

## Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

**BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA**  
UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
Chía - Cundinamarca

**PERSPECTIVA ESPIRITUAL Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA  
SALUD EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL**

**ANDREA DEL PILAR BOTELLO REYES**



**UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN  
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA  
CHIA  
2013**

**PERSPECTIVA ESPIRITUAL Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA  
SALUD EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL**

**ANDREA DEL PILAR BOTELLO REYES**

**Tesis de grado presentado como requisito parcial para optar al título de  
Maestría en Enfermería**

**Asesoras  
VIVIAN JIMENEZ OCAMPO  
BEATRIZ PÉREZ GIRALDO**



**UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN  
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA  
CHIA  
2013**

**Nota de aceptación**

---

---

---

---

---

---

---

Firma Presidente del jurado

---

Firma Jurado

---

Firma Jurado

Bogotá D. C., Junio 21 de 2013.

## DEDICATORIA

A mi padre celestial, quien me dio una nueva esperanza y propósito e hizo realidad los deseos de mi corazón, a Él sea la Gloria y la Honra por siempre.

A mamá y a mi papá, siempre esforzados, íntegros, valientes y luchadores quienes formaron en mi ese mismo espíritu.

A mis sobrinitos Diego, María José, Isabela, Juan Andrés y Juan José porque este logro alcanzado les permita entender en cualquier momento de sus vidas que no hay nada imposible para Dios.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dayana Navarro, por enseñarme de Dios, por su amistad sincera, su apoyo incondicional en los momentos difíciles y por ser luz de Dios para mi vida.

Al profesor Humberto Mayorga un gran ser humano quien compartió conmigo su conocimiento, experiencia y tiempo, además de que fui bendecida por su valiosa amistad.

A las profesoras Vivian Ocampo y Beatriz Pérez por su tiempo, orientación y guía, al impulsarme para continuar en la realización de este estudio.

Al Doctor Andres Eloy Galvis, mi jefe, mi amigo, por su comprensión, ánimo y apoyo durante este tiempo y por cubrirme en mi trabajo cuantas veces lo necesite para llevar a cabo este proyecto.

A la Doctora Paola Hurtado de Fresenius Medical Care, por su amistad y su colaboración en la realización de este estudio.

A los pacientes de la Unidad Renal Fresenius Medical Care porque son personas maravillosas y sus experiencias me enseñaron a valorar la vida y reafirmar el verdadero sentido de esta.

## CONTENIDO

|   | pág. |
|---|------|
| INTRODUCCIÓN                                  | 15   |
| 1. MARCO DE REFERENCIA                        | 16   |
| 1.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA         | 16   |
| 1.2 JUSTIFICACION                             | 20   |
| 1.3 OBJETIVOS                                 | 23   |
| 1.3.1 Objetivo general                        | 23   |
| 1.3.2 Objetivos específicos                   | 23   |
| 1.4 DEFINICION DE CONCEPTOS                   | 23   |
| 2. MARCO TEÓRICO                              | 26   |
| 3. MARCO DEL DISEÑO                           | 38   |
| 3.1 TIPO DE ESTUDIO                           | 38   |
| 3.2 POBLACIÓN                                 | 38   |
| 3.3 MUESTRA                                   | 39   |
| 3.4 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS DE TRABAJO    | 41   |
| 3.5 FORMULACIÓN DE VARIABLES                  | 41   |
| 3.6 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS | 42   |
| 3.7 MARCO DE ANÁLISIS                         | 44   |
| 3.8 ASPECTOS ÉTICOS                           | 45   |
| 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS         | 47   |

|                    |    |
|--------------------|----|
| 5. DISCUSIÓN       | 59 |
| 6. CONCLUSIONES    | 63 |
| 7. RECOMENDACIONES | 66 |
| BIBLIOGRAFÍA       | 67 |
| ANEXOS             | 77 |



## LISTA DE CUADROS

|   | <b>pág.</b> |
|---|-------------|
| Cuadro 1. Variables sociodemográficas   | 41          |
| Cuadro 2. Distribución porcentual de pacientes de acuerdo al rango de edad  | 47          |
| Cuadro 3. Distribución del número de pacientes según su ocupación   | 48          |
| Cuadro 4. Distribución porcentual de pacientes según la religión que profesan   | 49          |
| Cuadro 5. Compiladora de los resultados del análisis de correlación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la edad | 54          |
| Cuadro 6. Compiladora de los resultados del análisis de correlación en el total de pacientes                                    | 56          |
| Cuadro 7. Compiladora de los resultados del análisis de correlación en el grupo de pacientes en hemodiálisis                    | 57          |
| Cuadro 8. Compiladora de los resultados del análisis de correlación en el grupo de pacientes en diálisis peritoneal             | 57          |

## LISTA DE GRÁFICAS

|  | <b>pág.</b> |
|--|-------------|
| Gráfica 1. Distribución porcentual de pacientes según el nivel económico | 48          |

## LISTA DE FIGURAS

|   | <b>pág.</b> |
|---|-------------|
| Figura 1. Resumen estadístico básico del nivel de perspectiva espiritual                                  | 51          |
| Figura 2. Resumen estadístico básico del nivel de perspectiva espiritual y el género                      | 52          |
| Figura 3. Resumen estadístico básico del nivel de calidad de vida relacionada con la salud                | 53          |
| Figura 4. Resumen estadístico básico del nivel de calidad de vida relacionada con la salud y estado civil | 55          |

## LISTA DE ANEXOS

|  | <b>pág.</b> |
|--|-------------|
| Anexo A. Consentimiento informado                                    | 78          |
| Anexo B. Permiso de la Dra. Pamela Reed                              | 80          |
| Anexo C. Licencia para la utilización del instrumento SF-36          | 81          |
| Anexo D. Perspectiva espiritual                                      | 82          |
| Anexo E. Variables sociodemográfica de género y variables de interés | 83          |
| Anexo F. Calidad de vida relacionada con la salud                    | 84          |
| Anexo G. Estado civil y variables de interés                         | 84          |

## RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la perspectiva espiritual y la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con enfermedad renal de una unidad renal de Cúcuta, Colombia. Método: estudio cuantitativo, comparativo, correlacional de corte transversal, muestra: 100 pacientes, muestreo aleatorio simple, se aplicó la escala de perspectiva espiritual de Reed y el SF\_36 Calidad de vida relacionada con la salud. Resultados y conclusiones: Se encontró una correlación entre la perspectiva espiritual y la calidad de vida relacionada con la salud, pero esta relación fue débil. La perspectiva espiritual y la calidad de vida fue mayor en los pacientes en diálisis peritoneal que en los de hemodiálisis. La perspectiva espiritual fue mayor en las mujeres que en los hombres. La calidad de vida relacionada con la salud disminuía con la edad y fue mayor en los pacientes con estado civil sin pareja.

Palabras clave: Espiritualidad, calidad de vida, diálisis renal, enfermería. Fuente (DECS BIREME).

## ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between spiritual perspective and quality of life related to health in patients with kidney disease in a renal unit in Cucuta, Colombia. Method: a quantitative study, comparative, correlational cross-sectional sample: 100 patients, simple random sampling was applied spiritual perspective scale of Reed and SF\_36 Quality of life related to health. Results: We found a correlation between spiritual perspective and quality of life related to health, but this relationship was weak. The spiritual perspective and quality of life was higher in peritoneal dialysis patients than in hemodialysis. The spiritual perspective was higher in women than in men. The quality of life related to health decreased with age and was higher in patients with no partner status.

Keywords: Spirituality, quality of life, renal dialysis, nursing. Source: DECS BIREME).

## INTRODUCCIÓN

Reconocer la espiritualidad y la calidad de vida de los seres humanos es un reto para la enfermería moderna, porque implica el avance de la visión filosófica de la enfermería hacia aspectos que muchas veces han sido soslayados de la atención en salud.

La presente investigación se realizó con el fin estudiar tres aspectos de gran importancia para la ciencia de enfermería y para las personas que son sujetos de cuidado de enfermera, la espiritualidad, la calidad de vida y la enfermedad renal crónica.

Se realizó una amplia revisión de la literatura y el estado del arte sobre estos fenómenos de interés, estudiados desde otras disciplinas como la medicina, la psicología y la enfermería y se tomó como marco teórico la teoría de Pamela Reed sobre la perspectiva espiritual y construcciones conceptuales de la calidad de vida relacionada con la salud.

El objetivo del estudio fue determinar la relación entre la perspectiva espiritual y la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con enfermedad renal de la ciudad de San José de Cúcuta.

La metodología del estudio fue de tipo cuantitativa, correlacional, comparativa de corte transversal. Los instrumentos utilizados fueron la escala de perspectiva espiritual de Reed y el instrumento para medir calidad de vida SF-36 del Medical Outcomes Institute of Boston.

La población estuvo constituida por pacientes que asisten a terapia de hemodiálisis y diálisis renal de la unidad de Fresenius Medical Care de la ciudad de Cúcuta.

Los resultados de este estudio se constituyen valiosos y relevantes para la profundización de la ciencia enfermera y el establecimiento de un cuidado de enfermería integral, acorde a las necesidades de las personas, que contempla la espiritualidad del ser humano y que realiza intervenciones congruentes para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con enfermedad renal.

## 1. MARCO DE REFERENCIA

### 1.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA

Las enfermedades crónicas hacen referencia al conjunto de padecimientos que se presentan como cambios patológicos, irreversibles (1), de progresión lenta, que requieren cuidados continuos y permanentes (2), entre las que se encuentran la enfermedad cardíaca, la diabetes, el cáncer y la enfermedad renal.

La enfermedad renal crónica (ERC) ha sido catalogada como una epidemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (3) constituyéndose como uno de los principales problemas de salud pública en la mayoría de los países del mundo, (4) que a su vez ha generado un notable impacto a nivel social, económico y en los servicios de salud.

Mientras que el estudio NANHES III estimó la prevalencia de ERC de 11% en la población general en los Estados Unidos y el estudio EPIRCE en español estimó la prevalencia del 12.7% (4), en Latinoamérica la frecuencia de enfermedad renal es similar a la de todos los países de la región. En Colombia se ha estimado en el orden de 12 por cada 100000 habitantes para la población de 43 millones de habitantes. La mortalidad por insuficiencia renal crónica es de 3.7 por 100.000 de personas entre los 15 y los 60 años. (5)

En Colombia anualmente mueren 4500 personas con enfermedades de riñón cifra similar a la de América y Europa. (5) En 2010 datos del Fondo Colombiano para las enfermedades de alto costo reportan que la mortalidad por todas las causas en pacientes con ERC por 100.000 afiliados es de 10.63.

En 2009 la prevalencia de ERCT según departamento en Colombia fue de 45.4, en el Norte de Santander fue de 50.7 y en San José de Cúcuta fue de 56.23 por cada 100000 habitantes. En ese año se registraron 11708 pacientes en hemodiálisis, 5449 en diálisis peritoneal, 2689 con transplante de riñón y 425 en tratamiento medico. (6)

En comparación con los datos obtenidos en el 2010 en donde la prevalencia de ERCT en Colombia fue de 57.3, en Norte de Santander y Cúcuta fue de 55,19 y 71.6 por cada 100.000 de personas respectivamente. En ese año se registraron 13385 pacientes en hemodiálisis, 6165 en diálisis peritoneal, 3961 con transplante de riñón y 347 en manejo tratamiento medico. (7)



Desde la perspectiva que muestran los datos estadísticos, puede decirse que la ERC constituye un grave problema de salud pública que ha tendido a incrementarse siendo en sus estadios tempranos una enfermedad asintomática, no detectada y subestimada usualmente por el enmascaramiento de sus síntomas al estar asociada también a otras enfermedades de base, además debido a las deficiencias en la detección precoz, con el consiguiente subregistro de su magnitud en los sistemas de información. (6)

En la ciudad de San José de Cúcuta existen dos unidades renales encargadas de brindar atención a los pacientes con enfermedad renal crónica: Fresenius Medical Care y RTS de Baxter, certificadas por el INCONTEC, y que cuentan con toda la capacidad tecnológica, científica y humana para brindar atención de calidad a los pacientes sometidos a terapias de hemodiálisis y diálisis peritoneal.

Con la creación y funcionamiento de estas unidades renales se busca dar atención integral a los pacientes con ERC, mediante diagnóstico, tratamiento, atención nutricional, psicológica y atención de enfermería, que tiene la responsabilidad de realizar las terapias de hemodiálisis y diálisis peritoneal a los pacientes que padecen la enfermedad, previniendo las complicaciones y mejorando la función renal afectada de manera sustitutiva.

En el año 2005 el Ministerio de la Protección Social estableció una guía para el manejo de la Enfermedad renal crónica en Colombia (8) con base a la cual se orienta y se realiza la atención de los pacientes por parte de los profesionales de la salud, esta guía contempla aspectos como: Medición de la función renal, evolución temprana, aspectos nutricionales, modalidades de tratamiento y prevención de complicaciones. Como se puede evidenciar en la atención de los pacientes con ERC aspectos que tienen que ver con la dimensión espiritual han quedado soslayados de la atención médica.

Teniendo en cuenta lo expresado por Jennings y col acerca de que: "La enfermedad crónica es al principio un intruso no bienvenido que de pronto se convierte en parte de uno mismo, esta experiencia de vida es única para cada ser humano, para cada familia, para cada grupo y esto debe contemplarse al abordar el cuidado de su Salud" (9), se puede apreciar que es necesario para la disciplina de enfermería ir más allá de la condición de enfermedad de un paciente y conocer la forma en que el impacto de estas lesiones afectan la mente, el cuerpo y la espiritualidad de aquellos que la padecen, interfiriendo con el desempeño de su rol social, familiar y en su calidad de vida.

Así mismo las personas que padecen ERC requieren que se les brinde una atención integral, para esto la enfermería, ciencia y arte del cuidado debe indagar en la búsqueda de nuevo conocimiento que permita a las enfermeras desarrollar una visión holística del ser humano al contemplar todas sus dimensiones, especialmente la dimensión espiritual desde una perspectiva amplia, que incluya las percepciones, creencias, significados y recursos que las personas utilizan para dar sentido a los cambios y a las nuevas experiencias.

La (OMS) define la dimensión espiritual como aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con las experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales; ésta difiere de lo religioso, aunque para muchos la dimensión espiritual incluye un componente religioso; se percibe vinculada con el significado y el propósito al final de la vida, con la necesidad de perdón, reconciliación o afirmación de los valores. (10)

Según Reed citada por Whetsell describe la espiritualidad como “la inclinación para encontrar significado en la vida por medio de un sentido de interrelación con algo mayor, que trasciende el yo y lo fortalece” (11), en el paciente con enfermedad renal crónica podría expresarse como la búsqueda de esperanza, apoyo, sentido y la fortaleza necesaria para enfrentar las dificultades derivadas del padecimiento de su enfermedad.

La espiritualidad y su relación con las enfermedades crónicas ha sido estudiada por Zavala, Vásquez y Whetsell (2006), estas autoras afirman que la espiritualidad relacionada con la salud puede ayudar al paciente a afrontar el cambio físico y psicosocial que se produce por el avance de la enfermedad crónica y degenerativa. (12)

Desde disciplinas como la psicología y la enfermería se ha estudiado la espiritualidad y la salud, esto ha permitido crear instrumentos para medir el bienestar espiritual y la perspectiva espiritual, en personas con enfermedades crónicas como afecciones cardiovasculares, (13) VIH/SIDA, (14) (15) enfermedad renal, (16) diabetes (12) (17) situación de discapacidad, (18) cáncer, (19) artritis (1) y en situación de enfermedad terminal (20).

Resultados de estos estudios concluyen que la espiritualidad puede significar un factor de crecimiento personal, un aspecto de trascendencia, que contribuye a generar respuestas sobre el sentido de la vida, la cotidianidad, el dolor y el sufrimiento humano, además que se constituye como una ayuda para mantener controlada la incertidumbre frente a la enfermedad.

La perspectiva espiritual es un recurso del ser humano, que interviene en la dinámica personal de quienes padecen enfermedad crónica como la ERC, que comprende las creencias y los comportamientos espirituales, cuyas expresiones como: la cercanía con Dios, la oración, el perdón, la paz, el compartir con otros asuntos espirituales, la búsqueda de una relación consigo, con otros o con un ser superior que trasciende la esfera de lo material y lo temporal, pueden llegar a generar estrategias para el afrontamiento, para la promoción de cambios en el estilo de vida y se podría convertir en un factor protector que estimule el desarrollo conductas que afecten positivamente la salud y en este sentido tener un impacto sobre la calidad de vida en las personas.

La calidad de vida (CV) es un concepto que abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual (21). La OMS define la calidad de vida como la percepción individual de la propia posición de la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive, en relación con los objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones (22).

Estudios que se centran solamente en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con ERC, demostraron que a diferencia de la población en general la calidad de vida de estos pacientes es muy inferior, debido a un mayor deterioro en la función física, el rol físico, la percepción del estado de salud general, la vitalidad, la energía y un mayor grado de dolor corporal (23) (24) (25).

Se han realizado estudios que miden las estrategias de afrontamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con ERC (26) (27) en donde se encontró que cuando las personas perciben una interferencia importante en su condición de salud sobre su función física, acuden a las creencias religiosas como una vía de alivio que mejorara su situación, cuando han perdido el control sobre algunos aspectos importantes de la vida.

En la referenciación de la base de datos de Proquest, sobre la relación entre la espiritualidad y la calidad de vida, se encontraron estudios que miden aspectos de la espiritualidad por un lado enfocados hacia el bienestar espiritual en personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (28), en individuos sometidos a amputaciones de extremidades (29) y en personas con cáncer (30). Por otro lado se ha dirigido al estudio de la perspectiva espiritual y calidad de vida en pacientes con enfermedades como el (VIH) (31) donde la relación encontrada entre estos fenómenos fue significativa, la perspectiva espiritual fue más alta en la población afrodescendiente.

En Colombia no se han realizado estudios que determinen la relación entre la perspectiva espiritual y calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con ERC, lo cual hace importante la investigación de estos aspectos para la disciplina de enfermería.

**Pregunta de investigación.** ¿Existe relación entre la perspectiva espiritual y la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con enfermedad renal crónica que asisten a terapia de hemodiálisis y diálisis peritoneal en unidad renal de Fresenius Medical Care de la ciudad de San José de Cúcuta?

## 1.2 JUSTIFICACION

La experiencia que representa para las personas con ERC el padecimiento de su enfermedad implica para la disciplina de enfermería un avance en su visión filosófica hacia un paradigma de reciprocidad (crecer en la relación con otros) y de simultaneidad (trascender espiritualmente hacia la comprensión de la enfermedad como parte de sí mismo) (32), en el interés investigativo que contribuya al avance del conocimiento disciplinar y resalte la labor de la enfermería como gestora del cuidado holístico del ser humano.

Las personas con enfermedad renal crónica son una población interesante en la investigación en enfermería. Primero debido al impacto de la enfermedad en el aspecto físico, emocional, psicosocial y espiritual, derivados del deterioro lento, progresivo e irreversible de la función renal y segundo debido a las implicaciones de estos en su cuidado, manejo, tratamiento y calidad de vida.

La vivencia de enfermedad renal crónica, conlleva a una modificación drástica en los hábitos cotidianos de las personas que la padecen, quienes expresan sentimientos de pérdida de la independencia, impotencia, frustración, culpabilidad, angustia (33), depresión, ansiedad y dolor (34); así mismo enfrentan situaciones de tensión matrimonial, familiar, dependencia del personal y del sistema hospitalario (35), temores relacionados con la muerte (27), pérdida de la cotidianidad, del control del tiempo, de la imagen corporal y el tener que someterse a vivir sin poder planear la vida. (36)

La espiritualidad surge como un recurso para afrontar estas situaciones, ya que para muchos, las creencias personales y la espiritualidad son una fuente de consuelo, bienestar, seguridad, sentido, sensación de arraigo, finalidad y fuerza, (10) que les permiten interpretar las situaciones que viven, los fenómenos

relacionados con la salud y la enfermedad, estableciendo formas de hacer frente a estos.

El estudio de la espiritualidad de los pacientes con enfermedad renal crónica tiene gran relevancia para la disciplina de enfermería, debido a que tradicionalmente los cuidados de enfermería en este campo han sido orientados por el modelo biomédico (37) de atención dirigidos a aspectos físicos, fisiológicos y del tratamiento de la enfermedad; además se ha tenido la tendencia a confundir la espiritualidad con el aspecto religioso, siendo la espiritualidad más que una creencia religiosa, un concepto amplio que tiene que ver con el significado, el propósito y la dirección en la vida (38)

Para la disciplina de enfermería la espiritualidad como perspectiva espiritual puede contribuir en la orientación de los cuidados de enfermería en los pacientes con enfermedad renal crónica dirigida hacia una mayor comprensión de las realidades internas y de la forma en que las personas atribuyen un significado a lo que están viviendo, considerando su propia experiencia como única, en un amplio marco de integralidad en el que la espiritualidad resalta como un elemento indispensable para el cuidado holístico. (39)

La medición de la espiritualidad como perspectiva espiritual evidencia que esta se relaciona negativamente con los síntomas de aflicción (40), que contribuye a sumir la incertidumbre de manera positiva, que es una ayuda para mantener la estabilidad física y emocional de los pacientes aferrados a prácticas y creencias para afrontar con entereza el padecimiento a lo desconocido (17).

Así mismo en el encuentro de las personas con enfermedad renal crónica y los profesionales de enfermería es necesario contemplar la percepción y la valoración que hacen de sí mismas, de su estado de salud, así como las limitaciones y dificultades a las que se ven expuestas diariamente, porque es sobre esta base donde la enfermera debe inquirir en conocimiento y profundizar no solo desde la parte objetiva del padecimiento y de sus propias suposiciones, sino que además se abra a comprender los aspectos subjetivos que rodean la experiencia de la persona con ERC y que influyen en las expectativas de estas personas sobre sí mismas, su condición de salud y el cuidado que se les brinda desde su propia cosmovisión.

Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto de calidad de vida, Vinaccia en 1995 manifiesta que la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), desde una perspectiva subjetiva, hace referencia a la

valoración que realiza cada individuo en un momento o una situación determinada y con base en sus propios criterios, sobre su bienestar físico, emocional y social. (21)

La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar (41), por lo cual el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con ERC podrá hacer visible para la enfermería las áreas que son afectadas por la enfermedad y de esta forma poder desarrollar intervenciones de cuidado acordes y específicas a las necesidades de las personas.

En el caso de los pacientes con enfermedad renal, la dimensión de la calidad de vida que se ve afectada de manera más evidente es la salud física, que al estar en continua interacción con los ejes de trabajo, intelecto, espiritualidad, recreación, sexualidad y afectividad, modifica necesariamente, unos más que a otros y obra de manera diferente en cada sujeto, dependiendo de las particularidades de cada persona. (42)

Es importante entonces ahondar el contexto de la perspectiva espiritual y la calidad de vida relacionada con la salud en los paciente con ERC debido a que estos conceptos se conjugan como aspectos de tipo multidimensional (43), multifacéticos, dinámicos y subjetivos que tienen gran relación con el grado de satisfacción que las personas tienen de su estado de salud (44) y su vida en general. Estos dos son relevantes en el cuidado de las personas con ERC porque implican la inclusión de bases teóricas sólidas en el cuidado como guía para el diseño de intervenciones de enfermería orientadas a incorporar la ayuda y el apoyo espiritual en las diferentes situaciones de vida de los pacientes con ERC.

Los resultados de la relación entre la perspectiva espiritual y la calidad de vida relacionada con la salud en las personas con ERC permitirán brindar cuidados de enfermería holísticos, dirigidos al fomento de las creencias y prácticas espirituales frente al significado que le asignan a su experiencia, ayudándoles en el afrontamiento de la enfermedad y en la obtención de resultados satisfactorios en el estado de salud general, la vitalidad, el estado físico, en los aspectos emocionales, sociales y la salud mental.

A nivel institucional la realización de este estudio será una gran oportunidad para fomentar el trabajo a nivel multidisciplinario utilizando los hallazgos del mismo como referentes que permitan a los profesionales de la salud y de enfermería incluir dentro de su práctica cotidiana aspectos teóricos de la perspectiva espiritual

enfocados al mejoramiento de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con ERC, con el fin de brindar cuidados de forma integral, fomentar relaciones terapéuticas armoniosas y hacer visible el liderazgo del cuidado de enfermería en las instituciones.

### **1.3 OBJETIVOS**

**1.3.1 Objetivo general.** Determinar la relación entre la perspectiva espiritual (Instrumento de Reed) y la calidad de vida relacionada con la salud (Instrumento de SF-36) en los pacientes con hemodiálisis y diálisis peritoneal de la unidad renal de Fresenius Medical Care de la ciudad de Cúcuta.

**1.3.2 Objetivos específicos.** Describir la perspectiva espiritual (Instrumento de Reed) y comparar los dos grupos de pacientes con enfermedad renal crónica.

Describir la calidad de vida relacionada con la salud (Instrumento de SF-36) y comparar los dos grupos de pacientes con enfermedad renal crónica.

Cuantificar la posible relación existente entre la perspectiva espiritual (Instrumento de Reed) y calidad de vida relacionada con la salud (Instrumento de SF-36) de los dos grupos de pacientes con enfermedad renal crónica.

Comparar la cuantificación de la posible relación existente entre la perspectiva espiritual (Instrumento de Reed) y la calidad de vida relacionada con la salud (Instrumento de SF-36) de los dos grupos de pacientes con enfermedad renal crónica.

Valorar la relevancia de aspectos demográficos en la perspectiva espiritual (Instrumento de Reed) y valorar la relevancia de aspectos demográficos en la calidad de vida relacionados con la salud (Instrumento de SF-36).

### **1.4 DEFINICION DE CONCEPTOS**

**Paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.** Ser humano integral, multidimensional, cuya función renal se encuentra afectada en gran medida y requiere como tratamiento de su enfermedad acudir constantemente a terapia de hemodiálisis varias veces por semana por un par de horas. Esta es llevada a cabo

al conectar a la persona a por medio de un catéter una máquina (membrana artificial) que reemplaza la función renal de forma externa.

Las personas en este tipo de terapia se encuentran sujetos a múltiples estresores fisiológicos, psicosociales, así como a cambios potenciales en su estilo de vida, además se ven sujetas a una amenaza constante de muerte y a restricciones propias de su tratamiento. Igualmente a cambios en el autoestima, en el concepto de sí mismos y en sus roles de familia. (45)

**Paciente con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal.** Ser humano integral, multidimensional, cuya función renal se encuentra afectada en manera moderada y requiere como tratamiento de su enfermedad practicarse constantemente terapia dialítica todos los días por un par de horas. Esta es llevada a cabo al conectar a la persona a por medio de un catéter ubicado en su abdomen (membrana natural) a una máquina que reemplaza la función renal de forma externa.

Los pacientes con diálisis peritoneal experimentan cambios a nivel emocional, a nivel mental, en su imagen corporal, en su rutina diaria, en sus relaciones familiares y sociales ocasionadas por las nuevas demandas a las que se enfrentan para mantener su salud.

Mayoritariamente los pacientes se realizan esta terapia en su domicilio, ya sea por ellos mismos, su familiar o su cuidador, es más flexible en cuanto a horarios y menos restricciones para los desplazamientos, pudiendo el paciente alcanzar una mayor compatibilidad con otras responsabilidades. (46)

**Perspectiva espiritual.** La capacidad del individuo para encontrar significados a una situación de vida específica a través del conocimiento de sí mismo o de un sentido de conexión con un ser de naturaleza superior o a través de la existencia de un propósito supremo, superior a sí mismo y su conexión con la oración o una deidad. La perspectiva espiritual se manifiesta a través de creencias y comportamientos espirituales que se operacionalizan en la Escala de Perspectiva Espiritual de la Doctora Pamela Reed. (47)

**Calidad de vida relacionada con la salud.** Representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar (41). Es la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción acerca de las limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de la disminución de oportunidades a causa de la



enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. (48) Estos aspectos se operacionalizan en ocho dimensiones en el Instrumento SF-36 del Health Institute de Boston y traducido al castellano por Alonso 1999: capacidad funcional, vitalidad, aspectos físicos, dolor, estado general de salud aspectos sociales, aspectos emocionales y salud mental. (27)

## 2. MARCO TEÓRICO

El marco teórico propuesto para el estudio deriva de los conceptos de la espiritualidad y calidad de vida en las personas con enfermedades crónicas hasta finalmente llegar a la definición conceptual de la perspectiva espiritual y la calidad de vida relacionada con la salud, los cuales se constituyen como aspectos dinámicos, multidimensionales y relevantes en la experiencia de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica y de interés investigativo en la disciplina de enfermería.

**Espiritualidad.** La espiritualidad es un concepto amplio y controversial (49) no existe aún un consenso en su definición (50) sin embargo puede ser entendida desde diferentes perspectivas filosóficas, culturales y de tipo religioso. (51)

Según Pinto en (2007) la espiritualidad no es lo mismo que la religión (52) si bien la religión puede ser considerada como una forma de expresión de la espiritualidad, esta última abarca aspectos más amplios y diversos significados en las diferentes culturas que van mas allá de los ritos y las prácticas religiosas, así como también tiene un significado particular para la experiencia de cada individuo. (53) (54)

Tanyi en (2002) afirma que aun cuando no hay un consenso sobre la definición de la espiritualidad, varios autores la describen como un estado del ser en relación con sí mismo, con Dios, con otros que puede o no tener bases religiosas. (50)

Goddard define la espiritualidad como una energía integradora que es capaz de producir armonía interna y holística, entre cuerpo, alma y espíritu. (55) En la interpretación de este concepto se puede apreciar la espiritualidad como un elemento inherente y universal de la constitución del ser humano, que abarca un sentido de equilibrio, armonía y de integralidad en la experiencia de las personas sobre los aspectos físicos y tangibles como así como en lo inmaterial e intangible.

Autores como Burkhart (56) y Jarel (57) definen la espiritualidad haciendo alusión a la conexión armoniosa de una persona consigo misma, con los demás, con la naturaleza y con un ser supremo. Además la naturaleza de estas conexiones traspasa los límites que existen, a través y más allá del tiempo y del espacio.

Meraviglia (58) y Stoll citado por Pinto (52) exponen las dos dimensiones de la espiritualidad: la dimensión vertical en su conexión con Dios o un ser supremo y la

dimensión horizontal en su relación con sí mismo, con los demás, con la naturaleza o el medio.

Similar a esto Ellison (59) se refiere a la espiritualidad como bienestar espiritual y lo define como un sentido de armonía interna que incluye la relación con el propio ser, con los demás, con el orden natural o con un poder superior manifiesto a través de expresiones creativas, rituales, familia, trabajo significativo y prácticas religiosas. Lo anterior representa la calidad de vida espiritual conformada por dos dimensiones, una de tipo religiosa que hace referencia a la autovaloración de la relación con Dios y una dimensión existencial que hace referencia a la satisfacción y el propósito de la propia vida.

Estas definiciones claramente permiten contemplar la espiritualidad como un fenómeno personal, amplio, que tiene que ver con: energía, relaciones, conexiones, vínculos que establecen las personas en varias dimensiones o direcciones, ya sea con sí mismos, con el ambiente, con los demás y con Dios o una fuerza o ser superior. Esta relación denota armonía, plenitud, integridad del individuo.

Investigaciones en enfermería en personas con enfermedad crónica o degenerativa evidencian a la espiritualidad como factor relevante en la búsqueda de significado y propósito, además la consideran como una fuente que ayuda a las personas a afrontar los procesos de la vida como lo son las situaciones de salud.

Zabala en (2006) estudió el bienestar espiritual y la relación con la ansiedad en pacientes diabéticos, en el cual se encontró una asociación significativa que evidencia que a mayor nivel de espiritualidad menor nivel de ansiedad. También hace referencia a que los niveles altos de fe, ayudan a los pacientes a apreciar el sentido de la vida y a encauzar el camino para tratar de lograr la adaptación a estilos de vida favorables. (12)

Sánchez en (2008) realizó un estudio sobre la comparación entre el bienestar espiritual en personas con VIH/SIDA y sanas, donde la espiritualidad tiene gran importancia terapéutica en los pacientes con VIH/SIDA en lo relacionado al apoyo al afrontamiento, la búsqueda de significado, el manejo de la enfermedad y la necesidad de mejorar la calidad de vida de las personas. (14)

Sánchez en (2008) realizó un estudio sobre la comparación entre el bienestar espiritual de pacientes con enfermedad cardiovascular y sanos, en el cual se referencia que el cuidado de la experiencia de la salud humana, debe contemplar

la dimensión espiritual como un aspecto de trascendencia, que acerca a las personas a las respuestas necesarias para motivar cambios en el estilo de vida o tener conductas particulares que pueden afectar su salud, es decir que interviene en la adopción de un estilo de vida particular, en ese sentido en la calidad de vida de las personas y puede llegar a constituirse como un factor protector. (13)

Sánchez en (2009) estudió el bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad. Los hallazgos señalaron niveles altos de bienestar espiritual en la dimensión religiosa más que en la existencial en el grupo de personas con discapacidad. Este estudio permitió reconocer la importancia del bienestar espiritual como factor de crecimiento personal, que permite hallar respuesta a las situaciones que se viven y encontrarles sentido durante el transcurso de la vida. (18)

Song y Hanson en (2009) realizaron un estudio en pacientes afroamericanos con enfermedad renal en tratamiento de diálisis, e investigaron la relación con la espiritualidad, el bienestar psicosocial, las preferencias y los valores al final de la vida. Los autores del trabajo concluyen que los pacientes afroamericanos en diálisis quienes reportan una fuerte religiosidad y espiritualidad pueden tener niveles diferentes de bienestar espiritual, el cual es expresado en las preferencias hacia los tratamientos y valores actuales, entre ellos la creencia común de que ellos prefieren tratamientos agresivos al final de la vida. (60)

En otra investigación realizada por Tanyi y Werner (2007) sobre la espiritualidad en mujeres afroamericanas y caucásicas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, se encontró que las mujeres afroamericanas se basan más en la dimensión religiosa de la espiritualidad, que las mujeres caucásicas, en cuanto al manejo de los problemas de la salud y el ajuste a la enfermedad, por lo que a nivel existencial se sienten más satisfechas con sus vidas. (61)

Estos hallazgos corroboran lo expresado por Boero y Col en 2004 en su estudio de investigación, en que el lado espiritual del hombre se define en una incesante búsqueda de sentido a la vida. Como la espiritualidad incluye tanto la necesidad de trascendencia, como la red de las relaciones sociales, que brinda sentido a la vida, contribuye a la propia integridad y la estabilidad e inspira y motiva a los pacientes para lograr su bienestar con la renovación de la fé, la esperanza, la paz, y el deseo de vivir. (62)

Con lo anterior se evidencia la espiritualidad, como un factor de crecimiento personal en fé, esperanza, apoyo y fortaleza, en momentos de crisis, como lo es el transcurso de la enfermedad crónica, que le permite a las personas comprender

aspectos relacionados con el propósito, el valor del sentido de la vida, la conservación de la integridad, el afrontamiento mediante la relación con sí mismo, con los demás o con un ser superior que lo trasciende a un nivel de bienestar.

**Perspectiva espiritual.** En 1987, la Doctora Pamela Reed amplió el número de investigaciones sobre la espiritualidad y el bienestar de los enfermos terminales adultos. Sobre la base de las conclusiones de su estudio de 1986, Reed modificó la denominación RPS escala de perspectiva religiosa y la denominó SPS escala de perspectiva espiritual. (63)

La perspectiva espiritual representa un modo de definir la capacidad de un individuo de encontrar significados en una situación de vida específica a través del conocimiento de sí mismo, a un sentido de conexión con un ser de naturaleza superior o a la existencia de un propósito supremo, superior a uno mismo, su conexión con la oración o con una deidad. (47)

Incluye la congruencia de los valores, las creencias, los sentimientos con los comportamientos implicados en la espiritualidad, que pueden surgir desde dentro de la persona, el intelecto y están influenciados por la conducta. Así se identifican dos dimensiones las creencias y comportamientos espirituales categorizados por Reed en la escala de perspectiva espiritual. (47)

Los indicadores de la perspectiva espiritual son:

Los comportamientos espirituales: Son las actividades de este tipo que son practicadas por las personas entre las que se encuentra la meditación, la oración privada, la lectura, el comunicarse y compartir con otros aspectos de la vida diaria, dificultades y deseos de vivir.

Las creencias espirituales: Son aspectos, acuerdos o desacuerdo de una persona en relación con diferentes matices espirituales como obtener perdón, la cercanía con Dios, la obtención de guía espiritual, la importancia de los aspectos espirituales y el significado de la vida.

La perspectiva espiritual se ha estudiado en la disciplina de enfermería en los pacientes con enfermedades crónicas y en relación con otros fenómenos como la resiliencia, la capacidad de afrontamiento, adaptación y la incertidumbre.

Sobre los niveles resiliencia y espiritualidad (instrumento de Reed) se han realizado estudios en Colombia, uno en Cali en (2005) (64) que demostró que estos eran fenómenos diferentes pero que relacionados ayudaban a resolver conflictos y otro en Medellín en (2007) refería que el nivel de espiritualidad (instrumento de Reed) se relaciona negativamente el total de síntomas positivos de aflicción. (40)

Veloza y Pérez en (2009) estudiaron la perspectiva espiritual y la capacidad de afrontamiento y adaptación en pacientes con ERC, del cual concluyen que la perspectiva espiritual aporta información complementaria al proceso de afrontamiento y adaptación, lo que constituye una importante información de la forma como los pacientes abordan situaciones difíciles. (16)

Galvis y Pérez en (2010) estudiaron la perspectiva espiritual en mujeres diagnosticadas con cáncer de su género en comparación con mujeres con diagnóstico de otros tipos de cáncer, estas autoras afirman que la espiritualidad puede contemplarse como una herramienta que permite a la persona realizar un mejor afrontamiento, trascendencia de su enfermedad, y que si la enfermera reconoce esto podrá ayudar y guiar a las pacientes para alcanzar un estado óptimo de bienestar fomentando su desarrollo espiritual. (19)

Gómez y Duran en (2010) realizaron un estudio sobre la relación entre perspectiva espiritual y la incertidumbre en pacientes diabéticos, que evidenció que un nivel alto de espiritualidad permite que la incertidumbre sea controlable y valorada como una oportunidad, en situaciones de cronicidad, con posibilidades de mantener una mejor calidad de vida. Estos fenómenos perspectiva espiritual e incertidumbre son importantes en situación de cronicidad, ya que ayudan a mantener la estabilidad física y emocional de los pacientes, aferrados a prácticas y creencias para afrontar con entereza el padecimiento a lo desconocido. (17)

Torres y Ruiz en (2011) realizaron una investigación sobre perspectiva espiritual de hombres y mujeres con diabetes mellitus. Los resultados evidencian diferencias en los niveles de perspectiva espiritual entre hombres y mujeres con diabetes mellitus, siendo más altos para las mujeres, lo que representa para ellas un recurso para el afrontamiento efectivo. (65)

La perspectiva espiritual tiene gran influencia en los valores y principios de las personas en cuanto a sus preferencias, expectativas, modos de vida, y puede llegar a tratarse como un factor de empoderamiento de la persona que atraviesa enfermedad renal crónica, para asumir los nuevos cambios y formas de pensar

que apoye la toma de decisiones correspondientes a su salud, estilos de vida permitiéndole mayor grado de satisfacción y bienestar.

**Calidad de vida.** Según Spranger en 2001, la calidad de vida tiene sus raíces académicas en la disciplina de la psicología y la sociología. En 1970 estas disciplinas comenzaron a considerar el asunto de la calidad de vida. (66)

Las disciplinas que abarcan la salud del ser humano como la psicología, medicina y enfermería, recientemente interesadas en el concepto de calidad de vida se remontan a los trabajos de la Organización Mundial de la salud como referente a partir de la definición de salud: como el bienestar físico, psicológico y bienestar social y no solo la ausencia de la enfermedad, que proporciona un impulso para considerar la calidad de vida como una experiencia humana relevante para la investigación.

Para Schumaker & Naughton (1996) es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. (67)

Jalowiec (1990) sugirió la existencia de componentes primarios que afectan la calidad de vida entre los que se incluyen salud, capacidad funcional y la satisfacción por la vida. (68)

Padilla y col. (1992) señalaron las cualidades principales de la calidad de vida identificándolas como: bienestar psicológico (satisfacción, significado de la vida, logro de la meta y felicidad); bienestar físico (actividades de la vida, del apetito y del sueño diario); bienestar social e interpersonal; bienestar financiero y material. (69)

Minayo y col. (2000) señalan la relatividad del concepto de calidad de vida, el cual posee tres marcos de referencia: histórico, donde cada sociedad tiene parámetros de calidad de vida en distintos momentos históricos; cultural, dependientes de sus tradiciones culturales, y clase social, donde las expectativas que cada uno tiene están en estrecha relación con los niveles económicos, educacionales y oportunidad de acceso. (70)

La calidad de vida se define también como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones (22). Es

un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. (71)

La calidad de vida según los autores revisados es un concepto multidimensional, (21) puede ser medido de forma objetiva y apreciado subjetivamente, (72) así mismo tiene que ver con la satisfacción en todas las áreas en las que se desarrolla un individuo. Abarca las dimensiones internas del ser humano: como la física, psicológica, emocional y las externas como: su nivel económico y las condiciones de vida, todas estas en relación a su satisfacción personal y a su bienestar.

**Calidad de vida relacionada con la salud.** La calidad de vida relacionada con la salud es una subcategoría específica de la calidad de vida global y es un concepto más reciente. Las tendencias del cuidado de la salud han contribuido al surgimiento de la (CVRS) como un fenómeno importante. Con el paso de los años la preocupación por el paciente ha sido más inclusiva, centrándose no solo en el tratamiento de la enfermedad sino en la restauración y promoción de la salud. (66)

Schwartzmann y col. (1999) haciendo referencia a la calidad de vida relacionada con la salud, consideran que es un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona y su medio ambiente, interacciones determinadas por factores orgánicos (tipo de enfermedad y evolución), psicológicos (personalidad y grado de cambio en sistema de valores, creencias y expectativas), sociales y familiares (soporte social recibido y percibido), y de cuyas resultantes dependerá el bienestar físico, psíquico y social en la evaluación general de la vida que hace la persona. (73)

Patrick y Erickson (1993) definen la calidad de vida relacionada con la salud como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. (48)

Investigadores como Botero y Pico en (2007) utilizan el concepto de calidad de vida relacionado con la salud para definir la capacidad que tiene el individuo para realizar aquellas actividades importantes relativas al componente funcional, afectivo y social, los cuales están influenciadas por una percepción subjetiva. (71)

La calidad de vida en pacientes con enfermedad renal ha sido estudiada desde la medicina, la enfermería y la psicología:



En Colombia un estudio realizado por Carrillo y Parra en (2011) sobre calidad de vida en mujeres en situación de enfermedad crónica de Cáncer de Cérvix, (74) utilizó el instrumento desarrollado por Ferrel, esta autora define la calidad de vida como la evaluación subjetiva de los atributos positivos y negativos que caracterizan la vida y que está determinada por cuatro dimensiones bienestar físico, psicológico, espiritual y social (75). Como resultado del estudio se encontró que la problemática del cáncer afecta en gran medida la calidad de vida de las pacientes en todas las dimensiones, sin embargo las más afectadas fueron la psicológica junto con la física, y las de menor alteración fueron la social y la espiritual.

Así mismo Medellín y Carrillo en (2012) estudiaron el soporte social percibido y la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal, utilizando el instrumento de Ferrel para calidad de vida. En ese estudio no se encontró relación estadística entre las dos variables principales. Dichos resultados evidencian que la calidad de vida en personas sometidas a trasplante renal, puede estar representada por otro tipo de factores, además del soporte social.(76)

Yepes y col en (2008) realizaron un estudio sobre calidad de vida en pacientes ERC sin diálisis en Medellín. Los hallazgos indicaron que los pacientes con ERC sin diálisis, ni trasplante, manifestaron estar más afectados en sus condiciones físicas que mentales. Es posible que la estimación de la calidad de vida se encuentre disminuida con relación a los estudios encontrados en la población general sana, pero puede considerarse mayor si se compara con valores expresados por pacientes expuestos a diálisis. (23)

Hallazgos similares se encontraron en los estudios de medicina como los realizados por Sanz y col en (2006) (25), Riaño- Galán y col en (2009) (77) sobre calidad de vida en pacientes con enfermedad renal, en el cual señalan que la población con ERC tienen menor calidad de vida que la población general, que la calidad de vida en paciente que han recibido trasplante es mayor a los que se encuentran en terapias de diálisis.

Acosta y col en un estudio en (2008) sobre calidad de vida y afrontamiento en pacientes con ERC señalan que en el campo espiritual los pacientes fundamentan su vida en la fé y la esperanza que le otorgan sus creencias religiosas, las cuales les permiten comprender y aceptar sus dificultades vividas. (26)

Similar lo encontrado por Contreras y col en (2007) sobre estilos de afrontamiento y calidad de vida donde describen que cuando las personas reciben una interferencia en su condición de salud sobre su función física y se sienten menos

vitales acuden a sus creencias religiosas como una vía de alivio que mejorará su situación, es una estrategia que la persona asume cuando ha perdido el control sobre los aspectos importantes de su vida, lo cual puede afectar su bienestar influyendo en su calidad de vida. (27)

Así mismo Rodríguez y col en (2005) en su estudio calidad de vida en pacientes renales hemodializados, encontraron que las dimensiones de rol físico, vitalidad, energía y salud mental presentaron las puntuaciones más bajas en cuanto a calidad de vida. Además que la autovaloración realizada de su situación respecto a las perspectivas del futuro y la resistencia a enfermar es regular a baja, lo que es comprensible por la experiencia que enfrentan. (24)

Morales y Castillo en (2007) en su estudio vivencias de los adolescentes en diálisis describen como se ve afectada la calidad de vida de esta población, al enfrentar una pérdida de la cotidianidad, debida a la duración y a la frecuencia de la terapia dialítica, que demanda un ajuste en los estilos de vida, así como en el manejo del tiempo para realizar las actividades diarias. En la parte social sus relaciones con los demás se ven afectadas, junto con el desempeño laboral y del rol, la pérdida de la independencia que ocasiona tristeza, impotencia, frustración, concibiendo su calidad de vida en detrimento. (36)

Por lo tanto la situación de enfermedad crónica afecta la salud desmejorándola en gran manera, influye en la evaluación que hace la persona sobre su calidad de vida, debido al cambio en las condiciones de salud física, psicológica, emocional, que hace que las creencias y expectativas de las personas con ERC difieran respecto de la población general.

La OMS ha identificado seis extensas áreas que describen aspectos fundamentales de la calidad de vida en todas las culturas: un área física (p.e., la energía, la fatiga), un área psicológica (p.e., sentimientos positivos), el nivel de independencia (p.e., movilidad), las relaciones sociales (p.e., apoyo social práctico), el entorno (p.e., la accesibilidad a la asistencia sanitaria) y las creencias personales/espirituales (p.e., significado de la vida). Los ámbitos de la salud y la calidad de vida son complementarios y se superponen. (78)

A principios de los noventa el Health Institute de Boston durante el Medical Outcomes Study, desarrolló el cuestionario SF-36 para medir la calidad de vida relacionada con la salud, este fue traducido al castellano por Alonso y col en (1995) y sus indicadores se conforman por ocho dimensiones:

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

**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.

**Dolor corporal:** Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.

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

**Vitalidad:** Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.

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

**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.

**Salud mental:** Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

**Calidad de vida, espiritualidad y enfermedad renal crónica.** Schwartzman citada por Torres (2003) presenta un modelo de calidad de vida en cual destaca el papel de los procesos de adaptación a las nuevas situaciones, a través del estudio de los mecanismos de afrontamiento y patrones con los cuales la persona se compara, de lo cual concluye “que la calidad de vida resultante dependería de la medida en que los mecanismos de afrontamiento y la adecuación de las expectativas permitiera que la brecha entre expectativas y percepción de la situación actual de las personas de su situación no fuera tan diferente.” (79)

Por otro lado según Baker (2003) la espiritualidad proporciona a las personas el modo para revisar e interpretar los eventos de la vida para dar sentido y

desarrollar un sentido de integridad acerca de quienes son como seres humanos, además de que la persona quien exitosamente comprende, entiende, su sentido de vida y muestra el mas alto grado de participación interior y exterior será la persona con el mejor potencial para percibir una buena calidad de vida y estar satisfecha con esta. (38)

Según la experiencia la calidad de vida relacionada con la salud en este contexto tendría que ver con el impacto que la enfermedad renal crónica y el tratamiento de terapia dialítica tienen sobre el valor que la persona asigna a la vida, incluso en sus percepciones a cerca de las limitaciones, la forma de vida, las relaciones con los demás, el ejercicio del rol, la independencia, la identidad, el autoestima. Por esta razón se hace necesario entonces que la enfermera desde cualquier visión filosófica, contemple y lleve a la practica la perspectiva espiritual en sus dimensiones de creencias y comportamientos espirituales, que implican sentido de plenitud, integridad, búsqueda de significado, y permitirá a los paciente tener un mayor grado de comprensión de su situación y enfrentar los retos de la vida diaria con significado.

En un estudio realizado por Ko en 2007 sobre creencias religiosas y calidad de vida en población estadounidense en hemodiálisis, se encontró que personas con un nivel de bienestar espiritual bajo que sugiere insatisfacción en su relación con Dios o con un poder superior y estrés existencial, estuvieron asociadas a una pobre calidad de vida relacionada con la salud. Situación ante la cual los profesionales de la salud deben desarrollar un mejor entendimiento para asistir las necesidades espirituales de los pacientes con ERC y optimizar así su calidad de vida. (80)

Es decir que la enfermera como parte de sus cuidados debe vincularse y conocer las creencias y los comportamientos espirituales de los pacientes con ERC, para poder asistirles en esta área, permitiéndole al paciente tener paz, sentirse acompañado, satisfecho en cuanto a su relación consigo mismo, con los demás o con un ser superior y alcanzar la fuerza interior que le fortalece, que le motiva y que le permite entender en sentido de padecimiento que presenta y realizar un adecuado afrontamiento a su enfermedad.

Así mismo al conocer las características generales de los cambios que deben atravesar los pacientes con ERC en terapia dialítica, los cuidados de la enfermera deben estar orientados a buscar que el paciente mantenga una buena calidad de vida y que el diseño de sus intervenciones vaya más allá de la alteración física y de los aspectos objetivos, hacia los aspectos subjetivos de la salud mental, la vitalidad, el dolor, la salud emocional, el estado del salud general de los pacientes contemplados en el instrumento de calidad de vida relacionado con la salud

SF'36, entendiendo que la perspectiva espiritual puede ser un factor clave sobre estas dimensiones.

Otros estudios realizados Wang (81), Kandamasay, (30) Delgado (82) sobre espiritualidad y calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas concluyen que la espiritualidad es un componente importante, dominio o dimensión de la calidad de vida, también se encontró relación entre la espiritualidad, el proceso de ajuste psicosocial en las personas con enfermedad crónica y su adaptación lo cual tiene repercusiones positivas en la forma en que la persona valora su calidad de vida.

### **3. MARCO DEL DISEÑO**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDIO**

En la investigación se utilizará un diseño de tipo cuantitativo, comparativo, correlacional de corte transversal.

Es cuantitativo correlacional porque busca describir la relación entre las variables perspectiva espiritual y calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con enfermedad renal crónica en un tiempo y espacio determinado (83) mediante la aplicación de instrumentos que miden estas variables.

El diseño correlacional se orienta a la determinación del grado de relación existente entre dos o más variables de interés en una muestra de sujetos o el grado de relación existente entre dos fenómenos o eventos observados. La correlación implica la recolección de dos o más conjuntos de datos de un grupo de sujetos con la intención de determinar la subsiguiente relación entre estos conjuntos de datos. (84)

La utilidad y el propósito principal de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otra u otras variables relacionadas.

A través de la comparación se busca conocer las diferencias entre la correlación encontrada entre la perspectiva espiritual y la calidad de vida relacionada con la salud entre el grupo de pacientes en hemodiálisis y el grupo de pacientes en diálisis peritoneal.

#### **3.2 POBLACIÓN**

La población para este estudio está constituida por pacientes adultos que asisten a terapia de hemodiálisis y diálisis peritoneal en la unidad renal de Fresenius Medical Care de la ciudad de San José de Cúcuta, que cumplen con los siguientes criterios de inclusión

Criterios de inclusión:

- Pacientes con un tiempo de diagnóstico de ERC mayor 6 meses.
- Pacientes que asisten a la Unidad renal Fresenius Medical Care y se encuentran en el programa de diálisis peritoneal y hemodiálisis.
- Género: Masculino o femenino.
- Edad: 18- 85 años.
- Estado mental: Minimental test mayor o igual a 14.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con un tiempo de diagnóstico de ERC menor a 6 meses.
- Pacientes que en el momento de la entrevista no se encuentren en una condición de salud lo suficientemente estable para responder verbalmente las preguntas de los cuestionarios serán excluidos.
- Minimental test abreviado Alterado: Puntaje menor o igual a 13.

### 3.3 MUESTRA

Tipo de Muestra: El tipo de muestra es una muestra aleatoria simple. Método de selección: Por medio de la generación de números aleatorios.

Tamaño de la muestra: Para calcular el tamaño de la muestra, se tuvo en cuenta que las dos actividades estadísticas principales que desarrollaría el trabajo, serían la de correlacionar y la de comparar. Para ambos efectos el diseño de la muestra inicialmente contaba con dos fases, como lo sugiere el proceso de Stein: La primera fase fue la selección de una muestra preliminar de tamaño  $n_0$  igual 50 y la segunda fase de la selección de una muestra complementaria de tamaño  $n - n_0$ , si hubiese lugar.

El diseño de la muestra planeó en particular que para todos los análisis que implicaran relacionar, el tamaño de la muestra sería  $n = n_r$ , siendo:

$$n_r = \max \left\{ n_0, 3 + \left( \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}}{0,5 \ln \left( \frac{1+r}{1-r} \right)} \right)^2 \right\}$$

Los resultados de la muestra preliminar permitieron establecer la correlación entre la perspectiva espiritual y la calidad de vida relacionada con la salud, en una cuantía de 0.3, asumiendo la probabilidad de error tipo I de 0.05, y la probabilidad de error tipo II de 0.15, el tamaño requerido para llevar a cabo los análisis de correlación serían de 89 pacientes en total. Como la muestra preliminar contó con 100 pacientes en diálisis, no fue necesario acudir a la segunda etapa para efectos de correlación.

Por otra parte para todos los análisis que implicaron comparaciones, el tamaño de la muestra se había proyectado como  $n = n_c$ , siendo:

$$n_{1c} = \max \{ n_1 0,2 \{ \sqrt{((z_{1-\alpha/2})^2 (1) + z_{1-\beta})^2 ((s_{1p}^2)/\Delta)} \}$$

Asumiendo los mismos valores de la probabilidad de error tipo I y probabilidad de error tipo II anteriormente mencionados y tomando la varianza de la calidad de vida en la muestra, por ser esta mayor que la varianza de la perspectiva espiritual, con un valor de 307,168711 y asumiendo un valor de delta  $\Delta$  igual 11, el tamaño de la muestra requerido para estos propósitos comparativos sería de 46 pacientes por cada tipo de diálisis. Teniendo en cuenta que el tamaño de la muestra preliminar contó con 50 pacientes en cada grupo, no fue necesario acudir a la segunda etapa. El valor de 11 puntos en la escala definitiva de la calidad de vida fue elegido con el propósito de detectar la diferencia entre los grupos de diálisis en al menos las dos terceras partes de la desviación estándar de la calidad de vida en la muestra.

Según las estadísticas del índice ocupacional de la unidad renal de Fresenius Medical Care de San José de Cúcuta, se fija el tamaño de la muestra preliminar en  $n_0 = 50$ , tamaño para grupo de pacientes con diálisis peritoneal y  $n_0 = 50$ , tamaño para grupo de pacientes con hemodiálisis.

En las expresiones anteriores el coeficiente de correlación muestral corresponde a  $r$ , y la varianza mancomunada corresponde  $s_{1p}^2$  derivados de la muestra



preliminar.  $\alpha$  significa la probabilidad de error tipo I,  $\beta$ , la probabilidad de error tipo II,  $Z_p$ , el percentil  $p$  de la distribución normal estándar ( $\chi^2_{p,2(1)}$  percentil  $p$  de una distribución chi-cuadrado con un grado de libertad).

### 3.4 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS DE TRABAJO

Los pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de diálisis que expresan un nivel de perspectiva espiritual alto en sus creencias y comportamientos espirituales son quienes presentan una mayor calidad de vida relacionada con la salud.

### 3.5 FORMULACIÓN DE VARIABLES

Variables sociodemográficas:

#### Cuadro 1. Variables sociodemográficas

| VARIABLE                                     | TIPO         | ESCALA  |
|--|--------------|---------|
| Edad   | cuantitativa | Razón   |
| Escolaridad                                  | cualitativa  | Nominal |
| Género                                       | cualitativa  | Nominal |
| Ocupación                                    | cualitativa  | Nominal |
| Tipo de diálisis                             | cualitativa  | Nominal |
| Tiempo diagnóstico de la enfermedad en meses | cuantitativa | Razón   |
| Religión                                     | cualitativa  | Nominal |
| Estado Civil                                 | cualitativa  | Nominal |
| Nivel económico                              | cuantitativa | Ordinal |

Variables fundamentales del estudio.

Variable 1: Perspectiva espiritual de los pacientes con ERC, medida por el instrumento de Pamela Reed 1987.

Variable 2: Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con ERC, medida por el instrumento SF-36 adaptado por Alfonso y col 1995.

### 3.6 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

**Escala de perspectiva espiritual.** Fue diseñada para medir la conexión con un Poder Superior, a los demás y uno mismo. (39)

El instrumento de la escala de perspectiva espiritual, desarrollada por Pamela Reed 1986,1987 consta de 10 enunciados que se califican en un rango de 1 a 6 para un puntaje total de 60, a mayor puntaje mayor perspectiva espiritual. (85) Las cuatro primeras preguntas se responden con los siguientes criterios: 1) Nunca 2) Menos de una vez al año 3) Mas o menos una vez al año 4) Mas o menos una vez al mes 5) Mas o menos una vez a la semana 6) Mas o menos una vez al día.

Las preguntas del 5 al 10 siguen los siguientes criterios: 1. Extremadamente en desacuerdo 2. Desacuerdo 3. En desacuerdo más que en acuerdo 4. De acuerdo más que en desacuerdo 5. De acuerdo 6. Extremadamente de acuerdo.

Los elementos se agregan a una suma puntuación total que va desde 10 a 60.

La validez y confiabilidad han sido demostradas en diferentes muestras de adultos mayores, enfermos terminales, adultos gravemente enfermos y sanos.(85)

Estimaciones de la confiabilidad de consistencia interna se estimó mediante el alfa de Cronbach con un rango ,86 a 0,95 (Reed, 1987). Reed también informó de inter-ítem correlaciones fueron superiores a 0,40 durante el desarrollo de instrumentos, otro indicador de la consistencia interna. (39)

La “Escala de perspectiva espiritual” ha sido utilizada secuencialmente en 7 estudios por cuatro diferentes grupos de investigadores; entre los que se destacan el de Reed quien utiliza su instrumento con pacientes adultos con enfermedad terminal, J. Gray en el año 1997, utiliza el instrumento en mujeres VIH positivas, Tuck y colaboradores en el año 2001, determinan la validez concurrente de la escala. (19)

En Colombia se han realizado estudios aplicando la Escala de Perspectiva Espiritual de la Dra. Pamela Reed; uno de ellos sobre Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas en la Universidad de Antioquia. La escala de perspectiva espiritual mostró una consistencia interna de 0.8. (40)

Otros estudio en Colombia como el de la Universidad del Valle sobre Resiliencia, espiritualidad y distrés en mujeres maltratadas. La escala en este estudio arrojó un alfa de cronbach de 0.90 para la escala en general y 0.87 para la sub-escala de prácticas espirituales y 0.79 para la subescala de creencias espirituales (64) y Galvis y Pérez (2011) quienes hablan de la Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer aplicando la escala a la cual se le realizó el análisis de confiabilidad que reportó un alfa de Cronbach de 0,799 en el grupo 1 y 0,763 en el grupo 2. (19)

**Cuestionario SF – 36.** Es uno de los instrumentos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) más utilizados y evaluados.

Diseñado a principios de los noventa por el Health Institute, New England Medical Center de Boston durante el Medical Outcomes Study, el cual ha sido traducido al castellano por Alonso y col (1999). (27)

Se usó en más de 40 países en el proyecto International Quality of Life Assessment, está documentado en más de 1.000 publicaciones, su utilidad para estimar la carga de la enfermedad está descrita en más de 130 condiciones y por su brevedad y comprensión se usa ampliamente en el mundo. El SF-36 en su idioma original mostró confiabilidad y validez de apariencia, de contenido, de criterio (concurrente y predictiva) y de constructo. (86)

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por dimensiones del estado de salud que contiene 36 (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud.

Las 36 preguntas (ítems) que exploran ocho dimensiones: capacidad funcional (10 ítems), vitalidad (4 ítems), aspectos físicos (4 ítems), dolor (2 ítems), estado general de salud (5 ítems), aspectos sociales (2 ítems), aspectos emocionales (3 ítems) y salud mental (5 ítems). Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem. Cada pregunta recibe un valor que posteriormente se transforma en una escala de 0 a 100; se considera de 0 a 50 peor estado de salud y de 51 a 100 mejor estado de salud

Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala

que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). (87)

En Colombia en 2005 se realizó una investigación cuyo objetivo fue la de adaptarlo culturalmente y valorar su consistencia interna y su fiabilidad. Se aplicó por entrevista y autodiligenciado en 605 personas. Se usaron medidas descriptivas para ítems, escalas y grupos; cálculo de consistencia interna de ítems con sus escalas, fiabilidad de escalas y fiabilidad interobservador e intraobservador. Resultados: los datos omitidos fueron de 0% a 1,5%, las correlaciones ítem-escala superaron 0,48, la fiabilidad fue mayor de 0,70. No hubo diferencias en los puntajes de escalas según tipo de aplicación. La fiabilidad inter-observador fue mayor de 0,80; el test-retest superó el 0,70 y no mostró diferencias significativas en las dos aplicaciones. (86)

Otro estudio determinó la Confiabilidad del cuestionario de salud SF-36 en pacientes postinfarto agudo del miocardio procedentes de Cartagena de Indias, en el cual la confiabilidad del cuestionario SF-36 de salud obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach con valores que oscilan entre 0,74 a 0,93. (88)

Otro estudio en Colombia sobre calidad de vida en pacientes renales hemodializados, el control de calidad de los datos para el Cuestionario de Salud SF-36 se realizó a través del Alfa de Cronbach, dando como resultado para cada una de las escalas lo siguiente: Función Física: 0,93; Rol Físico: 0,83; Dolor Corporal: 0,92; Salud General: 0,73; Vitalidad: 0,84; Rol Social: 0,83; Rol Emocional: 0,84; Salud Mental: 0,80. Como podemos observar todos los valores están sobre 0,7, lo que nos indica una gran confiabilidad del instrumento SF-36. (24)

### **3.7 MARCO DE ANÁLISIS**

Para implementar los análisis estadísticos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20, licenciado por la Universidad de la Sabana.

El análisis de correlación en los grupos a la luz de las variables fundamentales y sociodemográficas se realizó mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

La comparación de los grupos a luz de las variables fundamentales y sociodemográficas se realizó mediante la U de Mann Whitney y Kruskal Wallis.

Para complementar los elementos del análisis se utilizaron las herramientas descriptivas usuales y la representación gráfica pertinente.

### **3.8 ASPECTOS ÉTICOS**

El presente estudio está basado en los aspectos éticos establecidos en la resolución 008430 de 1993 por la cual se establecen las normas éticas para la investigación en salud y en la resolución 911 de 2004 por la cual se dictan las disposiciones en materia de responsabilidad deontológica de enfermería.

Se realizó la presentación del diseño preliminar del estudio en la Unidad Renal Fresenius Medical Care de la ciudad de Cúcuta ante la cual directivas de la entidad dieron su aprobación para la ejecución del estudio con previo conocimiento de la relevancia del estudio, los objetivos, los aspectos éticos y el consentimiento informado.

Los aspectos éticos que regularán la investigación, contemplan los principios de beneficencia, autonomía, respeto a la dignidad humana y justicia, cada participante tendrá conocimiento de los objetivos y fines de la investigación y tendrá derecho a decidir participar o no en ella.

Se hará firmar el consentimiento informado (Véase el Anexo A) sobre los aspectos relevantes de la Investigación garantizando el respeto y la confidencialidad la información para preservar la identidad de las personas e instituciones participantes. También se dará la posibilidad del retiro voluntario cuando cada participante así lo deseé. Una vez finalizada la investigación, se informará a cada uno de los participantes los resultados de la misma. También se solicitará el permiso de los autores de los instrumentos para su aplicación y uso (Véase el Anexo B y C).

Esta es una investigación según los criterios de la resolución N° 008430 de 1993 se encuentra clasificada como investigación sin riesgo ya que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran. (89)

Este estudio fue evaluado y aprobado por la Subcomisión de Investigación de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de La Sabana y posterior por la Unidad Renal de Fresenius Medical Care, quienes autorizaron la ejecución de la investigación. Se declara que no hubo conflictos en su desarrollo.

#### 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

A continuación se presentan los resultados y análisis de los mismos correspondientes a la totalidad de pacientes que vivencian la situación de enfermedad renal crónica.

**Perfil sociodemográfico.** Para iniciar esta descripción, se hará alusión a los resultados en respuesta a la caracterización sociodemográfica de los pacientes del estudio.

La totalidad de los pacientes entrevistados, se dividen en dos grupos: un grupo de 50 pacientes acuden a terapia de hemodiálisis tres veces la semana día por medio y otro grupo de 50 pacientes acude a la unidad solamente una vez al mes para control interdisciplinario y se practican la diálisis en su domicilio.

En cuanto al género participaron del estudio 60 hombres y 40 mujeres de ambos grupos de terapia, en edades comprendidas entre los 24 y 81 años.

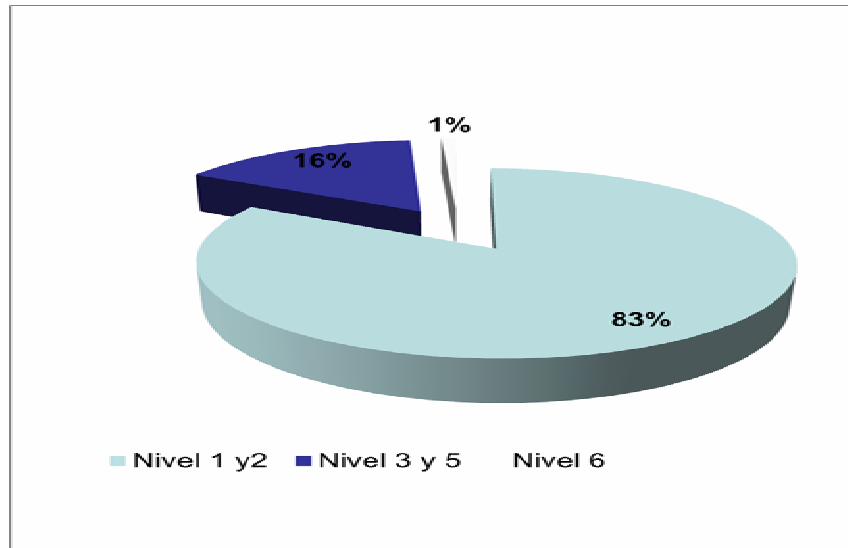
#### **Cuadro 2. Distribución porcentual de pacientes de acuerdo al rango de edad**

| RANGO DE EDAD | PORCENTAJE |
|---------------|------------|
| 20-39 años    | 18%        |
| 40-59 años    | 44%        |
| 60-79 años    | 36%        |
| 80- 81 años   | 2%         |
|               | 100%       |

Las distribuciones de escolaridad muestran que la mayoría de los pacientes en el 59% realizaron estudios de primaria, a su vez el 5% poseían estudios profesionales, el 3% estudios técnicos, el 19% tenían secundaria y un grupo del 14% que no poseían ningún grado de escolaridad.

Sobre el nivel económico es resaltar el hecho del 83% de los pacientes pertenecen al nivel económico comprendido entre 1 y 2 (Véase la Gráfica 1).

**Gráfica 1. Distribución porcentual de pacientes según el nivel económico**



Así mismo los pacientes entrevistados refirieron en cuanto a su ocupación que la mayoría de ellos en un 40% se dedicaban a las labores del hogar, seguido de actividades comerciales en un 13%, conductores en un 6% y un grupo de pacientes se dedican a otras labores diversas que describen en el cuadro. Así mismo 12% de los paciente manifiestan que no realizan ningún tipo de actividad lo que se explicaría por lo discapacidad originada por la enfermedad y su tratamiento.

**Cuadro 3. Distribución del número de pacientes según su ocupación**

| OCUPACION               | NUMERO DE PACIENTES |
|-------------------------|---------------------|
| Labores del hogar       | 40                  |
| Actividades de comercio | 13                  |
| Ningún oficio           | 12                  |
| Pensionados             | 7                   |
| Conductores             | 6                   |
| Labores del campo       | 3                   |
| Docentes                | 2                   |
| Manualidades            | 2                   |
| Modista                 | 2                   |
| Mecánico                | 2                   |



Cuadro 3. (Continuación)

| OCUPACION       | NUMERO DE PACIENTES |
|-----------------|---------------------|
| Lavado de autos | 1                   |
| Carpintero      | 1                   |
| Estucador       | 1                   |
| Ingeniero       | 1                   |
| Estudiante      | 1                   |
| Panadero        | 1                   |
| Tapicero        | 1                   |
| Veterinario     | 1                   |
| Vigilante       | 1                   |
| Zapatero        | 1                   |
| Obrero          | 1                   |

Respecto del estado civil de los pacientes el 64% tenían pareja y 36% se encontraban sin pareja. A su vez el 50% los pacientes tenían un tiempo de diagnóstico de la enfermedad entre 7 meses y 3 años, el 36% entre 4 y 7 años y el 14% de 8 años en adelante . Cabe resaltar que el menor tiempo de diagnóstico de la enfermedad era de siete meses y el mayor de 19 años.

La religión predominante en este grupo de pacientes es la católica en un porcentaje importante del 81%, el 11% eran cristianos y el 6% no tenía ninguna religión.

**Cuadro 4. Distribución porcentual de pacientes según la religión que profesan**

| RELIGION  | PORCENTAJE |
|-----------|------------|
| Cristiana | 11%        |
| Católica  | 81%        |
| Ninguna   | 6%         |
| Otros     | 2%         |

La descripción anterior hace referencia a los aspectos sociodemográficos que convergen este punto y se da paso a la descripción de la perspectiva espiritual que responde al primer objetivo específico.

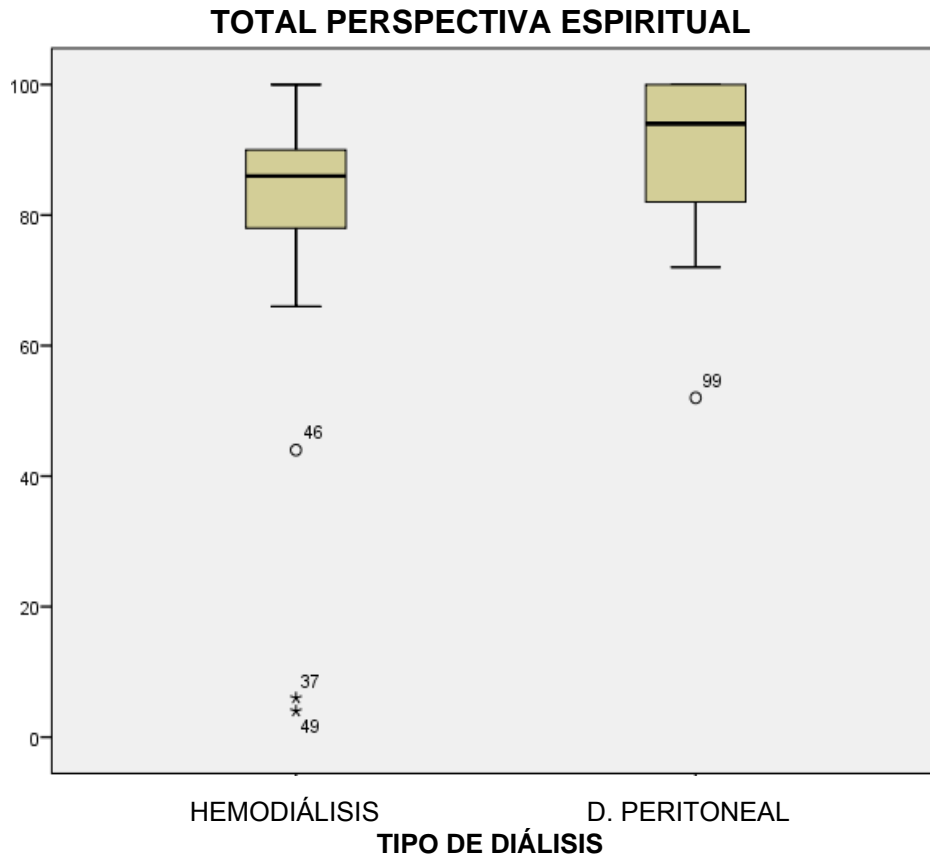
**Perspectiva espiritual.** Como se mencionó anteriormente en los dos grupos de diálisis objeto de esta comparación se midió la perspectiva espiritual por medio del instrumento de Reed 1986. Sintéticamente se puede afirmar que los dos grupos de paciente difieren en este aspecto fundamental debido a que la prueba U de Mann Whitney sugiere esta diferencia.

En efecto la prueba U de Mann Whitney presentó un valor P igual a 0.09 valor que se convierte en evidencia estadística que permite sustentar lo anteriormente dicho. De acuerdo a los resultados que se presentan en el anexo D del resumen de prueba de hipótesis

El gráfico de box-plot representado en la figura 1 sugiere visualmente que el grupo de pacientes en diálisis peritoneal presenta un mayor nivel de perspectiva espiritual que el grupo de pacientes en hemodiálisis.

Notándose en este grafico el agrupamiento de valores superiores del grupo de mayor nivel de perspectiva espiritual hacia los valores máximos posibles que permite el instrumento.

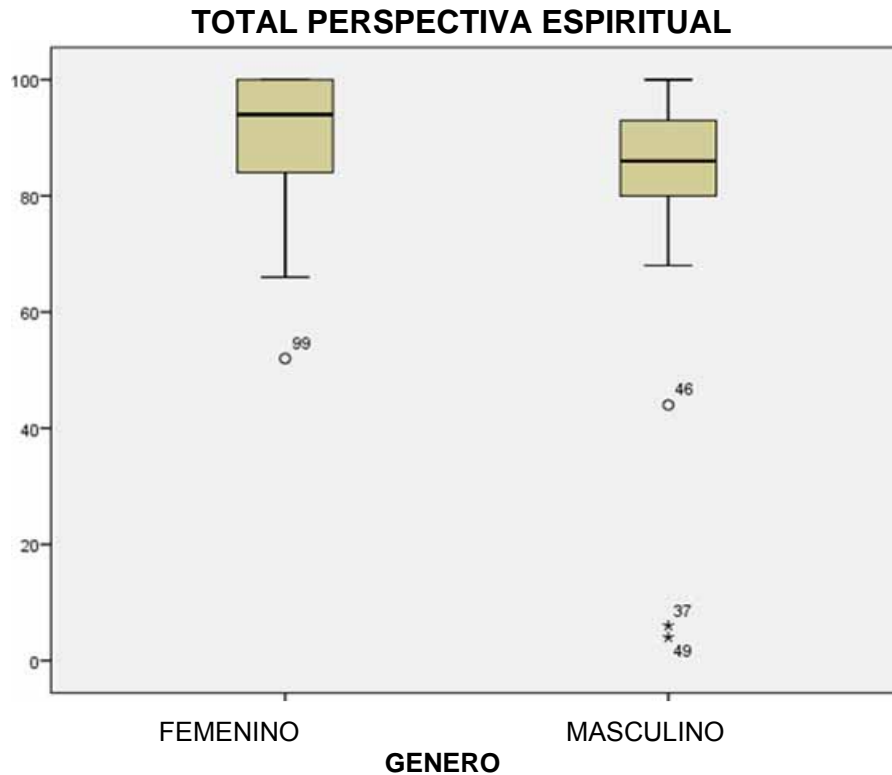
**Figura 1. Resumen estadístico básico del nivel de perspectiva espiritual**



En el análisis de relevancia de las variables sociodemográficas sobre la variable de perspectiva espiritual que hace parte del objetivo 5 del estudio, no se encontraron diferencias importantes en la perspectiva espiritual entre los grupos de edad de los pacientes, ni entre los grupos determinados por el tiempo de diagnóstico, ni entre los grupos definidos por el nivel económico, ni entre los grupos respecto al estado civil, tal como se deduce de las pruebas de: Kruskal-Wallis y U de Mann Whitney utilizadas para realizar dichas comparaciones.

En contraste con lo anterior, el género se presenta como un elemento diferenciador de la perspectiva espiritual puesto que los resultados de la prueba citada de Mann Whitney revelan una diferencia significativa de la distribución de la perspectiva espiritual en los dos grupos de género. El valor p igual a .004 es la evidencia estadística que respalda esta afirmación como se observa en el anexo E.

**Figura 2. Resumen estadístico básico del nivel de perspectiva espiritual y el género**



Desde el punto de vista gráfico este hallazgo se visualiza en la figura 2 en la cual el las mujeres presentan un nivel mayor de perspectiva espiritual que los hombres.

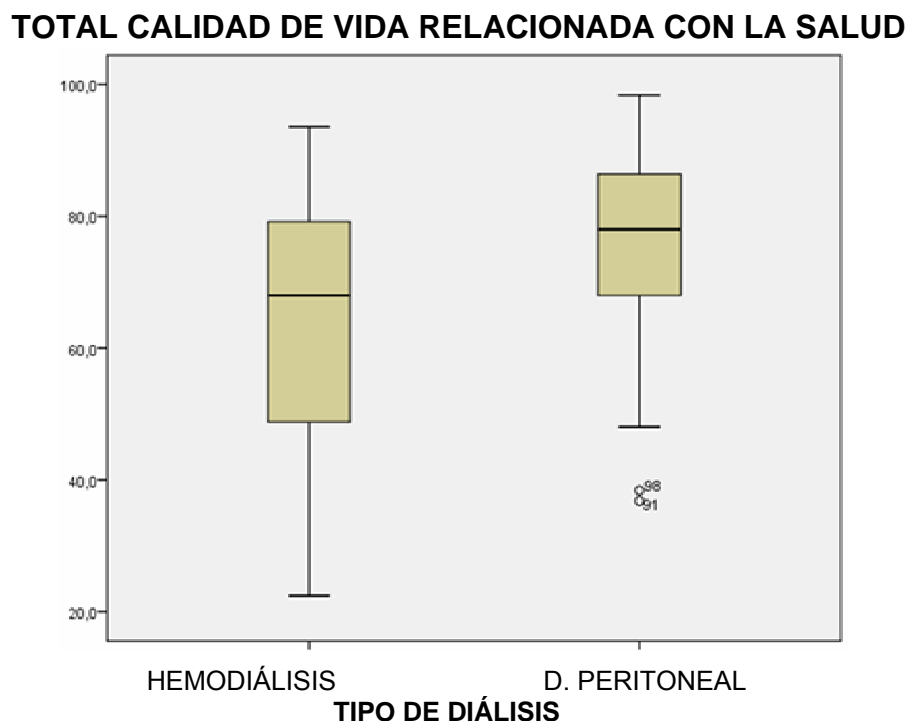
La distribución de la perspectiva espiritual en los hombres tiene un comportamiento simétrico a diferencia de la distribución de la perspectiva espiritual en las mujeres con un marcado sesgo negativo lo que significa una aglomeración de sus valores en los puntos más altos de la escala.

A continuación como segundo objetivo específico del estudio se procedió a medir la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes de ambos grupos de diálisis.

**Calidad de vida relacionada con la salud.** Por otra parte, para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud se utilizó el instrumento SF-36 versión II del Medical Outcomes Institute de Boston, adaptado por Alfonso en 1995. Con el fin de comparar la calidad de vida en los dos grupos del estudio se acudió a métodos no paramétricos y sobre los hallazgos de su aplicación se puede inferir que los dos grupos de pacientes difieren en este aspecto de la calidad de vida porque la prueba de U de Mann Whitney sugiere esta diferencia, dado que en efecto esta prueba presentó un valor P igual a 0.03, valor de evidencia estadística que permite sustentar dicha afirmación. Lo que se puede corroborar en el anexo F del resumen de prueba de hipótesis.

El gráfico de box-plot representado en la figura 3 sugiere visualmente que el grupo de pacientes en diálisis peritoneal presenta un mayor nivel de calidad de vida relacionada con la salud que el grupo de pacientes en hemodiálisis, dado que la mediana del nivel de calidad de vida es mayor en aquellos que en estos; así mismo los valores de la calidad de vida en el grupo de pacientes en diálisis peritoneal tiene una menor variabilidad es decir sus valores son más homogéneos tal como lo sugiere el grafico puesto que la caja es más angosta.

**Figura 3. Resumen estadístico básico del nivel de calidad de vida relacionada con la salud**



Igualmente para llevar a efecto el logro del objetivo 5, se procedió a analizar la relevancia de las variables sociodemográficas en la calidad de vida de los pacientes, partiendo primeramente con la edad.

Mediante el uso de la correlación de Spearman, se encontró una correlación no nula de entre la edad y la calidad de vida relacionada con la salud, debido a que su valor p es de 0,025, de carácter inverso, expresada numéricamente por menos -.224, lo que manifiesta que a mayor edad de los pacientes menor su calidad de vida relacionada con la salud, aunque dicha correlación es poco intensa.

**Cuadro 5. Compiladora de los resultados del análisis de correlación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la edad**

|                        |   | TOTAL CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD | EDAD   |
|------------------------|---|--|--------|
| <b>RHO DE SPEARMAN</b> | Total calidad de vida relacionada con la salud. | Coefficiente de correlación                    | 1,000  |
|                        |   | Sig. (bilateral)                               | ,025   |
|                        |   | N  | 100    |
|                        | Edad  | Coefficiente de correlación                    | -,224* |
|                        |   | Sig. (bilateral)                               | ,025   |
|                        |   | N  | 100    |

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

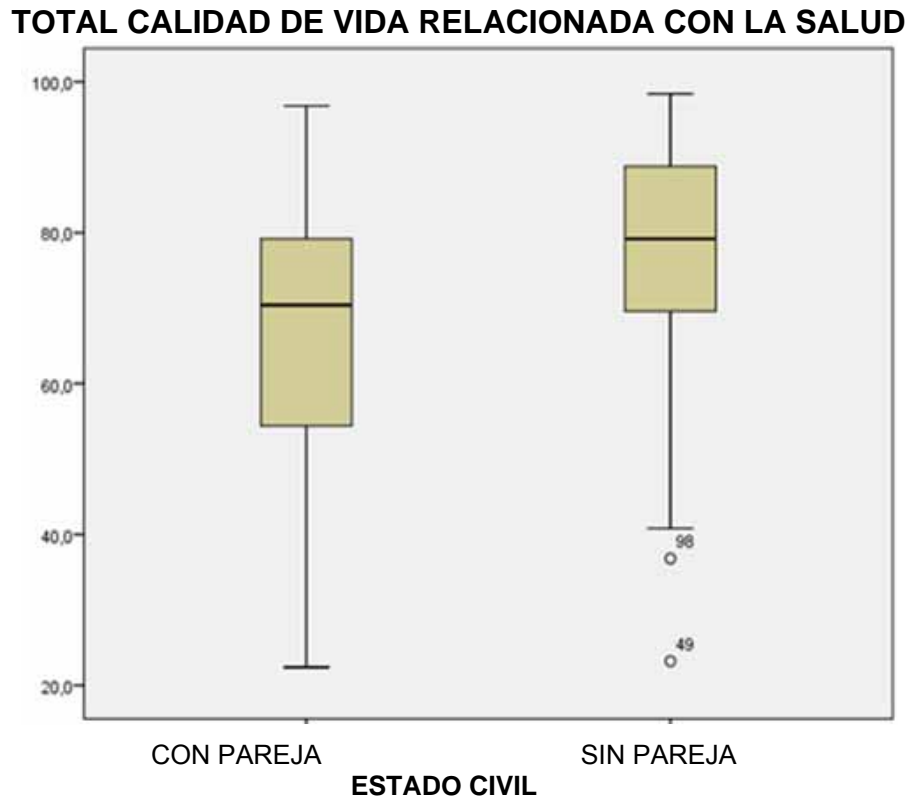
\* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

De igual forma, se destaca la variable de estado civil en la calidad de vida relacionada con la salud, dado que los resultados prueba de Mann-Whitney indican una diferencia entre los grupos de pacientes, con una significancia de .013.

La interpretación de este resultado sustenta la afirmación de que los pacientes sin pareja, tienen mejor calidad de vida relacionada con la salud a diferencia de los pacientes que poseen una pareja.

Esto se puede apreciar en el gráfico de box-plot representado en la figura 4 debido a que la mediana de los pacientes solteros es mucho más simétrica, sus valores tienen a ser más homogéneos así mismo al observar la dirección de la caja apunta hacia los valores más altos y es más angosta, a diferencia de los pacientes que si tienen una pareja.

**Figura 4. Resumen estadístico básico del nivel de calidad de vida relacionada con la salud y estado civil**



Tal como se deduce de la aplicación de las pruebas de: Kruskal-Wallis y U de Mann Whitney no se encontró correlación entre las demás variables sociodemográficas de interés con la calidad de vida relacionada con la salud.

**Cuantificación y comparación de la relación entre la perspectiva espiritual y la calidad de vida relacionada con la salud.** Con el fin de indagar sobre la correspondencia entre los valores inferiores de la Perspectiva espiritual SPS con los valores inferiores de la calidad de vida relacionada con la salud CVRS, como también entre los valores superiores de la SPS con los valores superiores de la CVRS, y de igual forma la correspondencia de los valores inferiores de aquella con los valores superiores de esta, indagación que permitiera establecer la estructura de la relación entre estas dos variables fundamentales del estudio, se utilizó el coeficiente de correlación no paramétrico de Spearman.

El análisis de correlación exploró si dicha correlación era significativamente distinta de cero, es decir que no fuera nula y cuantificó su valor. Los resultados del análisis se sintetizan en el cuadro 6.

**Cuadro 6. Compiladora de los resultados del análisis de correlación en el total de pacientes**

|                        |  | TOTAL CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD | TOTAL PERSPECTIVA ESPIRITUAL |
|------------------------|--|--|------------------------------|
| <b>RHO DE SPEARMAN</b> | Total calidad de vida relacionada con la salud | Coefficiente de correlación                    | 1,000                        |
|                        |  | Sig. (bilateral)                               | ,300**                       |
|                        |  | N  | 100                          |
|                        | Total Perspectiva espiritual                   | Coefficiente de correlación                    | ,300**                       |
|                        |  | Sig. (bilateral)                               | 1,000                        |
|                        |  | N  | 100                          |

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

El cuadro anterior registra un valor P. igual a 0.002 valor que permite afirmar que la perspectiva espiritual y la calidad de vida relacionada con la salud presentan una correlación estadísticamente significativa de cero es decir no nula, sin embargo la intensidad de la relación es débil pues el valor que reporta el análisis es de 0,3. El signo positivo del valor de la anterior correlación sugiere una relación de tipo directo, esto es que aunque débil, los valores bajos de la perspectiva espiritual tienden a asociarse con los valores bajos de la calidad de vida relacionada con la salud y a su vez los valores altos de la perspectiva espiritual, tienden a asociarse con los valores altos de la calidad de vida relacionada con la salud.

Así mismo se indagó en el conocimiento de la relación que tienen las dos variables centrales dentro de cada grupo de los grupos pacientes tanto de hemodiálisis como de diálisis peritoneal. Al igual que para el grupo total se utilizó la misma herramienta de análisis y sus resultados se compilan en los cuadros 7 y 8.



**Cuadro 7. Compiladora de los resultados del análisis de correlación en el grupo de pacientes en hemodiálisis**

|                        |  |                             | TOTAL CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD | TOTAL PERSPECTIVA ESPIRITUAL |
|------------------------|--|-----------------------------|--|------------------------------|
| <b>RHO DE SPEARMAN</b> | Total calidad de vida relacionada con la salud | Coefficiente de correlación | 1,000  | ,196                         |
|                        |  | Sig. (bilateral)            | .  | ,172                         |
|                        |  | N                           | 50   | 50                           |
|                        | Total Perspectiva espiritual                   | Coefficiente de correlación | ,196   | 1,000                        |
|                        |  | Sig. (bilateral)            | ,172   | .                            |
|                        |  | N                           | 50   | 50                           |

El cuadro anterior pone de manifiesto una correlación nula ente la perspectiva espiritual y la calidad de vida en el grupo de pacientes en hemodiálisis, debido a que el valor P consignado de 0,172 supera el valor de la probabilidad de error tipo I asumido como 0,05. Por tanto se puede afirmar que estas dos variables no tienen relación alguna en el grupo de pacientes en hemodiálisis.

**Cuadro 8. Compiladora de los resultados del análisis de correlación en el grupo de pacientes en diálisis peritoneal**

|                        |  |                             | TOTAL CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD | TOTAL PERSPECTIVA ESPIRITUAL |
|------------------------|--|-----------------------------|--|------------------------------|
| <b>RHO DE SPEARMAN</b> | Total calidad de vida relacionada con la salud | Coefficiente de correlación | 1,000  | ,295*                        |
|                        |  | Sig. (bilateral)            | .  | ,038                         |
|                        |  | N                           | 50   | 50                           |
|                        | Total perspectiva espiritual                   | Coefficiente de correlación | ,295*  | 1,000                        |
|                        |  | Sig. (bilateral)            | ,038   | .                            |
|                        |  | N                           | 50   | 50                           |

En el grupo de pacientes de diálisis peritoneal se manifiesta una situación diferente a la relatada para el grupo anterior. En efecto al igual que para el grupo completo la correlación es estadísticamente significativa de cero y su valor de

0.295 es prácticamente igual a la del grupo total. Es interesante por tanto preguntarse sobre qué aspectos radica esa diferencia tan marcada.

Una razón atribuible a esta diferencia podría radicar por una parte en el nivel de la complejidad de la terapia dialítica en el grupo de pacientes en hemodiálisis, debido a la rigurosidad de sus cuidados, lo estricto de los horarios, la marcada interferencia en la rutina diaria y la cotidianeidad de los pacientes, así como de la mayor dependencia del personal de salud. Por otra parte la comorbilidad asociada, la gravedad de sus complicaciones y el progreso de la enfermedad crónica, son también elementos diferenciadores, que afectan la percepción que los pacientes tienen en cuanto a su calidad de vida relacionada con la salud, situación que se presentan en menor intensidad que en los pacientes del grupo de diálisis peritoneal.

## 5. DISCUSIÓN

Sobre los aspectos sociodemográficos de los pacientes es relevante el hecho de que el nivel educativo de la mayoría de los pacientes es primaria en un 59% y el nivel económico que predomina es el 1 y 2 en un 83%. Los pacientes realizan actividades en su hogar y otro tipo diverso de labores con las que se mantienen activos, cumplen con sus responsabilidades y consiguen el sustento económico.

En lo anterior se puede apreciar que aunque los pacientes padecen una enfermedad crónica compleja como lo es la (ERC), que afecta todas las áreas laboral y del rol, los pacientes buscan la forma de sobrellevar estas situaciones derivadas de su padecimiento y buscan alternativas económicas que generen algún tipo de ingreso para mantenerse y para costear los gastos derivados de sus tratamientos como transportes, alimentación y cuidados, así mismo desean sentirse útiles en las labores de su hogar, es decir continuar enfrentando la vida, a pesar de las dificultades que representa la enfermedad renal crónica.

Los pacientes con enfermedad renal crónica en ambas terapias de diálisis tienen altos niveles de perspectiva espiritual. Estos resultados confirman lo descrito en investigaciones como Gómez-Duran (2010) (17) Galvis- Perez (2010) (19) Veloza Perez-2009 (16) realizadas en pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes, el cáncer, el VIH y ERC con lo cual se puede evidenciar que las prácticas espirituales tales como la oración, meditación, encuentros consigo mismo, lecturas de asuntos espirituales entre otros, son utilizadas para hacer frente a enfermedades crónicas; así mismo, las creencias espirituales dan esperanza, fortaleza, permiten sobrellevar limitaciones y sufrimientos cuando se las personas se aferran a un ser superior como Dios; especialmente en enfermedades crónicas.

La perspectiva espiritual fue más alta en los pacientes de diálisis peritoneal que en los pacientes de hemodiálisis. A diferencia del otro grupo, los pacientes en hemodiálisis deben acudir tres veces a la semana y permanecer de 3 a 4 horas en terapia dialítica, es decir que la mayoría del tiempo ellos se encuentran en la unidad sujetos a múltiples estresores fisiológicos, psicosociales, en el autoestima y en sus roles de familia (45) perciben un nivel mayor de afectación de su salud, mayor complejidad de su enfermedad y esto puede disminuir la esperanza, incrementar la incertidumbre y afectar su nivel de espiritualidad.

A diferencia de lo afirmado por Pamela Reed en su teoría de la Autotrascendencia en la cual los pacientes que se encuentran en experiencias vitales más cercanas a la muerte son quienes tienen mayor perspectiva espiritual (66). Estos hallazgos

conlleven a una reflexión acerca de las necesidades de los pacientes en hemodiálisis, como seres holísticos, cuya dimensión espiritual puede ser atendida cualquier perspectiva filosófica y sus necesidades identificadas en el cuidado de enfermería, para que a través de la promoción de las creencias y los comportamientos espirituales se fortalezca el nivel de perspectiva espiritual de estos pacientes y puedan alcanzar un mayor nivel de bienestar.

En contraste los pacientes en diálisis peritoneal pueden hacerse su tratamiento en el domicilio, es decir, permanecen en un ambiente familiar continuamente, su rutina no se ve tan interrumpida y alcanzan una mayor compatibilidad con otras actividades (46) y perciben su situación como llevadera y no tan compleja como la del otro grupo, lo cual puede ser un factor importante para mantener un mayor nivel de perspectiva espiritual.

Es interesante también la relación entre el género y la perspectiva espiritual ya que el grado de perspectiva espiritual fue más alta en las mujeres que en los hombres, resultados similares a los hallados por Torres-Ruiz (2011) (65) y Dávila (2004) (90) con lo que se puede evidenciar que las mujeres tienen la tendencia a buscar de Dios con más frecuencia que los hombres lo que les favorece para poder sobrellevar los asuntos de su vida en general a la que se le suma la enfermedad renal crónica y además les permite dar una nueva dimensión a su padecimiento.

Sobre los demás aspectos demográficos se puede afirmar que no se encontró relación entre la edad, el nivel socioeconómico, el nivel educativo, el estado civil con la perspectiva espiritual, similar a los hallazgos del estudio de Penington. (31)

En el grupo de pacientes del estudio la calidad de vida relacionada con la salud se encontró más alta en los pacientes en diálisis peritoneal, que en los pacientes en hemodiálisis, lo cual podría explicarse en las diferencias en la terapia de diálisis peritoneal respecto del manejo del tiempo, la cercanía con la familia, el tipo de actividades que pueden realizar dichos pacientes que son más variadas, la independencia del personal de salud y de la unidad, lo cual podría favorecer el estado de ánimo y la perspectiva sobre de la enfermedad. Similares resultados fueron hallados por Cameron y col en (2000) (91) donde se demostró una superioridad inicial de la calidad de vida en los pacientes de diálisis peritoneal sobre los pacientes de hemodiálisis.

Lo anterior difiere de los hallazgos del Acosta y col en (2008) (26) en el cual, las puntuaciones obtenidas en calidad de vida en los grupos de pacientes fueron

similares y no diferían en aspectos objetivos ni subjetivos de la misma. Cabe resaltar que en ese estudio se utilizó el instrumento WHQOL-100 de la OMS 1998.

Sobre la relación entre la calidad de vida y la edad, se encontró que a mayor edad menor calidad de vida relacionada con la salud, por las complicaciones propias de la enfermedad, el debilitamiento normal del cuerpo y sus funciones, los pacientes perciben que su calidad de vida relacionada con la salud va en detrimento a medida que aumenta la edad por las características de su enfermedad. Esto es similar a lo encontrado en la literatura por Yepes-col (2008) (23) Sanz -col (2006) (25) y Fiebiger-col (2004) (92) donde la edad estuvo negativamente asociada a la calidad de vida.

Respecto del estado civil y la calidad de vida relacionada con la salud se encontró que los pacientes con estado civil sin pareja tienen mejor calidad de vida relacionada con la salud a diferencia de los pacientes que si tienen pareja. Esto puede deberse a que las preocupaciones y cargas de una persona sin pareja son menores a las responsabilidades de los pacientes a cargo de una familia; la búsqueda de sustento económico, la vivencia de una enfermedad crónica y las dificultades familiares pueden ser factores que influyan en que las personas sin pareja perciban una mejor calidad de vida relacionada con la salud.

Esto podría sustentarse también en los hallazgos de un estudio realizado por Reyes-Castañeda en (2006) sobre Caracterización familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (93), en el cual el nivel de adecuación del afrontamiento a la enfermedad por parte de la familia, incide en la forma en que el individuo asume su enfermedad y se caracterizó por la inexistencia de cambios en la organización familiar ante la presencia de un miembro enfermo de la familia, lo que sugiere cierta rigidez de roles, está presente además la desunión, las peleas, la culpabilidad y el hacer responsable a algún miembro de la familia (generalmente a las mujeres) de la labor de cuidador primario, sin asumirse el compromiso por otros miembros del núcleo familiar.

Sobre los demás aspectos sociodemográficos se puede afirmar no se encontró relación entre el género, el nivel socioeconómico, el nivel educativo con la calidad de vida relacionada con la salud a diferencia de lo encontrado por Penington (2003) (31) en su estudio donde los hallazgos afirmaron que a mayor nivel educativo mayor calidad de vida en los pacientes con VIH.

En el presente estudio se encontró que una correlación significativa entre la perspectiva espiritual y la calidad de vida relacionada con la salud pero la intensidad de dicha relación fue débil. En contraste con el estudio de Penington-

(2003) (31) en pacientes con VIH donde se halló una correlación entre la perspectiva espiritual (instrumento de Reed) y la calidad de vida con medida con el instrumento (WHQOL-100 de la OMS 1998), dicha correlación fue significativa y fuerte.

Similar al estudio realizado por Ko en (2007) sobre creencias religiosas y calidad de vida en población estadounidense en hemodiálisis, en el cual las personas con un nivel de bienestar espiritual bajo que sugiere insatisfacción en su relación con Dios o con un poder superior y estrés existencial, estuvieron asociadas a una pobre calidad de vida relacionada con la salud. (80)

Igualmente estudios como los realizados por Wang (81), Kandamasay (30), Delgado (82) concluyen que la espiritualidad es un componente importante, dominio o dimensión de la calidad de vida.

Las creencias y los comportamientos espirituales del paciente con enfermedad renal en terapia dialítica trascienden como aspectos de relevancia que pueden ser una fuente de fé, sentido, fortaleza y significado que les permiten desarrollar su propia visión sobre el sentido de la vida, la cotidianidad, el dolor, el sufrimiento y que por sí mismos pueden ayudar a que el paciente perciba una mejor calidad de vida relacionada con la salud valorada en los componentes de su salud mental, calidad, el rol emocional, función social, el dolor corporal, el estado de salud general, el rol y la función física.

La correlación del nivel de perspectiva espiritual y la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con ERC en terapia dialítica, hace evidente la importancia de contemplar estos dos aspectos en el cuidado de enfermería, que conlleva a entender la dimensión espiritual como el sentido de plenitud, integridad, búsqueda de significado resaltando la necesidad de que el diseño de las intervenciones de cuidado sobrepasen los límites de la alteración física y de los aspectos objetivos, hacia los aspectos subjetivos del ser humano y su experiencia de vida.

## 6. CONCLUSIONES

El grupo de pacientes del estudio, conformado por 60 hombres y 40 mujeres que asisten a terapia dialítica a la unidad renal de Fresenius Medical Care de Cúcuta, tiene un perfil sociodemográfico que se caracteriza por presentar: nivel económico bajo en un 73%, escolaridad primaria en 59%, religión católica en un 81%, estado civil con pareja 64% y un 40% realizan labores en el hogar.

Con base en los datos recopilados en la escala de perspectiva espiritual de Pamela Reed, se puede afirmar que existe una diferencia en la perspectiva espiritual de los dos grupos, encontrando los niveles más altos en los pacientes en diálisis peritoneal.

La teoría de la trascendencia de Pamela Reed afirma que cuanto las personas están más cercanas a las experiencias de crisis vitales o vulnerables como en procesos de enfermedad crónica discapacitante o experiencias relacionadas con la muerte, aumenta su nivel de perspectiva espiritual, en contraste con los hallazgos del estudio los pacientes en hemodiálisis que se encuentran en escenarios más cercanos a la muerte, presentan un menor perspectiva espiritual que el otro grupo de pacientes.

Sin embargo se puede afirmar que a pesar de las características sociodemográficas de estos pacientes, la perspectiva espiritual surge como un recurso que les permite sentirse con fuerza, con ánimo, con esperanza para continuar, les fortalece, les ayuda a comprender el sentido de los padecimientos que atraviesan y además influye en la manera en que valoran la vida, así mismo puede afectar positivamente su calidad de vida relación con su salud.

Existe una significativa relación entre la perspectiva espiritual y el género debido a que la perspectiva espiritual fue mayor en las mujeres que en los hombres, lo cual aporta nuevo conocimiento a la construcción del cuidado de las mujeres con ERC y señala que una perspectiva espiritual puede ser un potencial para el cuidado integral.

Como resultado se encontró que la calidad de vida relacionada con la salud es mayor en el grupo de pacientes en diálisis peritoneal, una razón atribuible a esta diferencia con el grupo de paciente en hemodiálisis podría radicar en el nivel de la complejidad de la terapia dialítica debido a la rigurosidad de los cuidados, lo estricto de los horarios, la marcada interferencia en la rutina diaria, la dependencia del personal de salud, la comorbilidad asociada, la gravedad de las

complicaciones y el progreso de la enfermedad crónica que es más evidente en este último.

**Con base** en los resultados obtenidos, la enfermera debe identificar las necesidades específicas de cada grupo de pacientes, fomentar el cuidado espiritual, con la planeación y ejecución de acciones que le permitan responder a las áreas que se encuentran comprometidas en los pacientes en cuanto a las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud, con el fin de avanzar más allá del cuidado sobre los aspectos físicos en un ambiente hospitalario, a el planteamiento de intervenciones trasciendan las demás áreas del ser humano social, espiritual y emocional, así como al círculo más cercano del paciente que es la familia e incluirlos también como sujetos de cuidado.

La vivencia de la terapia dialítica crea un vínculo especial entre el profesional de Enfermería y el paciente, basado en la confianza personal y profesional. El profesional no sólo cuida del paciente sino que también se convierte en su continuó soporte maestro y en motivador de la rehabilitación. A medida que pasa el tiempo, el estado del paciente se estabiliza, el proceso de asistencia debe incitar al paciente a la participación en los cuidados, desarrollar una independencia y un sentimiento de mayor autodominio.

Se cumple la hipótesis del trabajo evidenciándose que los pacientes con ERC en diálisis que expresan un nivel de perspectiva espiritual alto en sus creencias y comportamientos espirituales son quienes presentan una mayor calidad de vida relacionada con la salud. Este hallazgo es de consideración en el cuidado de los pacientes con ERC para que la enfermería desde cualquier visión filosófica contemple la dimensión espiritual y las áreas que componen la calidad de vida relacionada con la salud, que permitirá a los pacientes con ERC tener un mayor grado de comprensión de su situación y enfrentar los retos de la vida diaria con significado.

Igualmente al ser la perspectiva espiritual y la calidad de vida relacionada con la salud más alta en los pacientes en diálisis peritoneal que en los pacientes en hemodiálisis, este hallazgo es de consideración para orientar a los profesionales de enfermería en el momento de realizar las intervenciones de cuidado según las necesidades específicas de cada grupo de pacientes, teniendo en cuenta a su vez otros aspectos relevantes como lo son el apoyo social, el afrontamiento y la funcionalidad familiar.

En toda la muestra de pacientes la calidad de vida relacionada con la salud es relevante la edad debido a que a mayor edad los pacientes perciben un menor



nivel de calidad de vida. Lo mismo sucede con el estado civil, debido a que el no tener pareja fue relevante para una mayor calidad de vida relacionada con la salud aspectos sobre los cuales la enfermera debe evaluar las características de las relaciones familiares, evaluar la sobrecarga del rol y fomentar apoyo social en esta área que es competencia del cuidado de enfermería.

La práctica de enfermería basada en la teoría, se considera relevante y significativa para la sociedad; al identificar un fenómeno como es la espiritualidad en los pacientes en situación de cronicidad, permite que el cuidado se brinde de manera integral fundamentado en conceptos teóricos que orientan a la valoración, planificación, ejecución y evaluación de los mismos. La teoría sirve para que haya una relación enfermera-paciente, enfermera-contexto, comprendiendo, analizando y reflexionando nuevas acciones y estrategias de cuidado, permite apartar a la enfermería del cuidado rutinario.

## 7. RECOMENDACIONES

Hacer visible la relación existente entre la perspectiva espiritual y la calidad de vida de los pacientes con ERC en los escenarios prácticos, dando valor a la dimensión espiritual y comprendiendo que los cuidados de enfermería deben trascender hacia intervenciones que les permitan a los pacientes comprender el significado de su experiencia y fortalecer sus creencias y prácticas espirituales en el afrontamiento de su enfermedad, considerando el beneficio sobre a calidad de vida relacionada con la salud.

Continuar en la profundización con estudios de tipo cualitativo y cuantitativo sobre la espiritualidad y la calidad de vida relacionada con la salud, para descubrir otros aspectos subjetivos y objetivos relevantes para el diseño de intervenciones de cuidado en el área espiritual y en la calidad de vida de los pacientes que puedan ser replicadas y validadas, con miras al desarrollo y el enriquecimiento del conocimiento teórico y disciplinar de enfermería, que contribuya a unir la brecha entre la teoría y la práctica.

Desarrollar proyectos de gestión con intervención del cuidado para los pacientes en diálisis peritoneal y hemodiálisis que permita priorizar en los aspectos de creencias, prácticas espirituales, formas de afrontamiento y fortalecer su calidad de vida relacionada con la salud además de mantener su nivel de espiritualidad.

Se hace visible la necesidad de incluir aspectos de perspectiva espiritual y la calidad de vida dentro del marco de diseño, formulación y ejecución de las políticas de salud específicamente en el grupo de pacientes terapia de diálisis especialmente en hemodiálisis, que establezca las directrices para guiar y realizar intervenciones en las dimensiones de: Función física, rol físico, rol emocional, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y salud mental.

Indagar sobre las características de la vivencia de la ERC en los pacientes de acuerdo al estado civil que permita profundizar en los aspectos de la perspectiva espiritual y la calidad de vida teniendo como referencia el género, como guía para el diseño de futuras intervenciones y que se constituyan como parte del conocimiento disciplinar en enfermería.

Según los hallazgos del marco teórico y las conclusiones del este estudio, sobre la relación entre la espiritualidad y la calidad de vida, es necesario contemplar en el instrumento SF-36 del Health Institute de Boston la dimensión espiritual como un componente de la calidad de vida relacionada con la salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Wen C, et al. Spiritual well being in patients with rheumatoid arthritis. *J. Nursing Res.*; 2011. 19 (1): 1-12.
2. Sapag J, et al. Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. *Rev. Panam. Salud. Publica.*; 2010. 27 (1): 1-9.
3. Alabart E, et al. Enfermedad renal crónica una epidemia. *Revista médica Universidad Nacional de Cuyo* (sitio en Internet). Disponible en: [http://rmu.fcm.uncu.edu.ar/vol05\\_01/11/index.php](http://rmu.fcm.uncu.edu.ar/vol05_01/11/index.php)
4. Rodríguez K. Situación de la nefrología en Colombia. *Rev. Asocolnef.*; 2009. 1 (4): 5-17.
5. López C, et al. Prevalencia de enfermedad renal y entidades asociadas, una base para la promoción de la salud en la población de Simijaca. *Rev. Fac. Med.*; 2005. 10 (1): 63-70.
6. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación de la enfermedad crónica en Colombia 2009. Bogotá: El Autor: 2010.
7. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación de la enfermedad crónica en Colombia 2010. Bogotá: El Autor: 2011.
8. Ministerio de la Protección Social. Guía para el manejo de la enfermedad crónica en Colombia. Bogotá: El Ministerio: 2005
9. Jennings, et al. Patients outcomes research: Seizing the opportunity. Article relationship between spirituality and health. *J. Adv. Nurs.*; 2002. 37 (6): 589-597.

10. Organización Mundial de la Salud. Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de medicina tradicional anexo IX Espiritualidad. Ginebra: OMS: 2002.
11. Whetsell M, et al. Niveles de bienestar espiritual y de fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores. Rev. Aquichan.; 2005. 4 (1): 73-85.
12. Zabala M, et al. Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. Rev. Aquichán.; 2006. 16 (1): 8-21.
13. Sánchez B. Comparación entre el bienestar espiritual de pacientes del programa de enfermería cardiovascular y el de personas sanas. Av. Enferm.; 2008. 21 (1): 65-74.
14. Sánchez B. Comparación entre el bienestar espiritual de personas con VIH/SIDA y personas sanas. Av. Enferm.; 2008. 11 (1): 9-14.
15. Veloza M, Pérez B. Perspectiva espiritual y capacidad de afrontamiento y adaptación en pacientes con VIH/SIDA III Jornada de Socialización de de resultados de investigación (sitio en Internet). Disponible en: <http://jabbah.unisabana.edu.co/InvestigacionWeb/WFPonenciaPublica.aspx?PON=118>
16. Veloza M, Pérez V. Perspectiva espiritual y proceso de afrontamiento y adaptación en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev. Cult. Cuid. Enferm. 1 (1): 58-60.
17. Gómez I, Duran M. Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 (trabajo de grado). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010.
18. Sánchez B. Comparación del bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad. Rev. Aquichan.; 2009. 9 (1): 8-22.
19. Galvis M, Pérez B. Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer. Aquichán.; 2011. 11 (3): 256-273.

20. Sánchez B. Bienestar espiritual de enfermos terminales y de personas aparentemente sanas. *Invest. Educ. Enferm.*; 2009. 27 (1): 86-95.
21. Vinaccia S, Orozco L. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedad crónica. *Diversitas. Perspectiv. Psicol.*; 2005. 1 (2): 125-137.
22. Organización Mundial de la Salud. Evaluación de la calidad de vida, Grupo WHOQOL 1994. Por qué la calidad de vida. En foro mundial de la salud. Ginebra: OMS: 1996.
23. Yepes C, Montoya M, et al. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica sin diálisis ni trasplante de una muestra aleatoria de dos aseguradoras de salud, Medellín, Colombia. *Rev. Nefrol.*; 2009. 29 (6): 548-556.
24. Rodríguez M, et al. Calidad de vida en pacientes renales hemodializados ciencia y enfermería. *Rev. Cienc. Enferm.*; 2005. 11 (2): 47-57.
25. Sanz D, Orte L, et al. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica. Influencia de la intervención precoz del nefrólogo y de la consulta prediálisis. *Rev. Nefrol.*; 2006. 26 (3): 56-65.
26. Acosta P, et al. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos hemodiálisis y diálisis peritoneal o trasplante. *Rev. Colomb. Psicol.*; 2008. 1 (17): 9-26.
27. Contreras F, Esguerra G, et al. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Acta. Colomb. Psicol.*; 2007. 10 (2): 169-179.
28. Delgado C. The impact of sense of coherence and spirituality on perceived stress and quality of life in persons with chronic obstructive pulmonary disease. Illinois: Loyola University of Chicago: 2006.
29. Pereirano A. Spirituality and quality of life among individuals with limb amputation. Phoenix: University of Phoenix: 2010.

30. Kandasamy A, Chaturvedi S, Desai G. Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian. J. Cancer.*; 2011. 48 (1): 55-59.
31. Penington L. *the relationship between the spirituality and quality of life in HIV Persons.* Alabama: University of Alabama: 2003.
32. Chaparro L. Como se constituye el vínculo especial de cuidado entre a persona con enfermedad crónica y el cuidador familiar. *Aquichan.*; 2011. 11 (1): 7-22.
33. Atarés J. *Aspectos psiquiátricos en nefrología y hemodiálisis.* Madrid: Gallery/ Health: 1993.
34. Finkelstein F, Wuerth D, Finkelstein S. Health related quality of life and the CKD patient: challenges for the nephrology community. *Kidney. Int.*; 2009. 76 (9): 946-952.
35. Anderson J, Levine J. *Identificación y prevención de problemas psicosociales en el enfermo renal.* Madrid: Emalsa: 1985.
36. Morales L, Castillo E. Vivencias de los adolescentes en diálisis. *Colomb. Med.*; 2007. 38 (4): 47-57.
37. Troncoso M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalario. *Acta. Paul. Enferm.*; 2007. 20 (4): 499-503.
38. Baker D. Studies of the inner life: the impact of spirituality on quality of life. *Quality of life research. J. Qual. Life. Asp. Treat. Care. Rehabil.*; 2003. 12 (1): 51-57
39. Gray J. Measuring spirituality: conceptual and methodological considerations. *J. Theory. Const. Test.*; 2006. 10 (2): 58-64.

40. Jaramillo V, Ospina M, Cabarcas I, Humpreys, J. Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas. *Rev. Salud. Pública.*; 2005. 7 (3): 281-292
41. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc. Enferm.*; 2003. 9 (2): 09-21.
42. Alarcon A. La personalidad del paciente y el apoyo psicosocial. Bogotá: Clínica Marly; 2004: 31-46
43. Neill P, Kenny E. Spirituality and chronic illness. *Image. J. Nurs. Sch.*; 1998. 30 (3): 275-280.
44. Adegebola M. Spirituality and quality of life in chronic illness *J. Theory. Const. Test.*; 2006. 10 (2): 42-46.
45. Mock y Tam. Stressors and coping Methods among chronic haemodialysis patients in Hong Kong. *J. Clin. Nurs.*; 2001. 10 (1): 503-511.
46. Cobo J, et al . Factores sociológicos y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en diálisis. *Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol.*; 2011. 14 (2): 98-104.
47. Reed P. Developmental resources and depression in elderly. *Res. Nurs. Health.*; 1986. 35 (6): 368-374.
48. Patrik D, Erikson P. Health status and healthy policy: allocating resources to health care. *Am. J. Epidemiol.*; 1993. 139 (12): 1226-1228.
49. Swinton J, Pattinson S. Moving beyond clarity: towards a thin, vague, and useful understanding of spirituality in nursing care. *Nurs. Philos.*; 2010. 11 (4): 226-237.
50. Tanyi R. Towards clarification of the meaning of spirituality. *J. Adv. Nurs.*; 2002. 39 (85): 500-509.

51. Fry J. Spirituality and spiritual engagement as perceived by palliative care clients and caregivers. *Aust. J. Adv. Nurs.*; 2000. 26 (4): 29-35.
52. Pinto N. Bienestar espiritual de los cuidadores familiares de niños que viven enfermedad crónica. *Investig. Enferm.*; 2007. 9 (2): 20-37.
53. Long C. Cultural and spiritual considerations in palliative care. *J. Pediatr. Hematol. Oncol.*; 2011. 33 (2): 96-101.
54. Tinley S, Kinney A. Three philosophical approaches to the study of spirituality. *Adv. Nurs. Sci.*; 2007. 30 (1): 71-71.
55. Goodard N. Spirituality as integrative energy: philosophical analysis as requisite precursor to holistic nursing practice. *J. Adv. Nurs.*; 1995. 22 (4): 805-815.
56. Burkhart L, Solari-Twadell A. Spirituality and religiousness differentiating the diagnoses through a review of the nursing literature nursing diagnosis. *Int. J. Nurs. Terminol. Classif.*; 2001. 12 (2): 45-54
57. Hungelmann J, Kenkel-Rossi H, Klasen L, Stollenwerk R. Verificación del bienestar espiritual como la esencia de la salud de los individuos. *Geriatr. Nurs.*; 1996. 17 (6): 262-266.
58. Meraviglia M. Critical analysis of spirituality and its empirical indicators. *Rev. Enferm. Holíst.*; 1999. 17 (1): 18-33.
59. Ellison C. Spiritual well being: conceptualization and measurement. *J. Psychol. Theol.*; 1983. 11. (2): 330-340.
60. Song M, Hanson L. Relationships Between Psychosocial-Spiritual Well-Being and End-of-Life Preferences and Values in African American Dialysis Patients *Journal of Pain and Symptom Management. J. Pain. Symptom. Manage.*; 2009. 38 (3): 372-380.



61. Tanyi A, Werner J. Spirituality in african american and caucasian women with end-stage renal disease on hemodialysis treatment. *Health. Care. Women. Int.*; 2007. 28 (2): 141-154.
62. Boero E, et al. Spirituality of health workers: a descriptive study. *Rev. Intern. J. Nurs. Stud.*; 2005. 42 (8): 915-921.
63. Reed P. Religiousness among terminally ill and healthy adults. *Res. Nurs. Health.*; 1986. 9 (1): 35-42.
64. Canaval G, González M, Sánchez M. Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que enuncian su situación de violencia de pareja. *Rev. Colombia. Médica.*; 2007. 38 (4): 72-78.
65. Torres I, Ruiz C. Perspectiva espiritual de hombres y mujeres con diabetes mellitus tipo II. Universidad de la sabana (sitio en Internet). Disponible en: <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/1342/1/Isabel%20Torres%20Leal.pdf>
66. Peterson S, Bredow T. Middle range theories. Application to nursing research. New York: Lippicott: 2004.
67. Naughton J, Shumaker S, Anderson T, Czajkowski S. Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. New York: Lippincott-Raven: 1996.
68. Jalowiec, A. Issues in using multiple measures of quality of life. *Semen. Oncol. Nurs.*; 1990. 6 (84): 271-277.
69. Padilla G, Grant M, Ferrell B. Nursing research into quality of life. *Qual. Life. Res.*; 1992. 1 (5): 341-348.
70. Minayo C, Hartz Z, Buss P. Quality of life and Health: a necessary debate. *Ciênc. Saúde. Coletiva.*; 2000. 5 (1): 7-18.

71. Botero B, Pico M. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años. *Hacia Promoc. Salud.*; 2007. 12 (2): 11-24.
72. Rodríguez J, Pastor M, López S. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema.*; 1993. 5 (1): 349-372.
73. Schwartzmann L, Olaizola I, Guerra A, et al. Validación de un instrumento para medir calidad de vida en hemodiálisis crónica: perfil de impacto de la enfermedad. *Rev. Méd. Urug.*; 1999. 15. (2): 103-109.
74. Carrillo G, Parra L. Calidad de vida en mujeres en situación de enfermedad crónica de Cáncer de Cerviz. *Av. Enferm.*; 2011. 29 (1): 87-96.
75. Ferrel B. The quality of lives: 1525 voices of cancer. ONS/Bristol-Myers. Oncology division distinguished. ONS.; 1996. 23 (6): 907-908.
76. Medellín J, Carrillo G. Soporte social percibido y calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal (sitio en Internet). Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8932/1/Judithmedellinolaya.2012.pdf>
77. Riaño I. Quality of life of adolescents with end-stage renal disease and kidney transplant. *Pediatr. Nephrol.*; 2009. 24 (8): 1561-1568.
78. Organización Mundial de la Salud. Glosario (sitio en Internet). Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf)
79. Torres A, Sanhueza O. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. *Cienc. Enferm.*; 2006. 12 (1): 9-17.
80. Ko B. Creencias religiosas y calidad de vida en población estadounidense en hemodiálisis. *Nephrol. Dial. Transplant.*; 2007. 22 (1): 2985-2990.

81. Wang C, Chan C, Ng S, Ho A. The impact of spirituality on health-related quality of life among Chinese older adults with vision impairment. *Aging. Ment. Health.*; 2008. 12 (2): 267-275.
82. Delgado C. Sense of coherence, spirituality, stress and quality of life in chronic illness. *J. Nurs. Scholarsh.*; 2007. 39 (3): 229-234.
83. Canales F, Alvarado E, Pineda B. *Metodología de la investigación*. Bogotá: OPS. 1994.
84. Quadern Digitals. Net: el portal de educación. Segundo seminario de investigación – tercera sesión. Diseño de la Investigación (sitio en Internet). Disponible en: [http://www.quadernsdigitals.net/index.php?accionMenu=cursos.VisualizaCursoVirtualU.visualiza&proyecto\\_id=441&cursoVirtual\\_id=189](http://www.quadernsdigitals.net/index.php?accionMenu=cursos.VisualizaCursoVirtualU.visualiza&proyecto_id=441&cursoVirtual_id=189)
85. Rohani C, Khanjari S, Abedi H, Oskouie F, Langius-Eklöf A. Health index, sense of coherence scale, brief religious coping scale and spiritual perspective scale: psychometric properties. *J. Adv. Nurs.*; 2010. 66 (12): 2796-2806.
86. Lugo H, García I, Gómez C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud. Pública.*; 2006. 24 (2): 37-50.
87. Vilagut G. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac. Sanit.*; 2005. 19 (2): 135-150.
88. Romero E. Confiabilidad del cuestionario de salud SF-36 en pacientes postinfarto agudo del miocardio procedentes de Cartagena de Indias, Colombia. *Rev. Colomb. Cardiol.*; 2008. 17 (2): 41-46.
89. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de octubre 1993 (sitio en Internet). Disponible en: [http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica\\_res\\_8430\\_1993.pdf](http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf)

90. Davila S. Relación entre los niveles de espiritualidad y fortaleza en ancianos mexicanos (sitio en Internet). Disponible en: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149846.pdf>
91. Cameron J, Whiteside C, Katz J, Devins, G. Differences in quality of life across renal replacement therapies: A meta-analytic comparison. *Am. J. Kidney. Dis.*; 2002. 35 (4): 629-637.
92. Fiebiger W, Mitterbauer C, Oberbauer R. Review: health-related quality of life outcomes after kidney transplantation. *Health. Qual. Life. Outcomes.*; 2004. 2 (2): 14-20.
93. Reyes A, Castañeda V. Caracterización familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (sitio en Internet). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10\\_04\\_06/san05406.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_04_06/san05406.htm)

# **ANEXOS**

## **Anexo A. Consentimiento informado**

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACION, UNIVERSIDAD DE LA SABANA

### **PERSPECTIVA ESPIRITUAL Y CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA**

#### **Estimado (a) usuario(a):**

Cordialmente estamos invitándole a participar en una investigación desarrollada entre la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de La Sabana y cuyo investigador principal es la enfermera Andrea del Pilar Botello. El objetivo general de esta investigación es “Determinar la posible relación entre la perspectiva espiritual y la calidad de vida en los pacientes con hemodiálisis y diálisis peritoneal de las unidades renales.”

El conocimiento derivado de este proyecto guiará la implementación de medidas de mejoramiento que promuevan la calidad del cuidado y la satisfacción de los usuarios y de esta manera mejoren los resultados derivados del cuidado de enfermería. Además se podrá explorar la contribución específica de enfermería en los resultados de los pacientes y familiares.

Los resultados obtenidos, serán soporte para la realización de estudios posteriores dirigidos a la atención de los pacientes con enfermedad renal. Así mismo contribuir en la calidad del cuidado que se brinda a dichos pacientes.

Ésta investigación no supone riesgoso para la salud, integridad o bienestar de los participantes

Es importante que usted tenga en cuenta que:

1. Su participación en esta investigación es de carácter voluntario.
2. Usted es libre de negarse a participar y de retirarse de la investigación en cualquier momento, sin que ello represente consecuencia alguna.
3. El procedimiento para su participación en este proceso es:
  - a. Usted responderá en forma verbal una serie de preguntas que evaluarán aspectos como la Perspectiva espiritual y la calidad de vida y algunos datos de tipo socio demográfico.
  - b. El tiempo requerido para este proceso es de 30 minutos y se realizará dentro de las instalaciones de la institución.

4. Sus respuestas serán anónimas, únicamente se usará un código de identificación para ordenar la información.

5. La información que se obtenga y los resultados derivados del análisis de la misma serán usados únicamente con fines investigativos. Los resultados tienen un carácter de estricta confidencialidad.

6. No se proporcionará dinero u otras formas de bienes materiales por la participación en esta investigación.

7. Durante el desarrollo de la investigación, usted estará en libertad de solicitar toda la información disponible frente al proceso de avance de la misma.

Yo \_\_\_\_\_

Identificado con cédula de ciudadanía número (ó cédula de extranjería, si es el caso) \_\_\_\_\_, y en calidad de usuario de la IPS Fresenius Medical Care, afirmo que son claros para mi todos los aspectos de este documento, entiendo el tipo de participación y los fines de la misma y acepto la participación en la entrevista y el diligenciamiento de los formatos requeridos para tal fin. Declaro que se me ha informado acerca de los riesgos y beneficios derivados de mi participación. Así como también, que se me ha informado acerca de la voluntariedad en mi participación, la posibilidad de retirarme en cualquier momento y la confidencialidad en el manejo de mi identidad y la información que proporcionaré.

Si tengo inquietudes o dudas respecto a mi participación puedo comunicarme al número telefónico 3118535380 o 8617777, ext. 1145/1383/1139.

Yo Andrea identificada con CC.1090373779 de Cúcuta en calidad de investigadora principal certifico que he explicado los fines y tipo de participación de esta investigación. Que he aclarado todas las preguntas y dudas relacionadas con la misma y he brindado más información si me la han solicitado. Adicionalmente reitero que he explicado que la participación en esta investigación es voluntaria. Finalmente certifico que he verificado la firma del consentimiento por parte del usuario.

\_\_\_\_\_  
**Nombre, CC y Firma del participante**  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre, CC y Firma del investigador**  
**Fecha**

## **Anexo B. Permiso de la Dra. Pamela Reed**

Dear Professor Reyes,

You have my permission to use the Spiritual Perspective Scale in your investigation. I am sending the Spanish version, along with the complete SPS packet in English. Please let me know if you have any questions.

Best wishes in your research with patients who have renal disease.

Sincerely,  
Pam

*Pamela G. Reed, PhD, MSN, RN, FAAN*  
*Professor*  
*The University of Arizona*  
*College of Nursing*  
*1305 N. Martin St.*  
*Tucson, AZ 85721-0203*  
*[preed@nursing.arizona.edu](mailto:preed@nursing.arizona.edu)*



## Anexo C. Licencia para la utilización del instrumento SF-36



### Sublicencia en BiblioPRO

---

#### Se le ha otorgado la sublicencia de *Cuestionario de Salud SF-36v2 (España) - 1 semana*

Estado de la sublicencia: Otorgada el 14 de junio de 2012 a las 09:06

Válida hasta: 14 de junio de 2013 a las 02:21

#### Información sobre el pago

- Precio de la sublicencia:
  - Base imponible: 174.75 €
  - IVA: 0% (0 €)
  - Total: 174.75 €
- Número de la factura:
- Fecha de la factura: No emitida
- Número de albarán interno: 2012-06-06-SUBL-537-385
- IBAN:
- SWIFT:

#### Información sobre la sublicencia

- Fecha de solicitud: 6 de junio de 2012 a las 22:26
- Número de administraciones: 100
- Financiación mayoritaria por una entidad: Académica
- Promotor del proyecto: ANDREA DEL PILAR BOTELLO REYES

#### Información sobre el estudio

- Nombre: Perspectiva espiritual y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal
- Uso: Otros
- Objetivos: Determinar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal
- Período: 2012-06-12 - 2013-03-12
- Diseño: Transversal
- Población: Pacientes con enfermedad renal
- Enfermedad o síntoma: Genérico o Cualquier Enfermedad
- Modo de administración: Por entrevistador
- Soporte técnico: Papel impreso

#### Datos de facturación

- Razón social: ANDREA DLE PILAR BOTELLO REYES
- CIF: CC1090373779
- Dirección: CLL 12 No 1-14 Centro
- Código postal: 540001
- Población: Norte de Santander
- País: Colombia
- Teléfono: 3134707012
- Correo electrónico: botelloreyes@hotmail.com

## Anexo D. Perspectiva espiritual

### Resumen de prueba de hipótesis

|   | Hipótesis nula  | Test  | Sig. | Decisión                    |
|---|---|---|------|-----------------------------|
| 1 | La distribución de TOTALESPRE es la misma entre las categorías de Tipo de diálisis. | Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes | ,009 | Rechazar la hipótesis nula. |

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

## Anexo E. Variables sociodemográfica de género y variables de interés

### Resumen de prueba de hipótesis

|   | Hipótesis nula  | Test  | Sig. | Decisión                    |
|---|---|---|------|-----------------------------|
| 1 | La distribución de TOTALE es la misma entre las categorías de Género.     | Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes | ,206 | Retener la hipótesis nula.  |
| 2 | La distribución de TOTALESPRE es la misma entre las categorías de Género. | Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes | ,004 | Rechazar la hipótesis nula. |

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

## Anexo F. Calidad de vida relacionada con la salud

### Resumen de prueba de hipótesis

|   | Hipótesis nula  | Test  | Sig. | Decisión                    |
|---|---|---|------|-----------------------------|
| 1 | La distribución de TOTALE es la misma entre las categorías de Tipo de diálisis. | Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes | ,003 | Rechazar la hipótesis nula. |

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05

## Anexo G. Estado civil y variables de interés

### Resumen de prueba de hipótesis

|   | Hipótesis nula  | Test  | Sig. | Decisión                    |
|---|---|---|------|-----------------------------|
| 1 | La distribución de TOTALE es la misma entre las categorías de Estado civil.     | Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes | ,013 | Rechazar la hipótesis nula. |
| 2 | La distribución de TOTALESPRE es la misma entre las categorías de Estado civil. | Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes | ,417 | Retener la hipótesis nula.  |

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.