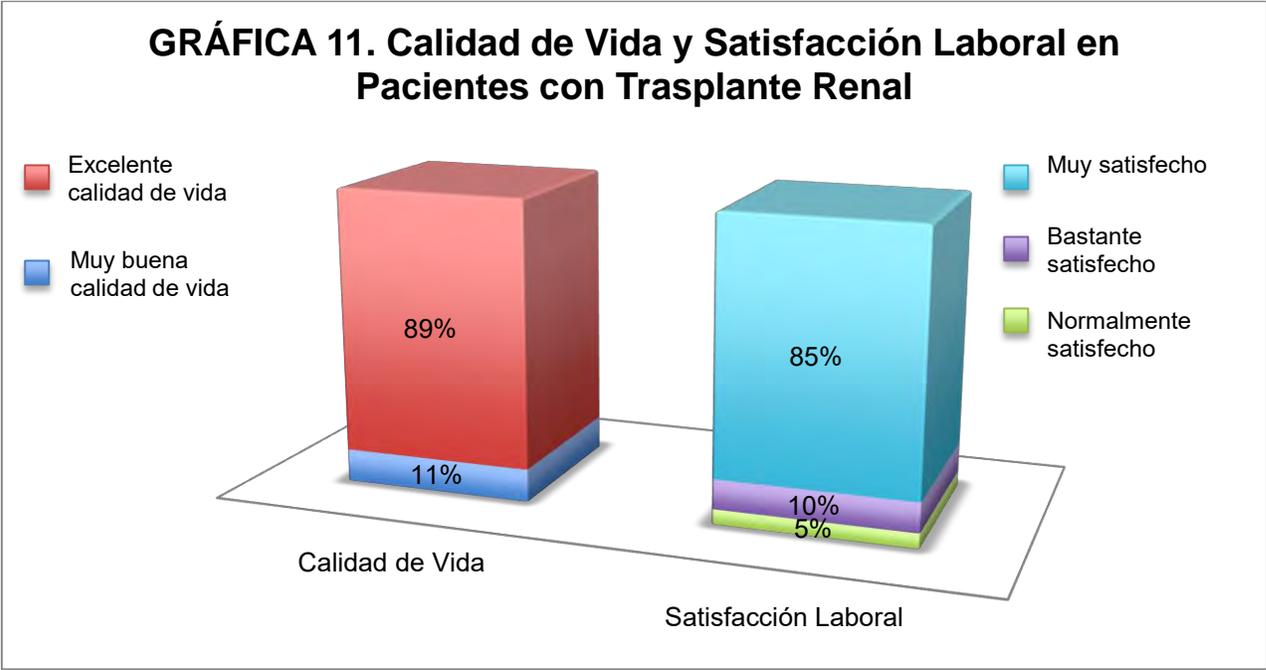
De acuerdo a la dimensión rol físico la mediana fue de 2 con  $\pm .486$  donde la relación con la satisfacción laboral según refirió la muestra es poco satisfecho con el 63% y nada satisfecho con el 37%. GRÁFICA 9



Al realizar el análisis general sobre las dimensiones podemos identificar como el 82% refiere estar poco satisfecho en cuanto a su rol emocional y el 18% nada satisfecho en relación a la satisfacción laboral y su rol emocional después del trasplante renal; el 62% menciona estar poco satisfecho y el 38% nada satisfecho con su rol físico en relación a su satisfacción laboral. GRÁFICA 10



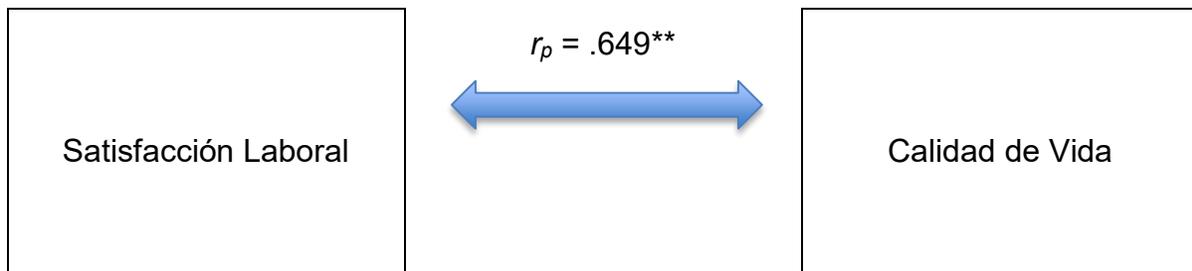
De acuerdo a calidad de vida y satisfacción laboral en pacientes con trasplante renal podemos observar que un 89% de los pacientes refiere estar muy satisfecho en cuanto a su satisfacción laboral con el 85%; el 11% de los pacientes con trasplante renal menciona estar bastante satisfecho con su trabajo reflejado en un 10%, únicamente el 5% menciona estar normalmente satisfecho con su satisfacción laboral en cuanto a su calidad de vida. GRÁFICA 11



### 4.3. Estadística Inferencial

Existe una relación lineal entre Satisfacción Laboral y Calidad de Vida en Pacientes con Trasplante Renal, directamente proporcional de fuerza moderada ( $r_p = .649$   $p=.000$ ). DIAGRAMA LIGADO 1

**DIAGRAMA LIGADO 1. Relación entre Satisfacción Laboral y Calidad de Vida en Pacientes con Trasplante Renal\***



$**p=.000$

$**$ . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

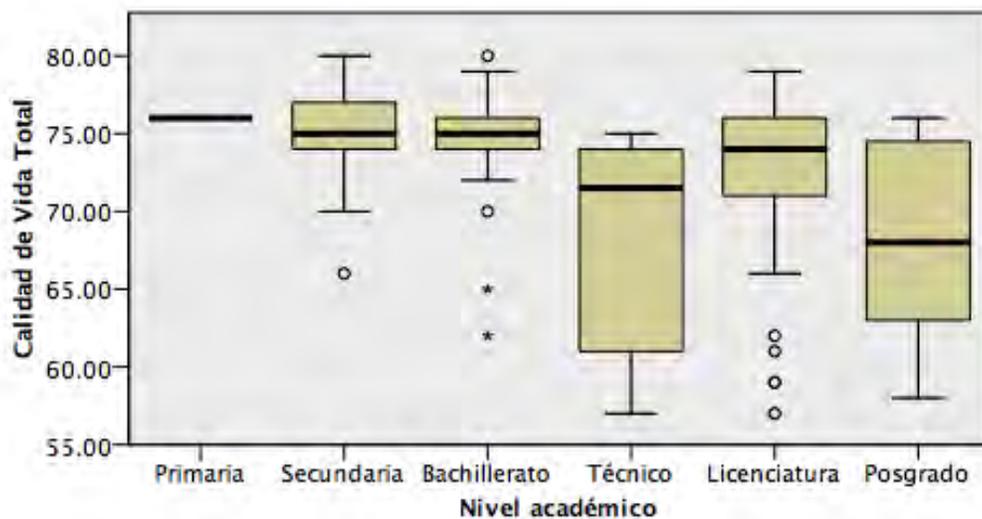
Al buscar diferencias estadísticamente significativas entre la calidad de vida según el género, se detectaron que ( $t= -2.22$   $gl= 158$   $prob= .028$ ) lo que nos dice que la calidad de vida en mujeres (4.62) es ligeramente mayor que la expresada por los hombres (4.52), aún cuando se puede ver a ambos géneros en calidad de vida totalmente satisfecho se visualiza que son las mujeres las más satisfechas aún cuando han experimentado un trasplante renal. GRÁFICA 12



\*  $t= -2.22$   $gl= 158$   $p= .028$

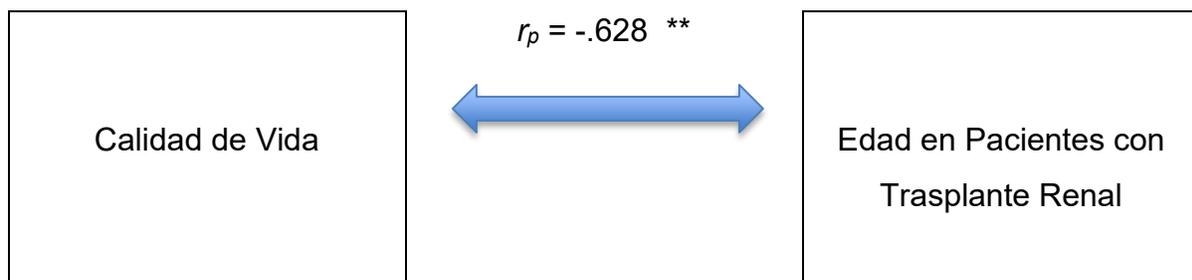
Existen diferencias estadísticas en la calidad de vida de acuerdo con el nivel académico de los sujetos de estudio ( $\chi^2=25.148$ ,  $g/5$ ,  $p=.000$ ). En la comparación de acuerdo al nivel académico se observa una significancia estadística entre técnico-bachillerato ( $p=.008$ ), técnico-secundaria ( $p=.002$ ) y posgrado-secundaria ( $p=.034$ ). GRÁFICA 13

**GRÁFICA 13. Calidad de Vida y Nivel Académico**



Existe una relación lineal entre Calidad de Vida y Edad en Pacientes con Trasplante Renal, estadísticamente significativa, moderada e inversamente proporcional ( $r_p = -.628$   $p=.000$ ). DIAGRAMA LIGADO 2

**DIAGRAMA LIGADO 2. Relación entre Calidad de Vida y Edad en Pacientes con Trasplante Renal\***

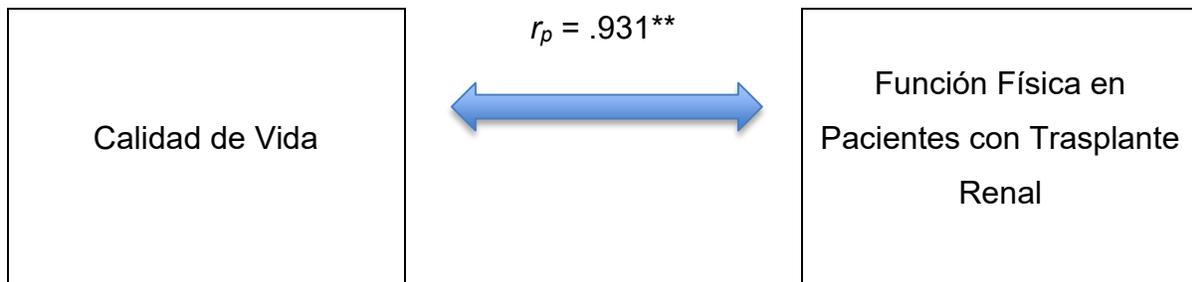


\*\* $p=.000$

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Existe una relación lineal entre Calidad de Vida y Función Física en Pacientes con Trasplante Renal, directamente proporcional, estadísticamente significativa, moderada ( $r_p = .931$   $p = .000$ ). DIAGRAMA LIGADO 3

**DIAGRAMA LIGADO 3. Relación entre Calidad de Vida y Función Física en Pacientes con Trasplante Renal\***

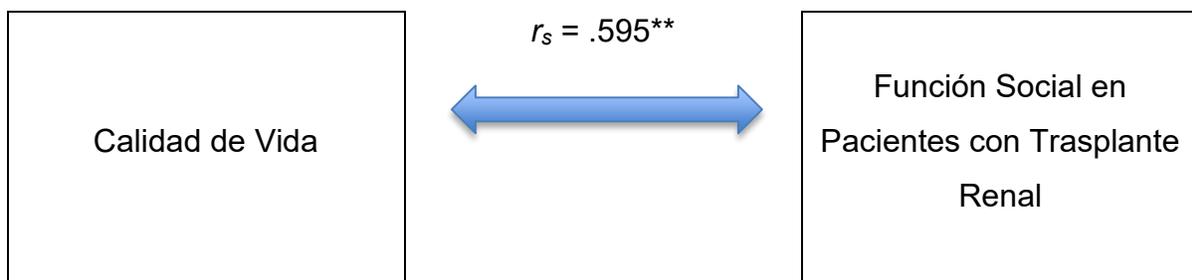


\*\* $p = .000$

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Existe una relación lineal entre Calidad de Vida y Función Social en Pacientes con Trasplante Renal, estadísticamente significativa, moderada y directamente proporcional ( $r_s = .595$   $p = .000$ ). DIAGRAMA LIGADO 4

**DIAGRAMA LIGADO 4. Relación entre Calidad de Vida y Función Social en Pacientes con Trasplante Renal\***

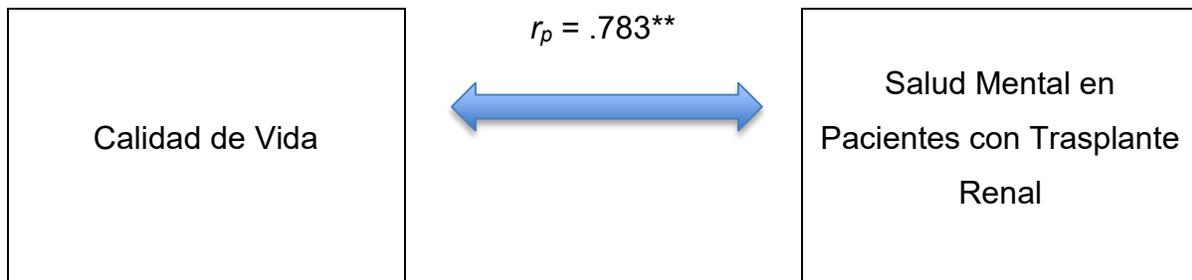


\*\* $p = .000$

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Existe una relación lineal entre Calidad de Vida y Salud Mental en Pacientes con Trasplante Renal, estadísticamente significativa, moderada y directamente proporcional ( $r_p = .783$   $p = .000$ ). DIAGRAMA LIGADO 5

**DIAGRAMA LIGADO 5. Relación entre Calidad de Vida y Salud Mental en Pacientes con Trasplante Renal\***

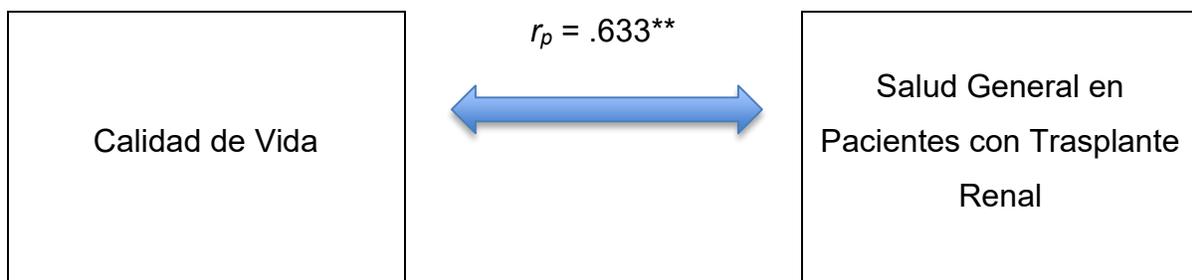


\*\* $p = .000$

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Existe una relación lineal entre Calidad de Vida y Salud General en Pacientes con Trasplante Renal, estadísticamente significativa, moderada y directamente proporcional ( $r_p = .633$   $p = .000$ ). DIAGRAMA LIGADO 6

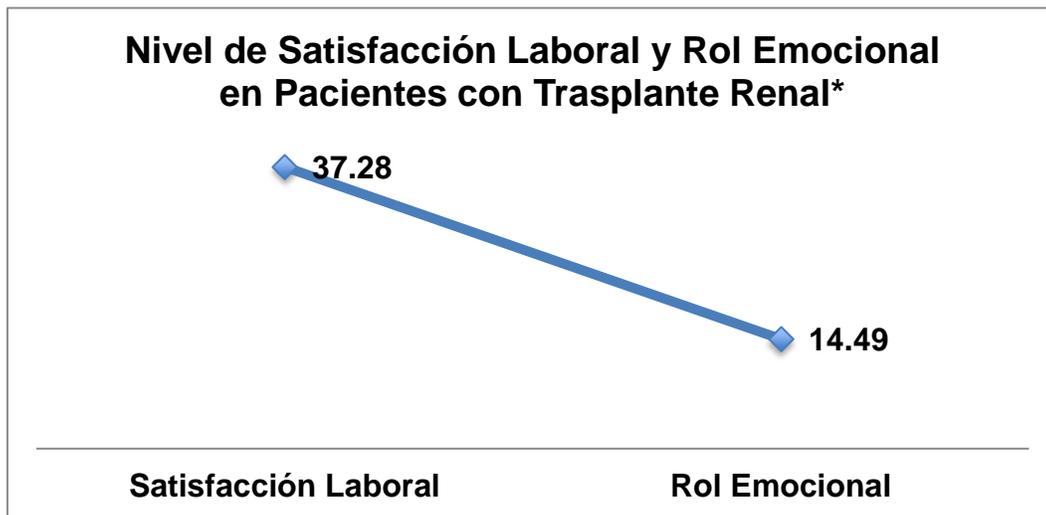
**DIAGRAMA LIGADO 6. Relación entre Calidad de Vida y Salud General en Pacientes con Trasplante Renal\***



\*\* $p = .000$

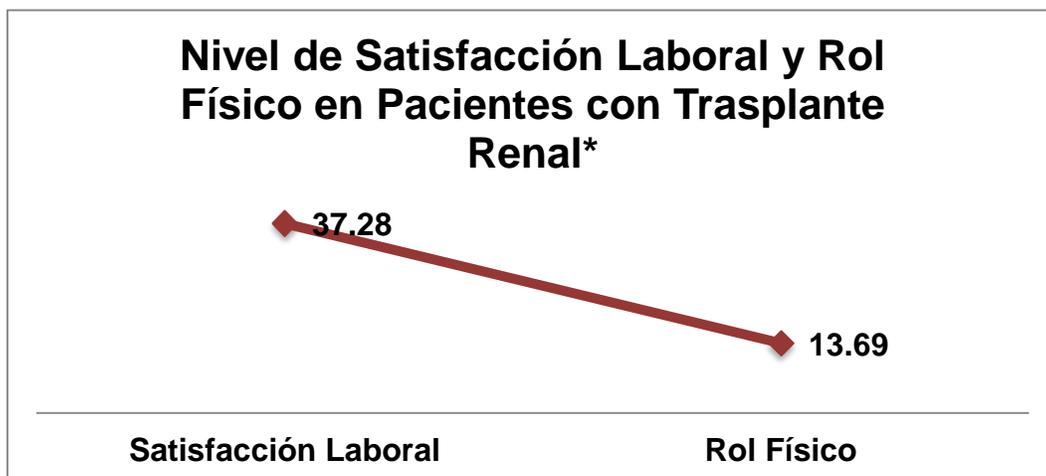
\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la satisfacción laboral y el rol emocional en pacientes con trasplante renal ( $t= 94.708$   $gl= 159$   $prob= .000$ ) lo que nos dice que la satisfacción laboral (37.28) es mayor en cuanto al rol emocional en pacientes con trasplante renal (14.49). GRÁFICA 13



\*  $t= 94.708$   $gl= 159$   $p= .000$

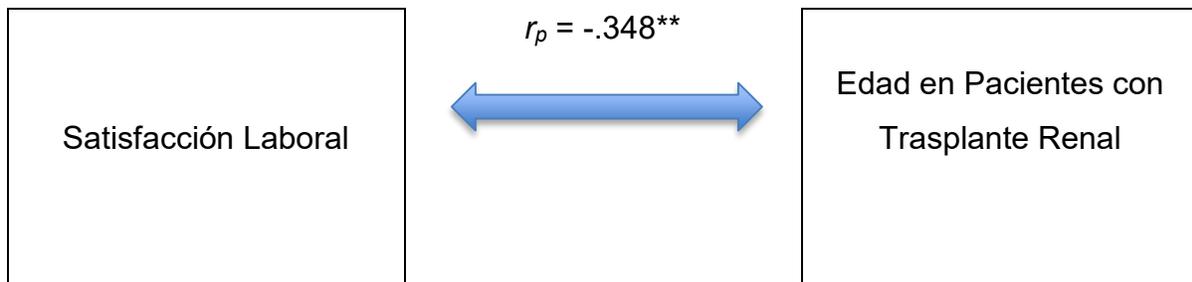
Existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a la satisfacción laboral y el rol físico en pacientes con trasplante renal ( $t= 138.981$   $gl= 159$   $prob= .000$ ) lo que nos dice que la satisfacción laboral (37.28) es mayor en cuanto al rol físico en pacientes con trasplante renal (13.69). GRÁFICA 14



\*  $t= 138.981$   $gl= 159$   $prob= .000$

Existe una relación lineal entre Satisfacción Laboral y Edad en Pacientes con Trasplante Renal, estadísticamente significativa, moderada e inversamente proporcional ( $r_p = -.348$   $p = .000$ ). DIAGRAMA LIGADO 7

**DIAGRAMA LIGADO 7. Relación entre Satisfacción Laboral y Edad en Pacientes con Trasplante Renal\***

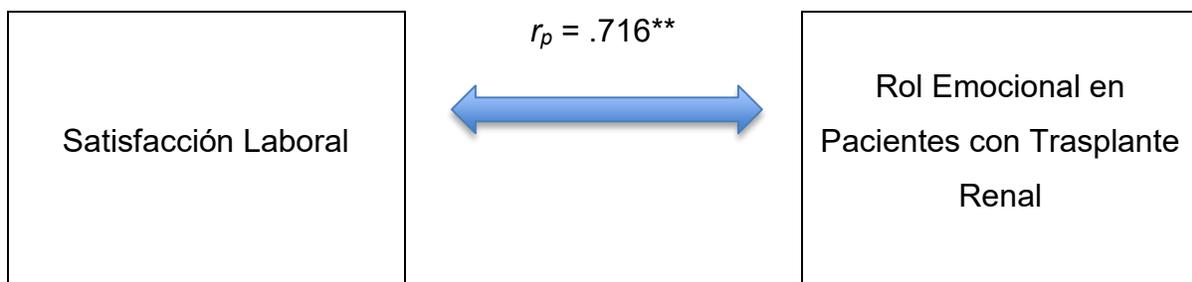


\*\* $p = .000$

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Existe una relación lineal entre Satisfacción Laboral y Rol Emocional en Pacientes con Trasplante Renal, estadísticamente significativa, moderada y directamente proporcional ( $r_p = .716$   $p = .000$ ). DIAGRAMA LIGADO 8

**DIAGRAMA LIGADO 8. Relación entre Satisfacción Laboral y Rol Emocional en Pacientes con Trasplante Renal\***

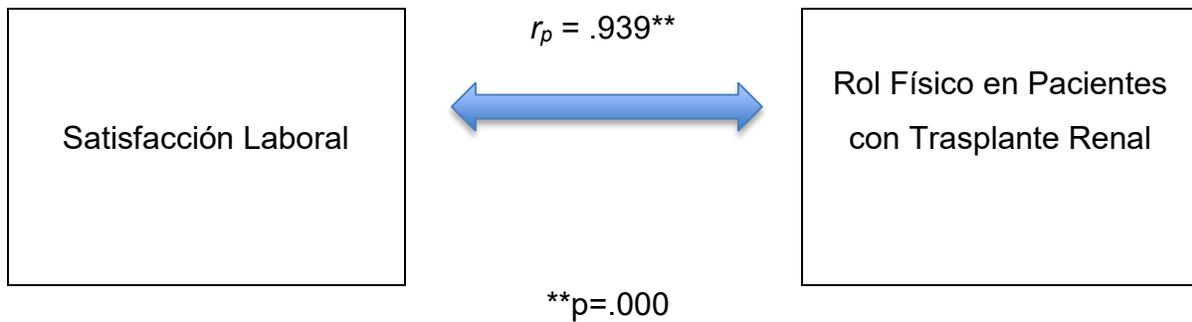


\*\* $p = .000$

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Existe una relación lineal entre Satisfacción Laboral y Rol Físico en Pacientes con Trasplante Renal, estadísticamente significativa, moderada y directamente proporcional ( $r_p = .939$   $p = .000$ ). DIAGRAMA LIGADO 9

**DIAGRAMA LIGADO 9. Relación entre Satisfacción Laboral y Rol Físico en Pacientes con Trasplante Renal\***



\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

## CAPÍTULO V

### DISCUSIÓN

En relación a los resultados encontrados se puede observar que el mayor porcentaje referente a edad en pacientes con trasplante renal corresponde al rango de 18-30 años con un 44%, seguido de 31-43 años con un 34%, lo que representa que la mayoría de la población de estudio se encuentra en edad laboral, como menciona Treviño<sup>9</sup> casi el 58% de la población con trasplante renal se encuentra entre los 21 a 40 años, lo que indica que estas personas se encuentran en edad laboral.

Un estudio realizado por Canche<sup>107</sup> muestra que los pacientes presentan una edad media de 40.8 años con un mínimo de cinco y un máximo de 70 (paciente este último que fue trasplantado hace cinco años), donde encontró que el 97.7% entre los 20 y 60 años, siendo la década entre los 40-50 la más numerosa. El 73.85% de esta población corresponde al sexo masculino y el 26.15% al femenino.

Se realizó un análisis de muestras independientes mediante una prueba ANOVA en la cual las medias de calidad de vida y rangos de edad reflejan que los pacientes con trasplante renal de 18-30 años tienen una media mayor a 75 lo que refiere una mayor percepción calidad de vida, posterior a este grupo 31-43 años con una media mayor a 72.5 y el rango de edad de 57-60 tiene una percepción menor en cuanto a la calidad de vida con una media menor a 62.5.

De acuerdo con Humar<sup>103</sup> los pacientes con trasplante renal con un rango de edad entre 30 a 49 años refieren una mejor calidad de vida que en pacientes con otros rangos de edad.

Julián<sup>109</sup> muestra que la mayoría de los pacientes con trasplante renal se encuentran en edad laboral (16 a 64 años), únicamente en su población de estudio un rango de edad de entre 23 a 64 se encuentra laborando, en donde el 40% son hombres y el 22.9% mujeres, refiere que resulta evidente que la ocupación laboral

es una variable fuertemente dependiente de la edad y el sexo del individuo.

Por otro lado, Acosta<sup>88</sup> encontró que los pacientes con trasplante renal en edad de transición entre adultez media y tardía (51 a 65 años) cuentan con una mayor reevaluación positiva sobre su calidad de vida, lo que indica que asumen la enfermedad como una experiencia de enriquecimiento personal permitiéndoles obtener una mayor satisfacción en su vida. Por lo que podríamos decir que de acuerdo a la etapa en la que se encuentre el paciente con trasplante renal será la forma en la cual percibe su calidad de vida y satisfacción laboral, así como de la experiencia sobre ella.

De acuerdo con lo anterior se reafirma lo encontrado, ya que existe una relación lineal entre calidad de vida y edad en pacientes con trasplante renal, estadísticamente significativa, moderada e inversamente proporcional ( $r_p = -.628$   $p = .000$ ), así como la relación lineal entre satisfacción laboral y edad en pacientes con trasplante renal, estadísticamente significativa, moderada e inversamente proporcional ( $r_p = -.348$   $p = .000$ ).

En relación al género de la población de estudio el 52% fueron hombres y el 48% mujeres, al buscar diferencias entre calidad de vida y género en pacientes con trasplante renal, se encontró significancia estadística, esta se detectó a través de una t de student ( $t = -2.22$   $gl = 158$   $prob = .028$ ) lo que indica que las mujeres perciben una mayor calidad de vida (4.62) que la expresada por los hombres (4.52), aún cuando se puede observar para ambos géneros satisfacción con respecto a la calidad de vida posterior al trasplante renal.

Según Jofré<sup>82</sup> esto se debe a la cualidad que tienen los pacientes de regresar a una vida normal, después de haber sido trasplantados, lo que les permite la reincorporación a actividades familiares, sociales, culturales, laborales, etc., las cuales no podían realizar por las complicaciones de la insuficiencia renal crónica, de igual forma tanto en hombres como en mujeres esto no solo se refleja en la calidad de vida sino también en el estado físico y algunos otros aspectos de la

vida diaria como lo menciona Fox.<sup>85</sup>

El 53.98% de los hombres presentan una valoración funcional en la que no refieren manifestaciones de enfermedad y tienen actividad física normal, frente al 35% del sexo femenino, donde existe la presencia de manifestaciones de enfermedad pero son capaces de realizar una actividad física normal, pero con esfuerzo, prácticamente el 77% de ambos sexos poseen una capacidad funcional normal, el porcentaje de pacientes que continúa trabajando es superior entre los que tienen un mayor nivel cultural y pueden acceder a puestos de trabajo cualificados e incluso a otros de nivel inferior.<sup>107</sup>

En cuanto a escolaridad de la población de estudio el 22% cuenta con estudios de secundaria, 29% de bachillerato y el 36% con licenciatura. Al realizar una análisis se encontró la existencia de diferencias estadísticas en la calidad de vida de acuerdo con el nivel académico de los sujetos de estudio ( $X^2=25.148$ ,  $g/5$ ,  $p=.000$ ). En la comparación de acuerdo al nivel académico se observa una significancia estadística entre técnico-bachillerato ( $p=.008$ ), técnico-secundaria ( $p=.002$ ) y posgrado-secundaria ( $p=.034$ ).

Según los resultados obtenidos por Canche<sup>107</sup> en relación al nivel educacional, la gran mayoría (79.73%) poseen estudios primarios, mientras que el resto están realizando o poseen un nivel educacional medio o superior, (7,84% estudios medios y el 12.41% estudios superiores). Una menor participación en el mundo laboral, se observa en aquellos trasplantados que poseen estudios medios.

Se realizó un análisis en la población de estudio sobre los años de trasplante renal, en la que se encontró que el 53% tiene dos años de trasplante renal y el 31% un año de ser trasplantado renal, lo cual puede llegar a influir en la percepción de la calidad de vida en comparación con los pacientes que llevan más años.

De acuerdo al tipo de donador de trasplante renal el 44% de la población de estudio ha recibido un trasplante renal de familiar consanguíneo (padre, madre,

hermano/a), 39% de los pacientes recibieron un trasplante renal de donador cadavérico, y únicamente el 5% corresponde a pacientes que han recibido una donación de trasplante renal de su conyugue.

Referente a la calidad de vida podemos observar que el 89% de la muestra equivalente a 160 pacientes refiere tener una excelente calidad de vida y el 11% refiere tener muy buena calidad de vida.

Al realizar el análisis general sobre las dimensiones podemos identificar como el 52% refiere tener una regular calidad de vida en relación a la función física y el 48% menciona tener una mala calidad de vida en relación a la función física, de igual forma se identificó la existencia de una relación lineal entre ambas en pacientes con trasplante renal, directamente proporcional, estadísticamente significativa, moderada ( $r_p = .931$   $p = .000$ ).

En cuanto a salud mental en relación con la calidad de vida el 86% es excelente y el 14% refiere ser muy buena, se identificó la existencia de relación lineal la variable principal y esta dimensión estadísticamente significativa, moderada y directamente proporcional ( $r_p = .783$   $p = .000$ ). Chien<sup>104</sup>, realizó un estudio en el cual comparó pacientes con trasplante renal mayores de 65 años frente a menores, encontrando que el beneficio en general de trasplantarse es similar en ambos grupos; sin embargo, la dimensión salud mental fue mayor en el grupo de los mayores de 65 años por otorgar mejoría en la calidad de vida para los años que no parecían prometedores hasta antes de ser trasplantados.

La dimensión función social únicamente contó con una pregunta y con distinta ponderación aún así se encontró que el 78% de la muestra refiere nunca haber tenido dificultades para realizar sus actividades sociales, el 16% mencionó que sólo algunas veces ha tenido dificultades para realizar sus actividades sociales y el 6% refirió que algunas veces ha tenido dificultad para realizar sus actividades sociales, de igual forma, existe una relación lineal entre la calidad de vida y

función social estadísticamente significativa, moderada y directamente proporcional ( $r_s = .595$   $p = .000$ ).

En cuanto a la dimensión salud general en relación a la calidad de vida podemos identificar la importancia del siguiente dato ya que el 100% de la muestra total refiere tener una mala salud general, esto llama la atención ya que existe una relación lineal entre calidad de vida y salud general en pacientes con trasplante renal, estadísticamente significativa, moderada y directamente proporcional ( $r_p = .633$   $p = .000$ ), lo cual en este caso lo encontrado difiere con lo propuesto por Ortega<sup>87</sup> ya que menciona que la mayoría de los estudios comprueban la mejoría estadísticamente significativa tras el trasplante respecto a la situación pretrasplante en aspectos físicos, mentales y sociales de la calidad de vida relacionada con la salud, en más de un 70% y en casi un 100% igual o superior en calidad de vida relacionada con salud global.

Un estudio realizado por Acosta<sup>88</sup> refiere que los pacientes trasplantados presentan una mejor calidad de vida de forma global, lo cual indica una mayor satisfacción con su salud física, psicológica, relaciones sociales, ambientales y en general con el equilibrio que presentan en los aspectos tanto objetivos como subjetivos de su calidad de vida.

La calidad de vida en los pacientes con trasplante renal 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 integración con su núcleo familiar y social, así como un nivel de independencia al volver a sus actividades cotidianas como lo es la vida laboral.

En relación a la Teoría de Maslow, con esto de igual forma se fortifican y se ven cubiertas cada una de las cinco necesidades, como la fisiológica ya que al recibir una remuneración económica por su desempeño laboral le es posible la adquisición tanto de bienes como de insumos, alimentos, vestido, etc., lo cual

favorece a una sustentabilidad, liquidez y seguridad económica; en cuanto a las necesidades de seguridad y social se ven cubiertas ya que el hecho de incorporarse a una actividad, en este caso el trabajo, le permite al paciente con trasplante renal la oportunidad de verse inmerso en un núcleo social, no hay que olvidar que somos entes sociales los cuales necesitamos de una constante convivencia así como la necesidad de pertenecer a un grupo el ser aceptados socialmente, así como el reconocimiento.

Con lo anterior también se fortalece la necesidad del yo y la autorrealización, ya que el paciente es capaz de llevar a cabo sus actividades cotidianas y nuevamente se sumerge al mundo de lo laboral, dándole una mayor autoestima, confianza, dando la posibilidad de forjarse nuevas metas y objetivos en todas sus esferas lo cual favorece tanto a la rehabilitación, el empoderamiento a nivel individual ya que existe un control de la persona y competencia, este cuenta con un referente contextual, ya que las personas pueden experimentarlo en relación a algún ámbito de la vida, también brinda sentido de pertenencia ya que se sienten personas funcionales, independientes y competitivas, lo cual trae de la mano una elevación en la autoestima reflejada en su calidad de vida ya que continúan desarrollándose laboralmente en sus funciones.

Con respecto a lo anterior Toro<sup>74</sup> indica que la teoría de Maslow tiene aportes de interés, principalmente el hecho de que existen en los seres humanos ciertas condiciones internas que tienen la potencialidad de orientar y activar su comportamiento en ciertas direcciones y con cierto grado de intensidad.

De acuerdo a satisfacción laboral general la mediana fue de 5 con  $\pm .512$  donde el 85% de la muestra refiere estar muy satisfecho, el 10% bastante satisfecho y el 5% normalmente satisfecho. Al realizar el análisis general sobre las dimensiones podemos identificar como el 82% refiere estar poco satisfecho en relación al rol emocional y el 18% nada satisfecho en relación a la satisfacción laboral y rol emocional posterior al trasplante renal, con base en lo anterior, se encontró la

existencia de una relación lineal entre satisfacción laboral y rol emocional en pacientes con trasplante renal, estadísticamente significativa, moderada y directamente proporcional ( $r_p = .716$   $p = .000$ ).

De acuerdo a la dimensión rol físico el 62% menciona estar poco satisfecho y el 38% nada satisfecho con su rol físico en relación a su satisfacción laboral, de igual forma, existe una relación lineal entre esta variable y rol físico en pacientes con trasplante renal, estadísticamente significativa, moderada y directamente proporcional ( $r_p = .939$   $p = .000$ ).

De acuerdo a calidad de vida y satisfacción laboral en pacientes con trasplante renal podemos observar que un 89% de los pacientes refiere estar muy satisfecho en cuanto a su satisfacción laboral con el 85%; el 11% de los pacientes con trasplante renal menciona estar bastante satisfecho con su trabajo reflejado en un 10%, únicamente el 5% menciona estar normalmente satisfecho con su satisfacción laboral en cuanto a su calidad de vida, por lo que se comprueba la existencia de una relación lineal entre Satisfacción Laboral y Calidad de Vida en Pacientes con Trasplante Renal, directamente proporcional de fuerza moderada ( $r_p = .649$   $p = .000$ ).

Valdés<sup>36</sup> y García<sup>37</sup> refieren que tras el trasplante renal disminuyen los síntomas relacionados con la enfermedad, el grado de incapacidad para trabajar, la ansiedad, la irritabilidad y la labilidad afectiva, los pacientes refieren sentirse más felices y con un mayor funcionamiento social y laboral, de igual forma además de contar con una mejora en su calidad de vida expresan una mejoría física, psicoemocional, social y ocupacional-laboral, ya que presentan mayor bienestar subjetivo y grado de rehabilitación, así como una disminución de alteraciones psiquiátricas.

La satisfacción laboral de un paciente con trasplante renal se refleja en la actitud general del trabajador frente a las percepciones que tiene sobre su trabajo, basadas en creencias, valores, interacción social y laboral, motivación para

trabajar referente a disposiciones de conducta y sentimientos afectivos frente al trabajo y a las consecuencias posibles que se derivan de él, frente a las distintas facetas de su trabajo.

## CONCLUSIÓN

Los pacientes con trasplante renal tienen un impacto significativo en muchos aspectos de su vida, como en el trabajo, relaciones interpersonales, funcionamiento social, bienestar físico y emocional, ya que se puede llegar a ver afectada la calidad de vida del paciente, debido a la existencia de factores estresantes con los que se tendrán que enfrentar, una de ellas puede ser una barrera personal en la cual el empoderamiento laboral se puede ver alterado, dado que hace alusión al sentido de control y dominio que tienen los individuos en relación al contexto laboral. Es importante recordar que este es el proceso a través del cual un individuo en este caso, adquiere recursos y control para asumir actividades o implicarse en conductas que previamente trascendían en sus habilidades.

Se comprueba la hipótesis de investigación, ya que la calidad de vida y satisfacción laboral en pacientes con trasplante renal el 89% de los pacientes refiere estar muy satisfecho en cuanto a su satisfacción laboral con el 85%; el 11% de los pacientes con trasplante renal menciona estar bastante satisfecho con su trabajo reflejado en un 10%, únicamente el 5% menciona estar normalmente satisfecho con su satisfacción laboral en cuanto a su calidad de vida, con lo anterior se comprueba la existencia de una relación lineal entre satisfacción laboral y calidad de vida en pacientes con trasplante renal, directamente proporcional de fuerza moderada ( $r_p = .649$   $p=.000$ ).

La situación laboral del paciente con trasplante renal constituye un importante parámetro de rehabilitación, ya que esta conlleva a que la persona disfrute de una mayor estabilidad económica y de un mejor estado emocional, al recuperar en muchos casos la autoestima y las capacidades que en un principio pierde; el desarrollo de actividades cotidianas les permite obtener un mayor distanciamiento de las implicaciones del tratamiento y de la enfermedad, favoreciendo a la mejora de la percepción que tienen sobre la enfermedad, trayendo consigo un equilibrio

emocional y un fortalecimiento espiritual que les permite tomar decisiones y la mejora de su autoimagen.

El hecho de que el paciente con trasplante renal refiera contar con una excelente y muy buena calidad de vida, no quiere decir que este completamente curado, ya que existe la posibilidad de realizar un rechazo de injerto, por lo tanto debe de responsabilizarse tanto de los cuidados como de su persona así como estar consciente que sigue estando enfermo pero se encuentra controlado, debido a ello perciben la salud general como mala, ya que esta puede llegar a ser fluctuante.

La inserción al mundo laboran en pacientes con trasplante renal favorece tanto a la rehabilitación, como al empoderamiento individual, es importante recordar que este ayuda al diseño de estrategias de afrontamiento y a la toma de decisiones concretas en relación a alguna situación determinada, por ello es importante e indispensable la fortificación de la misma, una opción para ello es que el paciente con trasplante renal cuente con redes de apoyo como los son la pertenencia y convivencia a grupos de compañeros y amigos tanto en el trabajo como fuera de éste, familiares que lo motiven a seguir adelante, a forjarse nuevas metas y objetivos, lo cual favorecerá y fortificará el sentido de pertenencia al verse inmersos en el mundo de la competitividad, al sentirse nuevamente personas productivas e independientes, lo cual no sólo favorece su economía sino a elevar su autoestima y por ende a mejorar su calidad de vida.

## CAPÍTULO VI

### BIBLIOGRAFÍA

1. Alarcón C, Aguilar O, Jiménez A, Manrique C. Calidad de vida en pacientes con Trasplante renal medida a través de índice de Karnofsky en un hospital general. *Revista Medicina crítica y terapia intensiva*. 2002; 119-123.
2. Alarcón, A. La personalidad del paciente y el apoyo psicosocial. En A. Alarcón (Ed.), *Aspectos psicosociales del paciente renal* (pp. 31-46). Bogotá: Clínica Marly. (2004).
3. Alonso J, Cols. Versión española de SF-12v2TM. *Health Survey* ©.1992,2002.
4. Alsina AE. Liver transplantation for hepatocellular carcinoma. *Cáncer Control* 2010;17(2):83-6. Review.
5. Álvarez, F., Fernández, M., Vázquez, A., Mon, C., Sánchez, R., & Rebollo, P. Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología*, 21, 191-199. (2001).
6. Anderson. J. & Levine, J. Identificación y Prevención de Problemas Psicosociales en el Enfermo Renal. En D. Levine, *Manual de Cuidados del Paciente Renal*. Madrid: Emalsa. (1985).
7. Annual Report 2005 European Renal Association .European Renal Association, 2005. [http:// www.era-edta-reg. org/index.jsp?p=annrep](http://www.era-edta-reg.org/index.jsp?p=annrep).
8. Aranzabal J, Lavari R, Magaz A. Calidad de vida de los trasplantados de órganos. 1992.
9. Aranzabal J, Magaz A, Olaizela P. El proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos. Curso de posgrado. Servicio vasco de salud. Org De Trasplante; 2003.
10. Badia, X. & Lizán, L. Estudios de calidad de vida. En A. Martín & j. Cano (Eds.), *Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica* (pp. 250-261). Madrid: Elsevier. (2003).

11. Badia, X. & Lizán, L. Estudios de calidad de vida. En A. Martín & j. Cano (Eds.), Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica (pp. 250-261). Madrid: Elsevier. (2003).
12. Cidoncha, M., Estévez, I., Marín, j., Anduela, M., Subyaga, G., & Díez de Baldeón, S. Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. Comunicaciones presentadas al XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. (2003).
13. Cirera F, Reina M, Martín JL. Utilidad de la calidad de vida como herramienta de enfermería para la valoración de los pacientes con insuficiencia renal crónica. Available at:
14. Durán Muñoz MI. Percepción de la calidad de vida referida por el paciente adulto con trasplante renal. *Enferm Nefrol* vol.17 no.1 Madrid ene.-mar. 2014
15. Evans, R., Manninen, D. y Garrison, L. The quality of life of patients with end-stage renal disease. *New England Journal of Medicine* (1995), 312, 553-559.
16. Fernández, S., Martín, A., Barbas, M., González, M., Alonso, M., & Ortega, M. Accesos vasculares y calidad de vida en la enfermedad crónica renal terminal. *Nefrología*, 57, 185-198. (2005).
17. Fox, A. y Kutner, N. Assessing end-stage disease patient's functioning and well-being: Measurement approaches and implication for clinical practice. *American journal of Kidney Disease* (1991), 24, 321-333.
18. Gill T, Feinstein A. A critical appraisal of the quality of life measurements. *JAMA* 1994;272:619-625.
19. Gómez-Vela M. & Sabeth, E. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. (2002). <http://inico.usal.es/publicaciones/pdf/calidad.pdf>
20. Guyatt GH, Cook DJ. Health status, quality of life, and the individual. *JAMA* 1994;272:630-631.
21. Guyatt GH, Fenny HD, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med* 1993;118:622-629.

22. Hamilton DN, Reid WA. Yu. Yu. Voronoy and the first human kidney allograft. *Surg Gynecol Obstet* 159:289-94, 1984; Maganto-Pavón E. Historia del trasplante renal. En: González-Martín M, García-Buitrón JM (eds). *Trasplante renal*. Madrid: Aula Médica Ediciones, 2000; pp. 1-14.  
<http://donación.organos.va.es/info-sanitaria/proceso/calidad.htm>  
[http://www.revistaseden.org/files/1756\\_18.pdf](http://www.revistaseden.org/files/1756_18.pdf).
23. Junyent E, Pujolar N. Calidad de vida en el paciente trasplantado. *Revista Biseden* 1º trimestre. 1992. 17-23.
24. Kimmel, P. Aspects of quality of life in hemodialysis patients. *Journal of American Society of Nephrology*(2000), 6, 1418-1426
25. Kimmel, P. Psychosocial Factors in Dialysis Patients. *Kidney International* (2001), 59, 1599-1613.
26. Klarenbach S, Barnieh L, Gill J. Is living kidney donation the answer to the economic problema of endstage renal disease? *Semin nephrol* 2009 Sep; 29 (5): 533-8. Review.
27. Magaz A. Estimación subjetiva de la calidad de vida. Integración con parámetros biológicos. *Rev Nef.* 2004;45:453-7.
28. Mingardi G, Apolone G. [Health related quality of life (HRQoL) assessment in uremic patients: A qualitative review of concepts, methods, available instruments and results]. *G Ital Nefrol.* 2005;22(5):477-89.
29. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, clasification and stratification. *Am J Kidney Dis* 2002;39(2 Suppl 1):S1-266.
30. Nissenson, A. y Port, F. *Epotin therapy and quality of life*. Ontario: Grant Amgen, Inc. (1991).
31. Oliva A, Vivó M<sup>a</sup>J. Percepción de la calidad de vida en el paciente trasplantado. En: Libro de comunicaciones del XXIV Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Barcelona: HOSPAL; 1999.

32. Pérez, M., Rodríguez, A. y Galán, A. Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *International Journal of Clinical and Health Psychology* (2005), 5(1),99-114.
33. Rebollo P, González MP, Bobes J, Saiz P, Ortega F. Interpretation of health-related quality of life of patients on replacement therapy in end-stage renal disease. *Nefrologia* 2000;20:431-9.
34. Rodríguez Martín MC, Conejos Alegre C, Fuenmayor Díaz A, Mirada Ariet C, Sanz Izquierdo E, Torruella Barraquer C, Vela Ballester A. Calidad de vida y trasplante renal en mayores de 65 años. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2009; ene-mar; 12(1).
35. Rodríguez Martín MC, Conejos Alegre C, Fuenmayor Díaz A, Mirada Ariet C, Sanz Izquierdo E, Torruella Barraquer C, Vela Ballester A. Calidad de vida y trasplante renal en mayores de 65 años. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2009; ene-mar; 12(1).
36. Szeifert L, Molnar Mz, Ambrus C, Koczy AB, Kovacs Az, Vamos EP, Keszei A, Mucsi I, novak M. Symptoms of depression in kidney transplant recipient: a cross-sectional study. *Am J Kidney Dis* 2010 Jan; 55 (1): 132-40.
37. Treviño-Becerra A. Insuficiencia renal crónica: enfermedad emergente, catastrófica y por ello primaria. *Cir Cir* 2004;72:3-4.
38. Valdés, C. y Ortega, F. Avances en la calidad de vida relacionada con salud y trasplante renal. *Nefrología* (2006)., 26(2), 157-162.
39. Vinaccia, S. y Orozco, M. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas. Perspectivas en Psicología*, 11(2), (2005). 125-137.
40. World Health Organization. Quality of life assessment. An annotated bibliography. WHO; 1994 (MNH/PSF/94.1).

## ANEXOS

### 6.1.1. Instrumento

Folio: \_\_\_\_\_

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA



### **CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN LABORAL EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL**

#### OBJETIVOS

- Evaluar la calidad de vida de los pacientes con trasplante renal
- Determinar la satisfacción laboral de este grupo de pacientes

Este cuestionario tiene como fin medir la calidad de vida y su relación con lo laboral en pacientes con trasplante renal, el uso de este es únicamente con fines académicos y de investigación, por lo cuál sus respuestas serán confidenciales.

#### Instrucciones:

Las siguientes preguntas se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales después de haber sido sometido al trasplante.

Emplee lápiz o bolígrafo para contestar el cuestionario. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

#### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Edad: \_\_\_\_\_ Género: Masc.(  ) Fem.(  )

#### Escolaridad:

1. Analfabeta (  )    2. Primaria (  )    3. Secundaria (  )  
4. Bachillerato (  )    5. Técnico (  )    6. Licenciatura (  ) 7. Posgrado (  )

Año de trasplante renal: \_\_\_\_\_

#### Tipo de donador:

1. Padre (  )    2. Madre (  )    3. Amigo (  )    4. Hermano/a (  )    5. Tío/a (  )  
6. Cadáver (  )    7. Cónyuge (  )    8. Otro (  )

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A SU CALIDAD DE VIDA.

Marque una opción que corresponda a como se percibe después del trasplante renal.

1. En general, usted diría que su calidad de vida es:
  - a. Excelente 5
  - b. Muy buena
  - c. Buena Máximo=5
  - d. Regular Mínimo=1
  - e. Mala 1
  
2. ¿Cómo calificaría su calidad de vida actual, comparada previo al trasplante renal?
  - a. Excelente 5
  - b. Muy buena
  - c. Buena Máximo=5
  - d. Regular Mínimo=1
  - e. Mala 1

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted puede hacer en un día normal que influyen en su calidad de vida.

3. Su salud actual, ¿le permite realizar actividades o esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, barrer o caminar por más de una hora? Si es así, ¿cuánto?  
(Marque una opción en cada línea)
  - a. Me limita siempre 1 Mínimo=1
  - b. Me limita casi siempre
  - c. Me limita algunas veces
  - d. Me limita sólo algunas veces
  - e. No me limita 5 Máximo=5
  
4. Su salud actual, ¿le permite subir varios pisos por la escalera? Si es así, ¿cuánto?
  - a. Me limita siempre 1 Mínimo=1
  - b. Me limita casi siempre
  - c. Me limita algunas veces
  - d. Me limita sólo algunas veces
  - e. No me limita 5 Máximo=5
  
5. ¿Con qué frecuencia se han afectado sus actividades cotidianas después del trasplante renal, a causa de su salud física?
  - A. ¿Hizo todo lo que quería hacer?
    - a. Siempre 5 Máximo=5
    - b. Casi siempre
    - c. Algunas veces

- d. Sólo algunas veces
- e. Nunca 1 Mínimo=1

B. ¿Tuvo que dejar de hacer actividades cotidianas?

- a. Siempre 1 Mínimo = 1
- b. Casi siempre
- c. Algunas veces
- d. Sólo algunas veces
- e. Nunca 5 Máximo=5

6. ¿Hizo sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre?

- a. Siempre 1 Mínimo=1
- b. Casi siempre
- c. Algunas veces
- d. Sólo algunas veces
- e. Nunca 5 Máximo=5

7. ¿Al realizar sus actividades cotidianas con que frecuencia ha tenido mucha energía?

- a. Siempre 5 Máximo= 5
- b. Casi siempre
- c. Algunas veces
- d. Sólo algunas veces
- e. Nunca 1 Mínimo=1

La siguiente pregunta se enfoca a la vida social habitual que influye en su calidad de vida.

8. ¿Con qué frecuencia su salud física le ha dificultado realizar sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- a. Siempre 1 Mínimo= 1
- b. Casi siempre
- c. Algunas veces
- d. Sólo algunas veces
- e. Nunca 5 Máximo=5

Las siguientes preguntas se refieren a cuestiones emocionales que influyen en su calidad de vida.

9. ¿Con qué frecuencia se ha visto afectada su calidad de vida en actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso) posterior al trasplante renal?

- a. Siempre 1 Mínimo=1
- b. Casi siempre
- c. Algunas veces
- d. Sólo algunas veces

e. Nunca 5 Máximo=5

10. ¿Con qué frecuencia se ha sentido calmado y tranquilo posterior al trasplante renal?

a. Siempre 5 Máximo=5

b. Casi siempre

c. Algunas veces

d. Sólo algunas veces

e. Nunca 1 Mínimo=1

11. ¿Con qué frecuencia se ha sentido desanimado y deprimido posterior al trasplante renal?

a. Siempre 1 Mínimo= 1

b. Casi siempre

c. Algunas veces

d. Sólo algunas veces

e. Nunca 5 Máximo=5

Las siguientes preguntas se refieren a su salud en general que influyen en su calidad de vida.

¿Cómo le parece cada una de las siguientes afirmaciones?(Marque una opción en cada línea)

12. Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas

a. Totalmente cierto 1 Mínimo=1

b. Bastante cierto

c. Algunas veces

d. Bastante falso

e. Totalmente falso 5 Máximo=5

13. Estoy tan sano/a como cualquiera

a. Totalmente cierto 5 Máximo=1

b. Bastante cierto

c. Algunas veces

d. Bastante falso

e. Totalmente falso 1 Mínimo=1

14. Creo que mi salud va a empeorar

a. Totalmente cierto 1 Mínimo=1

b. Bastante cierto

c. Algunas veces

d. Bastante falso

e. Totalmente falso 5 Máximo=5

15. Mi salud es excelente
- |                      |   |          |
|----------------------|---|----------|
| a. Totalmente cierto | 5 | Máximo=5 |
| b. Bastante cierto   |   |          |
| c. Algunas veces     |   |          |
| d. Bastante falso    |   |          |
| e. Totalmente falso  | 1 | Mínimo=1 |

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A SU SATISFACCIÓN LABORAL.

Las siguientes preguntas se refieren a satisfacción laboral que influyen en su calidad de vida.

16. ¿Cuán satisfecho está con su desempeño en el trabajo?

- |                           |   |           |
|---------------------------|---|-----------|
| a. Nada satisfecho        | 1 |           |
| b. Poco satisfecho        |   | Máximo= 5 |
| c. Normalmente satisfecho |   | Mínimo= 1 |
| d. Bastante satisfecho    |   |           |
| e. Muy satisfecho         | 5 |           |

17. ¿Se siente satisfecho con las actividades que realiza en su trabajo, después del trasplante renal?

- |                           |   |           |
|---------------------------|---|-----------|
| a. Nada satisfecho        | 1 |           |
| b. Poco satisfecho        |   | Máximo= 5 |
| c. Normalmente satisfecho |   | Mínimo= 1 |
| d. Bastante satisfecho    |   |           |
| e. Muy satisfecho         | 5 |           |

Las siguientes preguntas se refieren a al rol emocional sobre su satisfacción laboral que influyen en su calidad de vida.

18. ¿A menudo actúa irritable hacia sus compañeros de trabajo, por ejemplo, los presiona, da respuestas cortantes, critica fácilmente?

- |                  |   |           |
|------------------|---|-----------|
| a. Siempre       | 1 |           |
| b. Casi siempre  |   | Máximo= 5 |
| c. Algunas veces |   | Mínimo= 1 |
| d. Casi nunca    |   |           |
| e. Nunca         | 5 |           |

19. ¿Ha reducido el tiempo dedicado al trabajo, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- |                  |   |          |
|------------------|---|----------|
| a. Siempre       | 1 | Mínimo=1 |
| b. Casi siempre  |   |          |
| c. Algunas veces |   |          |

- d. Casi nunca
- e. Nunca                      5    Máximo=5

20. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, en su trabajo, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- a. Siempre                      1    Mínimo=1
- b. Casi siempre
- c. Algunas veces
- d. Casi nunca
- e. Nunca                        5    Máximo=5

Las siguientes preguntas se refieren a su satisfacción laboral y como el rol físico influye en su calidad de vida.

21. ¿Ha tenido que reducir el tiempo dedicado al trabajo, a causa de su salud física?

- a. Siempre                      1    Mínimo=1
- b. Casi siempre
- c. Algunas veces
- d. Casi nunca
- e. Nunca                        5    Máximo=5

22. ¿Ha tenido que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo a causa de su salud física?

- a. Siempre                      1    Mínimo=1
- b. Casi siempre
- c. Algunas veces
- d. Casi nunca
- e. Nunca                        5    Máximo=5

23. ¿Ha tenido dificultad para hacer su trabajo (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- a. Siempre                      1    Mínimo=1
- b. Casi siempre
- c. Algunas veces
- d. Casi nunca
- e. Nunca                        5    Máximo=5

**GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN**

Cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud SF-36 SF-12V2 aplicado a pacientes con trasplante renal.