

Trabajo de grado

Pacientes crónicos y calidad de vida

Percepción, Emoción y Calidad de vida en pacientes trasplantados de pulmón en la ciudad de Medellín

Luisa Fernanda Álzate Vanegas

Yuliana Correa Piñeres

Natalia García Herrera

Maribel Ospina Agudelo

Jesica Valencia Puerta

Ericcsol Zapata Arango

Hamilton de Jesús Fernández Vélez

Fundación Universitaria Luis Amigó

Medellín, Antioquia

Psicología

2016

Introducción

El trasplante pulmonar es una opción de vida para aquellas personas que tienen cualquier enfermedad terminal pulmonar que no sea susceptible a tratamiento médico, cuyo pronóstico de supervivencia sea menor de dos años.

En comparación con otros trasplantes, esta cirugía posee un acceso mucho más restringido debido a; las condiciones que este procedimiento demanda para que un paciente sea apto, las posibilidades de donación, las cuales se caracterizan por tener especificaciones muy estrictas de compatibilidad y adaptabilidad, y los centros médicos que responden a estas necesidades dentro del país son muy pocos.

Las principales indicaciones son 1) la enfermedad pulmonar obstructiva crónica - EPOC -, de cualquier etiología, sea por cigarrillo, deficiencia de alfa 1 antitripsina o bronquiolitis obliterante. 2) La fibrosis pulmonar o enfermedad intersticial, sea de origen idiopático, inmunológico o por inhalación o drogas. 3) Las vasculares como la hipertensión pulmonar primaria o secundaria. 4) Otras indicaciones incluyen enfermedades tales como linfagiomiomatosis, sarcoidosis, granuloma eosinofílico, bronquiolitis obliterante, etc. 5) El trasplante cuando hay que reemplazar un pulmón previamente trasplantado. (Velásquez y Arbeláez, 2005, pp. 427).

La Clínica CardioVid, es uno de los centros certificados para realizar este tipo de procedimientos en la ciudad de Medellín, siendo pioneros y líderes en Colombia con más de 90 trasplantes de pulmón. El servicio de trasplante pulmonar, de la Clínica CardioVID, fue implementado en el mes de octubre de 1997, luego de la experiencia y crecimiento que había tenido el programa de trasplante de corazón. Las enfermedades por las cuales se han realizado estos trasplantes han sido diversas y en estado avanzado; en las que previamente se agotaron todas las posibilidades terapéuticas. (Clínica CardioVID, 2016).

Dentro del campo de la psicología de la salud se abarcan algunos aspectos psicológicos relacionados con la percepción e imagen corporal, emoción y calidad de vida. Dichos aspectos se convirtieron en variables investigativas para medir el impacto causado en 7 pacientes trasplantados de pulmón que fueron convocados en el año 2015, quienes tuvieron su intervención en la Clínica CardioVid.

Estas enfermedades crónicas causan en el paciente impacto psicológico debido al padecimiento, morbilidad, duelos, angustias, etc. La psicología de la salud, por medio de técnicas y metodologías, permiten intervenir y re significar en las personas determinadas experiencias y emociones, contribuyendo a la mejora de la calidad de vida, con la intención de que asuman dichas situaciones de una forma más sana.

Objetivo general

Evaluar la relación de percepción, emoción y calidad de vida en pacientes trasplantados de pulmón en la ciudad de Medellín.

Objetivos específicos

- Construir una escala Likert, que permita la evaluación de las variables de percepción-imagen corporal, emoción y calidad de vida en pacientes trasplantado de pulmón en la ciudad de Medellín.
- Evaluar la relación entre percepción y el trasplante pulmonar en pacientes trasplantado de pulmón en la ciudad de Medellín.
- Evaluar la relación entre emoción y el trasplante pulmonar en pacientes trasplantado de pulmón en la ciudad de Medellín.
- Evaluar la relación en calidad de vida y el trasplante pulmonar en pacientes trasplantado de pulmón en la ciudad de Medellín.

Marco de referencia

La OMS (1948), define salud como el estado de bienestar completo en los aspectos físicos, mentales y sociales del ser humano, no solo la ausencia de enfermedades y padecimientos.

Basado en lo anterior la salud no se enmarca solo en la falta de síntomas sino en la integración de dimensiones que causan el bienestar y mejoran la calidad de vida en el sujeto. Es necesario el reconocimiento de la salud integral la cual permite la interacción de elementos psicológicos, biológicos y sociales para abordar al sujeto, posibilitando el campo para que el psicólogo de la salud realice intervenciones. (Rodríguez y Neipp, 2008).

La dimensión psicológica y física se interrelacionan e influencia una a otra, es por ello que la psicología de la salud ha tomado fuerza según las necesidades que han surgido y los resultados en sus intervenciones. (Taylor, 2007), mencionó que la psicología de la salud se direcciona al entendimiento de las influencias psicológicas en el proceso de origen y evolución de la enfermedad, además posibilita promover el cuidado de la salud y el mejoramiento de esta a partir de ciertas prácticas.

La psicología de la salud no solo se centra en el individuo enfermo o sano sino en las instituciones que intervienen alrededor de esta, tanto en presencia como en ausencia de esta, es por eso que interviene en procesos de promoción y de prevención de la enfermedad y en su tratamiento. Se centra principalmente en el diagnóstico, en la curación y en la intervención. Por otro lado estudia a las personas que están incluidas en el cuidado de la salud como familia, instituciones gubernamentales, etc. (Rodríguez y Neipp, 2008)

En las enfermedades de tipo crónico, las cuales debilitan mucho más al sujeto por las implicaciones que tienen, como dolor, mayor tiempo de padecimiento, mortandad, morbilidad, duelos, separaciones, angustia psicológica, etc. La psicología de la salud contribuye por medio de ciertas técnicas a modificar comportamientos insalubres implicados en el origen de las enfermedades crónicas, utiliza técnicas para eliminar o disminuir el dolor y el estrés, comprometen tanto a los pacientes y sus familias para que sigan las recomendaciones terapéuticas e interviene en la educación de pacientes, para que logren estos vivir con su enfermedad. (Rodríguez y Neipp, 2008)

En las enfermedades crónicas se debe tener presentes cambios y deterioros en la autoimagen, autoestima, autorrealización y auto-concepto a los que se ve enfrentado el paciente de forma duradera. (Rodríguez y Neipp, 2008)

También existe una dimensión psicosocial que es fundamental en la psicología de la salud, es necesario considerar la importancia del contexto psicosocial en todos los procesos que implica la enfermedad, es este el que determina el rol del individuo en relación a la salud o la enfermedad, creando los roles y papeles sociales del enfermo y asignando contenidos estigmatizantes a determinadas enfermedades que imposibilita al sujeto y hacen que las familias y el resto de las personas de la sociedad tomen un papel específico (Rodríguez y Neipp, 2008)

Los trasplantes de órganos son procedimientos extremos producto de enfermedades crónicas e irreversibles de un órgano vital, Pérez, Rodríguez y Galán (2005). Afirman que este tipo de intervenciones pueden generar complicaciones psicológicas después de la cirugía, ya que se presenta una fase de conflictos ambivalentes que oscilan entre el miedo y la esperanza, la dependencia y la independencia. El trasplante de pulmón es un procedimiento en el que se extraen los pulmones enfermos y se reemplazan por unos sanos de un donante humano,

como alternativa ante enfermedades crónicas pulmonares. Algunas de las enfermedades que son clasificadas y evidenciadas como enfermedades de base a la hora de requerir una intervención quirúrgica pulmonar son: EPOC, FPI, Fibrosis quística, Hipertensión pulmonar idiopática, Sarcoidosis.

Según Kotloff y Thabut G. (2011) La fibrosis quística constituye hoy la tercera causa más frecuente, mientras que la hipertensión pulmonar idiopática, en virtud de los avances en su tratamiento, ha pasado a ser motivo de sólo el 2% de las intervenciones.

Se puede incluir una persona como parte de la lista de espera para el trasplante de pulmón cuando la enfermedad es tan alta que comienza a afectar la función de los mismos, propiciando así mayores niveles de mortalidad sin trasplante (necesidad de sobrevivir) o por tiempo de espera, cualquiera que sea el caso es preciso que cada paciente asuma potencialmente todos los cuidados y controles que se requieren en el proceso postoperatorio.

Estas personas que están en proceso de recibir un trasplante de pulmón deben cumplir una serie de condiciones para que dicha cirugía tenga resultados óptimos que le favorezca a su nuevo estilo de vida, entre ellas, como lo mencionan Kotloff y Thabut (2011) dichos criterios son: edad menor de 55 años, historia de fumador de hasta 20 paquetes al año, ausencia de trauma de tórax, sin evidencias de sepsis o neumonía aspirativa, sin cirugía torácica previa, y con serologías negativas para HIV , hepatitis B y C, ausencia de gérmenes en un examen directo de esputo, y ausencia de historia de cáncer reciente (excluyendo los de piel, los de cuello uterino, o los tumores cerebrales con bajo potencial de metástasis).

Existe la opción de poder trasplantar uno o dos pulmones según el caso, según mencionan Kotloff y Thabut (2011):

el trasplante de pulmón único ofrece opción para un mayor número de receptores y es mejor tolerado por los pacientes más frágiles, por otra parte el implante de pulmón bilateral se hace hoy en dos tercios de los pacientes con EPOC y en la mitad de los que padecen fibrosis pulmonar idiopática, ofreciendo mejor sobrevida, según la investigación sobre trasplante de pulmón reportada en esta revista mencionan en pacientes menores de 60 años una sobrevida de hasta el 60% en contraposición con el 40% en el caso del implante de pulmón único; un dato importante dentro de las esperanzas de vida después del trasplante; se han realizado estudios que manifiestan de manera general una sobrevida actual de 79% al año, 63% a los tres, 52% a los cinco y 39% a los 10 años.

(2011).

En contraposición Monforte y Román (2010), concluyen que la calidad de vida obtenida tras un trasplante unipulmonar es inferior a la que proporciona el trasplante pulmonar bilateral.

Las complicaciones más frecuentes después de realizado el trasplante pulmonar, es la presencia de hipertensión pulmonar severa anterior al procedimiento, otro factor es el tiempo de isquemia del injerto, cuando excede las 6 horas, es importante mencionar que dentro de este proceso se puede dar una infección, se presume que la neumonía bacteriana tiene su mayor frecuencia durante la primera semana, siendo la causa más frecuente de muertes temprana y tardía como lo exponen Kotloff y Thabut (2011), seguidamente de la *Pseudomona aeruginosa* y el *Staphylococcus aureus* son las bacterias más frecuentes, en ese orden, la infección viral más frecuente es por Citomegalovirus (CMV), por reactivación de una infección latente en el receptor, o por infección del donante. Hasta un tercio de los pacientes padecerá esta infección durante el primer año.

El otro agente oportunístico frecuente es el *Aspergillus*, especialmente durante los primeros seis meses del postoperatorio. Puede comprometer la vía aérea, especialmente la anastomosis traqueal, donde se requiere de procedimientos endoscópicos para su detección.

Además de las anotaciones anteriores como consecuencias posibles del trasplante del pulmón es de anotar que se puede dar otra dificultad como el rechazo agudo del mismo, principalmente en el primer año, el rechazo puede ser asintomático hasta en un 40% de los casos, y cuando se manifiesta lo hace con malestar general, febrícula y leucocitosis como lo sustentan Kotloff y Thabut (2011), adicionando también que la bronquiolitis obliterante es la mayor amenaza a la sobrevivencia a largo plazo de estos pacientes, e implica la obstrucción fibroproliferativa progresiva e irreductible de la pequeña vía aérea. Un 50% de los trasplantados desarrollará esta alteración durante los primeros 5 años, y un 75% en los primeros 10.

La principal complicación del trasplante pulmonar es el rechazo del órgano, debido a que éste no pertenece a su cuerpo, es allí cuando actúan las defensas del organismo, viéndolo como una amenaza e intentando eliminarlo, este es el mayor temor que tienen los pacientes trasplantados

En nuestro país existen pocas investigaciones que evidencien las implicaciones psicológicas después de realizada una cirugía de trasplante pulmonar, pudiendo ser los causantes dos sucesos, en primer lugar la población colombiana carece tanto de clínicas especializadas como de donantes, y en segundo lugar, por ser uno de las cirugías de trasplante con menos éxito de adaptación al organismo receptor.

Entre los hallazgos más importantes Pérez, Rodríguez y Galán (2004) encontraron:

los problemas psicológicos que provienen después de un trasplante de órganos son: trastornos sexuales, debido a su temor de dañar el órgano trasplantado, además ya que se sienten menos atractivos, por efectos secundarios como el crecimiento del vello y aumento de peso, como efecto secundario de los inmunosupresores. En segundo lugar están los trastornos del estado de ánimo, los más frecuentes son los trastornos depresivos, pudiendo esto causar la baja adherencia al tratamiento. En tercer lugar están los trastornos de ansiedad, estos pueden aumentar cuando sus familiares suelen distanciarse de ellos, debido a que consideran que los pacientes han regresado a su vida normal. En cuarto lugar está la fantasía sobre el donante, los pacientes pueden fantasear con las características físicas y psicológicas del donante, algunos se sienten culpables porque piensan que una persona murió por ellos, otros sin embargo, piensan que se lo merecían, con la creencia divina de ser un regalo de vida. En quinto lugar está la insatisfacción con la imagen corporal, se conoce como el síndrome de Frankenstein, ya que los receptores no integran este órgano a su cuerpo.

Estos autores también nombran unas variables psicosociales que pueden influir en los trastornos psicológicos durante el proceso post operatorio, estos son:

- (a) apoyo familiar, la ausencia de esta aumenta los trastornos psicológicos, mostrándose los pacientes más ansiosos, presentan conductas y pensamientos depresivos, debido a que esta red de apoyo no proveían el suficiente acompañamiento físico y psicológico. Además la familia tiene que aceptar que el trasplante ha producido un cambio en este paciente , paso del rol de enfermo a sano, cambiando así su actitud de protección hacia una más de compañerismo. (b) En la hospitalización, el número de veces que esté hospitalizado y la duración de éstas después del trasplante, puede ocasionar bajos estados de ánimo y desmotivación frente al tratamiento. (c) El sentido de vida se ve reflejado en los proyectos que tiene el paciente frente a su futuro, esto le permite tener una mayor motivación y constancia en su tratamiento, así como la lucha frente a los obstáculos que de este surjan. (d) la duración de la enfermedad antes de la cirugía puede ocasionar mayores riesgos de padecer trastornos psicológicos después de la cirugía. (e) a mayor expectativa frente a la cirugía hay mayor frustración. Todos estos aspectos pueden contribuir con la mejora

o con el deterioro de la calidad de vida a nivel personal y familiar, teniendo en cuenta que la calidad de vida es uno de los conceptos que entra con mayor fuerza en el área de la salud y es medida como una herramienta indispensable para la recuperación de los pacientes.

Lastimosamente los estudios que se han realizado con relación a la calidad de vida no logran dar un concepto claro y amplio de lo que esto abarca, es por ello que tal concepto es mal utilizado en varios campos.

Según la OMS la calidad de vida es:

La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno. (2005)

Cuando hablamos de calidad de vida tenemos que pensar en dos situaciones que nos plantean Urzúa y Caqueo (2012)

Hace referencia a las condiciones de vida que la persona posee, a diferencia de la satisfacción de esas condiciones de vida. Retomando el primer concepto nos referimos objetivamente a condiciones medibles en una persona, tales como salud física, condiciones de vida, relaciones sociales, actividades funcionales u ocupación,; a diferencia de la satisfacción de vida que se visualiza como la sumatoria de la complacencia en las diversas áreas de la vida, de manera que la satisfacción es una evaluación individual donde el marco de referencia es personal, no es posible desconocer que esta evaluación es afectada por la experiencia y el juicio de una persona en una determinada situación.

Según las investigaciones de Urzúa y Caqueo (2012), las condiciones de vida pueden ser establecidas objetivamente mediante indicadores biológicos, sociales, materiales, conductuales y psicológicos, los que sumados a los sentimientos subjetivos sobre cada área pueden ser reflejados en el bienestar general. Este grupo de definiciones intentaría conciliar la discusión acerca de considerar a la calidad de vida desde un punto de vista netamente objetivo o desde uno subjetivo.

Es importante considerar que la percepción que tiene la sociedad con respecto a los pacientes que padecen una enfermedad crónica y que son sometidos a trasplantes, juega un papel muy importante, ya que es indispensable contar con una red de apoyo primaria y un sistema de soporte social permanente que le brinde las estrategias para afrontar esta nueva condición y facilite su adaptación a la nueva situación, aportando para ello técnicas que contribuyan a suplir las necesidades propias de cada paciente, que son generadas a partir de la cirugía. Los valores personales también hacen parte de las variantes que influyen en otra visión de la calidad y satisfacción de vida, ya que en la medida que cambien estos valores se presenta un proceso dinámico que hace que tome un rumbo diferente en la percepción de la calidad de vida tomando como referencia las metas, las expectativas, estándares e intereses, los que estarían directamente relacionados con la evaluación que se haga de los factores que en ella inciden.

En la investigación realizada por Urzúa y Caqueo (2012), el reporte de satisfacción está en función de las discrepancias percibidas entre lo que uno tiene y quiere, relevantes para otro, lo mejor que uno tuvo en el pasado, expectativas a tener, lo que se merece y lo que necesita. Asimismo, todas las discrepancias, satisfacción y acciones están directamente e indirectamente afectadas por el sexo, edad, educación, raza, ingreso, autoestima y apoyo social.

El entorno es una de las características de la calidad de vida, donde se deben tener en cuenta la capacidad, la utilidad y la apreciación que se tiene de la misma, refiriéndonos a la capacidad el individuo estima todas las oportunidades internas de vida, es decir, el cómo se está preparado para afrontar los problemas, lo que en biología se denomina potencial de adaptación; la utilidad de vida, parte del supuesto de que la buena vida tiene que ser para algo más que por sí misma, es el resultado del hecho que una persona es útil en algún aspecto. Finalmente, por apreciación de vida, se refiere a la valoración subjetiva de la vida, calificada generalmente como bienestar subjetivo, satisfacción con la vida y felicidad.

Como conclusión de todo lo que abarca el concepto anteriormente mencionado resalta tres aspectos importantes a considerar, entre ellas hacer mención a la calidad de vida como una visión subjetiva, como un puntaje que se asigna a una dimensión diferente en cada persona y por último como el valor asignado a cada dimensión que puede cambiar a través del tiempo.

Dentro del concepto de salud, la calidad de vida se toma como un aporte fundamental en la evaluación de esta, este concepto abarca de una manera importante la percepción del paciente y de todas aquellas implicaciones de toma de decisiones tanto en sus emociones como en sus deseos.

Con respecto a la percepción, según la psicología clásica de Neisser (1976) definida como un proceso activo constructivo en el que el perceptor antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo anticipatorio que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no a lo propuesto por el esquema. (González, R. Mendoza, H. Arzate y

R.Cabrera,N.L.2007).Consideramos que es la percepción otra de las variables que se pueden alterar durante el proceso post operatorio de trasplante. Es por eso que retomamos esta definición y relevamos la importancia del papel que juega el ambiente en el cual se mueve el paciente, siendo este el emisor de estímulos positivos o negativos que finalmente son los que influyen directamente en la afectación o en el reforzamiento de esquemas que posee la persona.

En este sentido tomaremos el concepto de percepción en la autoimagen corporeidad que tienen las personas trasplantadas desde una mirada fenomenológica sin obviar que, un trasplante no sólo afecta al que sufre el proceso quirúrgico sino también a todos aquellos que junto con él permanecen en la espera, en la incertidumbre, en el deterioro progresivo si se alarga en el tiempo, y en las expectativas de los posibles resultados. Su impacto social y tendencia al alza hacen de su estudio en profundidad un objetivo imprescindible. Además el concepto de percepción en la autoimagen corporal, entendida como una “representación mental que tienen los individuos del tamaño y forma de su cuerpo, la cual está influenciada por una variedad de factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos.”.(Banfield y McCabe. 2002)

El trasplante de un órgano vital es la solución terapéutica para el tratamiento de pacientes con una disfunción orgánica terminal e irreversible de muy diversas causas, Pero los estudios sobre trasplantes se han realizado principalmente desde perspectivas clínicas como el tratamiento del rechazo o de la calidad de vida. Aunque en el análisis de la calidad de vida se tienen en cuenta aspectos como la angustia, la tristeza o el auto concepto, son muy escasos los artículos en los que la percepción del propio paciente sobre sí mismo aparece analizada de forma específica y rotunda.

Los estudios hasta ahora realizados coinciden en reconocer un cambio en la percepción de uno mismo que se origina a raíz de un trasplante una serie de elementos comunes en relación a la vivencia de paciente trasplantado. Se repite el hecho de la transferencia de atributos de la personalidad entre donante y receptor y, además, ésta es bidireccional ya que existen receptores que atribuyen al donante anónimo características propias como aquellos que asumen características ya sean reales o imaginarias del donante llegando incluso a adaptar su comportamiento en base a estas asunciones para favorecer la aceptación biológica del órgano.

Otra de las causas que influyen en la alteración de la corporeidad es el lugar que la sociedad le da al sujeto luego de realizado el trasplante, se cree que esto hace que la percepción del paciente trasplantado sea alterado viéndose o considerándose a sí mismo inicialmente como un ser enfermo débil y dependiente, además de las señales físicas que puede dejar la cirugía y que hacen que su apariencia sea modificada, y cambie el auto concepto que tenía sobre su cuerpo.

Sin embargo, en la revisión bibliográfica realizada no se han encontrado estudios que aborden específicamente la dimensión de la corporeidad en los pacientes trasplantado.

La existencia corpórea no puede separarse de los demás atributos de lo humano y hacerlo supone caer en el deterioro de la propia humanidad del cuerpo. Esta reflexión, que establece que el cuerpo no entra en el orden de lo poseído en la medida en que no es un objeto distinto a mí e independiente, pertenece a la corriente fenomenológica contemporánea. Según ésta, tener cuerpo no es del orden de lo posesivo sino de lo implicativo; yo tengo pero a la vez me tienen. Desde esta perspectiva también se diluye la dualidad interior/exterior ya que no puede escindirse de este mundo en el que participa ni de este cuerpo que tiene. Como dice Merleau (1957) esta visión supera los dualismos y plantea una unidad discernible del ser como totalidad, además la corporeidad, como un elemento

constitutivo de la definición integral de la persona, podríamos definirla en palabras de Zubiri como "la vivenciación del hacer, sentir, pensar y querer".(Palmar, A.M. Pedraz, A. Rubiales, M.D.Solís,M. Hernández, A y Rodríguez, J.A. 2008). Es una noción más amplia que el cuerpo e indica la entera subjetividad humana, en cuanto es constitutiva de la identidad personal. En esta línea la corriente fenomenologista pretende estudiar los fenómenos subjetivos suponiendo que las verdades esenciales acerca de la realidad están arraigadas en las experiencias vividas por las personas. Así pues, el centro de interés de la fenomenología es lo que experimentan las personas acerca de los fenómenos y el modo en que interpretan esas experiencias.

Según Palmar et al (2008), en la medida en que ser un ente corpóreo, un ser objetivo material, es determinante en la conformación de mi psique, pretendemos analizar cómo afectan las influencias que recibimos del ámbito social respecto de su construcción simbólica generalizada, explicar los conflictos que se establecen entre la visión individual y social en torno al cuerpo, ya que somos en gran medida lo que se refleja de mí en el espejo que conforman los que me rodean.

Monforte y Román (2010) apoyan la intervención psicológica a los pacientes trasplantados para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud obtenida en el postoperatorio, debido a que muchos pacientes podían presentar anterior a su trasplante trastornos psicológicos, aumentado estos después del procedimiento.

Para dar comienzo al concepto de emoción es preciso hacer referencia el papel que juega el cerebro en la misma, ya que éste tiene dos mitades nombrados hemisferio derecho y el hemisferio izquierdo, siendo ambos independientes y con funciones relativamente determinadas, el hemisferio izquierdo es especialista en el lenguaje, en tanto que el hemisferio derecho está especializado en patrones geométricos, capacidad viso-espacial, música y emoción. (Philip, 2014,pp 84)

Las reacciones que se pueden tener al experimentar una emoción según Ekman y Friesen refieren que las seis emociones primarias y de las que se desprenden las demás son la sorpresa, el enfado, la tristeza, el asco, el miedo y la felicidad. (1975, pp 584)

La emoción es uno de los conceptos que a los seres humanos siempre nos permea, debido a que en cada acto, pensamiento u estado fisiológico expresan un sentir respecto a las experiencias de vida de cada persona en particular.

Éstas se caracterizan por su gran versatilidad: aparecen y desaparecen con gran rapidez; por su polaridad: son positivas y negativas; y por su complejidad: son procesos en los que están implicados factores fisiológicos, cognitivos, conductuales y de conciencia (Rosenzweig y Leiman, 1994).

Tal como lo expresan los anteriores autores, la emoción puede generar en las personas distintas formas de reacción, de duración y de frecuencia teniendo en cuenta cómo los acontecimientos o situaciones afectan positiva o negativamente la subjetividad de las personas en su realidad, así mismo se ven explícitas cuando los seres humanos somatizan en determinados estados fisiológicos los cuales se manifiestan en nuestra corporalidad sin tener control de los mismos.

Las emociones son afectadas desde nuestros pensamientos, aprendizajes, experiencias, sentimientos donde cada una de éstas son vividas según la construcción que hayan introyectado como representaciones o esquemas de vida desde la familia, la cultura, la sociedad y otras instancias en que los seres humanos están inmersos; estas

situaciones hacen que se genere como resultado una serie de conductas que expresan nuestro sentir respecto a lo que se produce el individuo.

Existen momentos en la vida de los seres humanos que marcan experiencias ya sean significativas o no en su subjetividad, la manera como se perciben los momentos vividos recogen en el individuo una tejido de emociones que son propias según la manera de percibir las situaciones de vida y el significado que se le asigne, de allí que no existan emociones iguales en cada persona pues éstas recobran un efecto diferente ya sea hombre, mujer, niño, joven, adulto, que no se puede mirar equitativamente.

Las emociones son un sistema de alerta con respecto a cómo nos encontramos, lo que nos gusta o lo que no está funcionando a nuestro alrededor.

Algunas de ellas son agradables y otras desagradables, se experimentan con distinta intensidad, dependiendo de cada persona, de cómo afronta la vida de su edad, género, historia de vida, contexto, expectativas, creencias, e incluso características particulares. (Fernández, Díaz, Gómez, Sánchez, Cortes, Cruz, Martínez, Martínez, 2006)

La expresión de ciertas emociones ha sido culturalmente asignada o “apareada” a las personas por su género, históricamente se han definido expresiones emotivas diferentes para mujeres y hombres; por ejemplo, mientras que socialmente se acepta que las mujeres demuestren tristeza, alegría, miedo, angustia y culpa, se les niega la posibilidad de demostrar enojo. (Fernández et al 2006)

Por su parte, la masculinidad señala que los hombres, para confirmarse como tales, no deben mostrar algunas emociones que pueden ubicarlos en el plano de la debilidad, inferioridad o feminidad : Las emociones socialmente aceptadas para ellos son el enojo y la ira ya que los “atributos” impuestos a ellos son la valentía y el poder, la ecuanimidad y el control absoluto de la situación. (Fernández et al 2006, pp 9)

Las fuentes de tensión, los recursos para afrontarlas y las reacciones que tenemos son diferentes en hombres y en mujeres, desde la normativa social que marca lo que culturalmente se debe cumplir; Ante esta presión, hace posible que las mujeres expresen sus emociones mediante el llanto, la molestia y la desesperación. (Fernández, et al 2006)

Los hombres, por su parte recurren con mayor frecuencia a expresiones como la ira que puede llegar a ser violencia y también, al uso y abuso de alcohol y otras drogas. (Fernández et al 2006)

Metodología

Tipo y nivel de la investigación

Para efectos de la temática a trabajar se utilizó un tipo de investigación Cuasi-experimental de corte transversal cuantitativa, inicialmente, debido a que tiene como propósito centrarse en la descripción de variables y el análisis de su comportamiento en un momento dado, también, porque las diferentes variables presentadas en el estudio de la población a la cual se dirigió la investigación, requieren ser relacionadas y comprendidas detalladamente, teniendo en cuenta la influencia que puede existir de unas sobre otras, además de no ejercer un control muy riguroso que impida la aparición de hallazgos significativos.

El nivel de investigación que se utilizó fue correlacional, lo que se pretendió fue determinar el grado de afectación en la percepción-imagen corporal, emoción y calidad de vida que tienen los pacientes a partir del procedimiento quirúrgico del trasplante de pulmón, para luego proceder a la comparación de dichos resultados.

Población y muestra

En esta investigación se evaluaron 7 personas, contando con la participación de cinco mujeres y dos hombres, entre el primer y el quinto año postquirúrgico del trasplante de pulmón realizado en la clínica CardioVid en la ciudad de Medellín de estrato 2 a 5 y entre las edades de 28 a 65 años.

Instrumentos

Con el objetivo de identificar la afectación en la percepción-imagen corporal, emoción y calidad de vida a partir del trasplante de pulmón, se diseñó la prueba PEC (Percepción, Emoción y Calidad de vida) (ver anexo 1) la cual consta de 24 ítems tipo Likert, La Escala Likert según Maldonado, Méndez, y Peña (2007) es utilizada en cuestionario e investigaciones, es nombrada ESCALA LIKERT gracias a Rensis Likert quien la dio a conocer en el

año 1932, donde expuso al mundo su conocimiento y la forma como podía ser empleada. Mediante la Escala Likert se puede clasificar y consignar de manera cuantitativa los datos recolectados durante una investigación. Esta escala consta de una serie de clasificaciones que lo único que busca es poder depositar de una manera numérica las actitudes del sujeto.

Las preguntas que se elaboran para este tipo de escala deben llevar al participante a arrojar respuestas en término de acuerdo o en desacuerdo, la escala utilizada en esta investigación consta de cinco factores de valoración definidos en “Muy en desacuerdo”, “En desacuerdo”, “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, “De acuerdo”, “Muy de acuerdo”.

Según estos criterios, se establece que, entre más alta sea la puntuación, más da cuenta del criterio que se está evaluando. Con base en esto, fue necesario establecer una puntuación de corte para discriminar aquellas personas que la superaban y aquellas que no. Es decir, dado que las respuestas están rotuladas en 5 criterios evaluativos, se estableció que quienes puntuaban entre “De acuerdo” y “Muy de acuerdo” en todas las respuestas podían estar más cerca de la puntuación total que quienes estaban por debajo. Con ello se logra establecer las siguientes puntuaciones de medida:

Tabla 1.

Puntuación variable. Escala PEC

Escala	Puntuación máxima
Percepción	35
Emoción	25
Calidad de vida	60

La escala PEC fue validada bajo un juicio de expertos de la Clínica Cardiovid , neumólogos, enfermeras, terapeuta respiratoria y psicóloga de esta institución, finalmente se aplicó la prueba a un paciente trasplantado de pulmón que se encontraba hospitalizado con el fin de recibir retroalimentación por parte de esta persona, en relación a la coherencia en las preguntas realizadas y claridad en el vocabulario allí utilizado.

Finalmente con el asesor de la investigación se categorizó las afirmaciones en las variables investigadas.

Consentimiento informado

Con el fin de dar cumplimiento a la normativa, que exige la presentación y posterior firma del consentimiento informado por parte de los participantes en la investigación, se diseñó un protocolo de consentimiento donde se exponen los elementos centrales de la investigación que con anterioridad se expusieron verbalmente. (Ver anexo 2.0).

Procedimiento

El acceso a los pacientes se hizo por medio de la población trasplantada de pulmón en la Clínica CardioVid. Una vez ubicados, se realizó una llamada para determinar las fechas de visita a la casa de cada paciente. Se les aclaró la importancia del acompañamiento de su pareja o cuidador. La visita a cada paciente tuvo algunos inconvenientes debido a los horarios laborales que manejaban y la ubicación geográfica de algunos hogares, lo cual generaba dificultad para el establecimiento de un espacio y tiempo determinado en la aplicación de la prueba.

Una vez estando las investigadoras en los hogares, se procedió a explicar los objetivos y metodología de la investigación con el fin de diligenciar el consentimiento informado. Posteriormente, se les presentaron las

instrucciones del cuestionario a nivel general, y se hizo un acercamiento a nivel individual por si había alguna duda en su elaboración. Después se le pidió aprobación para realizar un registro de audio que permitiera abarcar todos los detalles importantes que emergen al diligenciar el cuestionario. Se procedió a la aplicación, la cual duró aproximadamente 30 minutos. Se recoge la encuesta realizada.

Se procede a hacer una compilación de todas las encuestas realizadas, y se realiza su respectivo análisis. El cual se lleva a cabo por medio de una tabla dinámica, en la cual se necesitó realizar procedimientos aritméticos para hallar puntos equivalentes entre las variables seleccionadas. Teniendo en cuenta que, Calidad de vida era la variable con mayor puntuación en la prueba, se realizó una regla de tres, que permitiera llevar los valores del 100% hasta el 60 equivalente como la máxima puntuación.

Resultados

Partiendo de la investigación realizada a los pacientes trasplantados, mediante el diseño e implementación de la escala Likert, nombrada escala PEC, en la cual se tomaron en cuenta las variables de Percepción e Imagen corporal, emoción y calidad de vida. Se pretende demostrar el impacto de las variables de la población encuestada, discriminada por género, (F=Femenino, M=Masculino), y Edad (J=Adulto joven menor de 50 años, M= Adulto mayor más de 50 años).

Las gráficas se realizaron en una escala de puntuación de 0 a 60, donde 0 equivale al mínimo y 60 a lo máximo. Es decir, a mayor puntuación mayor afectación positiva y viceversa.

Resultados generales

Los resultados arrojados, con relación a las tres variables en toda la población, se pudo evidenciar que, la variable de “Percepción e Imagen corporal”, obtuvo una puntuación de 36 sobre 60, la variable de “Emoción”, obtuvo un resultado de 47 sobre 60 y la variable “Calidad de vida” obtuvo una puntuación de 45 sobre 60. Según estos resultados se puede interpretar que la variable “Percepción e imagen corporal” fue la más afectada de manera negativa en relación con “Emoción” y “Calidad de vida”, que muestra que a pesar de los cambios que los pacientes han experimentado, dichas percepciones no han interferido en las demás áreas. (ver anexo 3, tabla 3.1)

Se podría decir que, a las personas entrevistadas a quienes se le practicó el trasplante de pulmón, pese a su intervención quirúrgica y las consecuencias que ésta trae por sí misma, el impacto positivo frente a lo emocional puede dar cuenta de una experiencia de mejoramiento de su salud y la oportunidad de una mejor calidad de vida en comparación a su estado anterior.

- Resultados según la variable percepción

En la variable de “Percepción e Imagen corporal” en la población encuestada, discriminada por género, se evidencia mayor distorsión de la percepción en “F”, con un puntaje del 34.6 sobre 60, en comparación con “M”, en el que se evidencia un impacto del 41.1 sobre 60. (ver anexo, tabla 3.2)

En la variable de “Percepción e Imagen corporal”, discriminada por edad, se arrojó un resultado de J, con puntuación de 31.4 sobre 60 y M, con puntuación de 40.3 sobre 60. Se puede interpretar una diferencia significativa, en la que la población joven tiende a experimentar mayor afectación negativa frente a los cambios percibidos ante el trasplante. (ver anexo, tabla 3.3).

- Resultado según la variable emoción

En la variable de “Emoción”, con relación al género se obtuvo una puntuación en “F” de 47.5 sobre 60 y en “M” de 46.8 sobre 60. Esto nos permite demostrar que, a pesar de las diferencias de género y las maneras como se pueden llegar a experimentar las emociones en ambos, no es muy distante la expresión de las mismas. (ver anexo, tabla 3.4)

La variable de “Emoción”, discriminada por edad, arrojó un resultado de J, con puntuación de 45.5 sobre 60 y M, con puntuación de 48 sobre 60. Este resultado revela, una mayor aceptación y estabilidad emocional en los adultos mayores con respecto a los cambios emergentes de dicho procedimiento.(ver anexo, tabla 3.5).

- Resultados según la variable calidad de vida:

En la variable de “Calidad de vida”, con relación al género se obtuvo una puntuación en “F” de 46 sobre 60 y en “M” de 40 sobre 60. Esto nos permite demostrar que, a pesar de que la diferencia no es muy representativa, el género femenino experimenta unas condiciones mucho más aceptables para su desempeño en las diversas áreas de vida.(ver anexo, tabla 3.6)

La variable de “Calidad de vida”, discriminada por edad, arrojó un resultado de J, con puntuación de 45 sobre 60 y M, con puntuación de 43.5 sobre 60. Dando cuenta de unos resultados que difieren poco frente a la adaptación a las condiciones producto de este procedimiento, en las que se evidencia mayor alcance por parte del adulto joven. (ver anexo, tabla 3.7)

Conclusiones

En la variable de percepción e imagen corporal se evidencia que el género femenino tuvo mayor afectación en comparación al masculino. En Estos pacientes se presentan cambios físicos como lo son: la herida quirúrgica por la intervención, los efectos secundarios causados por los medicamentos inmunosupresores, que se administran para evitar el rechazo del órgano, aumentando las posibilidades de padecer según el Formulario de la OMS (2004) síntomas como,

reacciones de hipersensibilidad como malestar, mareo, vómitos, fiebre, mialgias, artralgia, erupción, hipotensión o nefritis intersticial requieren retirada inmediata; toxicidad hematológica como leucopenia y trombocitopenia (reversible con la retirada); alteración hepática, ictericia colestásica; pérdida del cabello; susceptibilidad aumentada a las infecciones y colitis en pacientes tratados también con corticoides; náusea; raramente pancreatitis, neumonitis, enfermedad veno-oclusiva hepática.

Esto causa que los pacientes con trasplante de pulmón tengan que ser hospitalizados por patologías causadas por los efectos secundarios de los inmunosupresores, y a nivel estético experimentar aumento de peso y crecimiento de vello facial y corporal.

Entre las variables evaluadas en el ejercicio investigación, "Percepción- Imagen Corporal" destaca en sus resultados mayor alteración, se ha evidenciado en las cirugías de trasplantes de cualquier órgano que algunos pacientes fantasean con el donante, Según House y Thompson, 1988; Kaba, Thompson y Burnard, 2000 , "Algunos trasplantados tienen dificultades para integrar psicológicamente el órgano del donante en su propio cuerpo, de tal forma que perciben el órgano como un cuerpo extraño que introduce en uno rasgos del donante" (Pérez et al, 2004).Es importante resaltar la influencia que tienen estos procedimientos sobre los conflictos a nivel emocional de los pacientes, esto se puede evidenciar en los resultados arrojados por la investigación de estos autores.

La insatisfacción con la imagen corporal está asociada a diferentes problemas psicológicos, así por ejemplo, Pérez y Martín (2002) hallaron que los trasplantados con peor imagen corporal puntuaban más alto en las variables ansiedad estado, depresión, pensamientos depresivos y pensamientos ansiosos y, además, que sus expectativas hacia la enfermedad eran más negativas.(Pérez et al, 2004)

De acuerdo con la puntuación arrojada en esta investigación, se revela que las emociones al ser un conjunto de reacciones que se pueden ver alterados o no dependiendo de las experiencias de vida, pueden manifestarse de manera positiva frente a las adversidades a las cuales los trasplantados de pulmón pueden llegar a estar expuestos.

A pesar que socialmente se habla de la gran diferenciación en hombres y mujeres con relación a la expresión de sus sentimientos, en ésta investigación se evidencia que frente a un mismo suceso como lo es un trasplante de pulmón no se da una discriminación marcada respecto al sentir de los entrevistados ya que sus expectativas están puestas en encontrar un bienestar tanto físico como psicológico.

Cuando se realiza un trasplante de pulmón independiente de la edad que se pueda tener, lo que hace que una persona emocionalmente pueda tener mayores éxitos en su postquirúrgico es la expectativa de vida, la experiencia que tenga de su misma realidad y los factores que influyen en ellos para encontrar las estrategias pertinentes que les permita enfrentarse a las adversidades que la vida misma trae consigo, de allí que los efectos en la recuperación puedan ser emocionalmente satisfactorios desde sus propios recursos personales.

Las personas que hicieron parte de esta investigación son personas colombianas, pertenecientes a diferentes departamentos del país, que residen en la ciudad de Medellín debido a las condiciones médicas, climáticas y por la facilidad para el acceso a los servicios hospitalarios que necesitan. Si bien estas personas comparten territorio, pertenecen a contextos diferentes que tienen unas normas culturales y estándares sociales propios.

En la entrevista realizada al momento de aplicar la escala Likert, se evidenció que en su gran mayoría cuentan con los recursos suficientes para satisfacer las necesidades humanas básicas tanto de supervivencia como de autorrealización de acuerdo a la clasificación dada en la pirámide de Maslow. En su mayoría estas personas cuentan con una pensión a causa de su condición de trasplantados, lo cual garantiza un medio económico para su sustento, en otros casos es tal el bienestar que perciben que optan por trabajar, seguir aportando y sintiéndose útil a una sociedad. En ambos casos tanto para los pensionados que no laboran como para los que optan por seguir laborando, el trasplante de pulmón no se convierte en un limitante para continuar siendo participes de las acciones políticas y económicas del contexto; además no impide que estas personas sean agentes activos en eventos sociales de índoles familiar, y laboral.

Son todos estos argumentos los que permiten concluir, que si bien a partir del trasplante de pulmón se requieren unas condiciones diferentes que exigen mayor rigurosidad en los cuidados que garantizan la salud del paciente, no significa que esta situación sea vista como algo catastrófico o sea devaluada a la hora de la valoración de su calidad de vida.

Respecto a la variable investigada y nombrada como calidad de vida de vida, se hace necesario aclarar que según la sociedad chilena de psicología la calidad de vida lleva a pensar en dos situaciones una hace referencia a

las condiciones de vida que la persona posee a diferencia de la satisfacción con esas condiciones de vida, retomando el primer concepto nos referimos objetivamente a condiciones medibles en una persona, tales como salud física, condiciones de vida, relaciones sociales, actividades funcionales u ocupación, convirtiéndose este en un concepto imbuido de significado cultural, económico y político lo que no permite que existan parámetros universales de una buena u óptima Calidad de Vida, ya que los estándares con los que se evalúa son distintos dependiendo de los individuos y de la sociedad. Lo que hace que la calidad de vida sea un aspecto subjetivo, individual y que el valor se los otorga cada sujeto de acuerdo a su experiencia.

Referencias

- Banfield, S. S., & McCabe, M. P. (2002). An evaluation of the construct of body image. *Adolescence*, 37 (146), 373.
- Clínica CardioVID. (2016). Trasplante de pulmón. Medellín, Antioquia.
- Ekman, P. y Friesen, W.V. (1975). *Psicobiología del estrés y la enfermedad*. pp 584.
- Fernández, C. Díaz, L. Gómez, P. Sánchez, A. Cortes, R. Cruz, S. Martínez, M. Martínez, G. (2006) *Habilidades para la vida*, México D.F.
- Formulario de la OMS (2004). Sección 8: Antineoplásicos, inmunosupresores y fármacos utilizados en los cuidados paliativos. *Inmunosupresores*. pp 184.
- González, R. Mendoza, H. Arzate, R. Cabrera, N.L (2007). *Cognición*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. pp 200.
- Kotloff R.M y Thabut, G. (2011) *Trasplante de Pulmón*. *Revista americana de medicina respiratoria*. Vol 11. N°3.
- Maldonado, S. Mendez, L.M. Peña J.A. (2007). *Manual práctico para de la diseño de Escalera Likert*. *Revista Xihmai*. pp 61-64. Vol 2, N° 4.
- Monforte, V y Román, A. (2010). *Calidad de Vida Relacionada con la Salud en el Trasplante Pulmonar*. Hospital General Vall d'Hebron de Barcelona.

OMS. (1948). Salud mental: un estado de bienestar. Suiza.

OMS (2005). Calidad de vida. Suiza.

Palmar, A.M. Pedraz, A. Rubiales, M.A. Solís, M. Hernández, A. Rodríguez, J.A (2008). La idea de corporeidad analizada en pacientes trasplantados de corazón. Nure Investigación. N°36.

Pérez, S.G. Rodríguez, A.M. Galán, A. (2004). Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. International Journal of Clinical and Health Psychology. pp 99-114. Vol 5.N°1.

Philip, C.(2014). Psicología biológica, México: Interamericana de México, pp.84.

Ramos, V. Piqueras, J.A. Rodríguez , A.E. Oblitas, L.A.(2009) . La emoción y cognición: implicaciones para el tratamiento. Terapia psicológica. Santiago de Chile,Vol 27. N°2. Pp 227-237.

Rodríguez, J. Neipp, M. (2008). Manual de la psicología social de la salud. Madrid: Síntesis.

Rosenzweig, M. y Leiman, A.(1992).Psicología fisiológica. Barcelona: McGraw-Hill. pp 895.

Taylor, S. E. (2007). Psicología de la salud. México: McGraw-Hill.

Velásquez, A. y Arbeláez, M. (2005). Trasplante de pulmón. Editores asociados. Cirugías trasplantes. Colombia: Universidad de Antioquia.

Urzúa, A y Caqueo, A. Calidad de vida.(2012) Una revisión teórica del concepto. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. pp 61-71.Vol. 30.Nº 1.

Anexo 1 ESCALA DE EVALUACIÓN DE PERCEPCIÓN, EMOCIÓN Y CALIDAD DE VIDA (PEC) La siguiente escala está diseñada para personas que se hayan realizado un trasplante de pulmón y estén en proceso de recuperación. No hay respuestas correctas o incorrectas, solo se evalúa lo que piensa, siente y hace en este momento.

Nombre		Edad		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo, De acuerdo	Muy de acuerdo
Fecha de alta clínica							
Motivo del trasplante		Tiempo de enfermedad					
Señale con x la respuesta que considera usted más pertinente							
1 Después de la cirugía del trasplante de pulmón, su estado de salud ha mejorado.							
2 La relación con su familia se ha fortalecido después del trasplante.							
3 La relación con su pareja se ha fortalecido después del trasplante.							
4 Su vida sexual ha mejorado después del trasplante.							
5 Su vida social ha mejorado después del trasplante.							
6 Su situación económica ha mejorado después del trasplante.							
7 Ha pensado en ocasiones que el trasplante de pulmón no le ha traído beneficios.							
8 Para usted es importante como se ve físicamente							
9 Ha tenido cambios físicos después del trasplante							
10 Subir escaleras, caminar, hacer ejercicio y otras actividades que demanden esfuerzo son más fáciles realizar después del trasplante pulmonar.							
11 Después del trasplante generalmente está alegre.							
12 Después del trasplante generalmente está triste.							
13 Después del trasplante generalmente tiene sentimientos de angustia.							
14 Después del trasplante piensa que su estado de salud va a mejorar.							
15 Después del trasplante se siente mejor consigo mismo.							
16 Le recomendaría a otras personas que se realizaran el trasplante pulmonar.							
17 Se siente satisfecho de haberse realizado este trasplante.							
18 Asistir a eventos como conciertos, eventos culturales y de ocio implica riesgos para su salud.							
19 Los alimentos que debe consumir actualmente son de su agrado.							
20 Debe dedicar más tiempo a su cuidado personal como bañarse, afeitarse y organizarse, etc., después del trasplante.							
21 Cambios climáticos como el extremo frío o calor desmejora su salud, impide hacer actividades que usualmente realiza							
22 Realizarse un trasplante pulmonar implica padecer otras enfermedades.							
23 Es preferible padecer otras enfermedades y hacerse el trasplante de pulmón.							
24 Se ha adaptado fácilmente a los medicamentos después del trasplante.							

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Percepción e imagen corporal, Emoción y Calidad de vida en pacientes trasplantados de pulmón en la ciudad de Medellín.

Este formulario de consentimiento puede tener palabras que usted no entienda, por favor debe solicitar al investigador o persona responsable del estudio que le clarifique cualquier palabra o duda que se le presente. Usted tiene derecho a una copia de este formulario de consentimiento para pensar sobre su participación en este estudio o para discutirlo con familiares, amigos antes de tomar una decisión.

El propósito de este documento es ayudarlo a tomar una decisión informada para decidir participar o no en el estudio denominado Percepción, emoción y calidad de vida en pacientes trasplantados de pulmón de la ciudad de Medellín.

Yo....., con documento de identidad N° :..... de.....

Manifiesto que he recibido información suficiente y veraz sobre el proceso de investigación relacionada con: **Percepción e imagen corporal, Emoción y Calidad de vida en pacientes trasplantados de pulmón en la ciudad de Medellín.**

Y que además he recibido información clara acerca del manejo que realizará la Fundación Universitaria Luis Amigó de la información resultante de la investigación mencionada.

Manifiesto que participo voluntariamente de la investigación y que estoy de acuerdo con las condiciones de la misma: la aplicación de la escala likert PEC y entrevista semiestructurada que podría ser grabada.

Lugar.....

Fecha,...../...../.....

Firma del Paciente
Nº Doc. Identidad

Firma del Investigador
Nº Doc. De Identidad

Firma del Asesor Responsable
Nº Doc. Identidad.

Anexo 3.0 Tablas

Tabla 3.1 Variables en General.

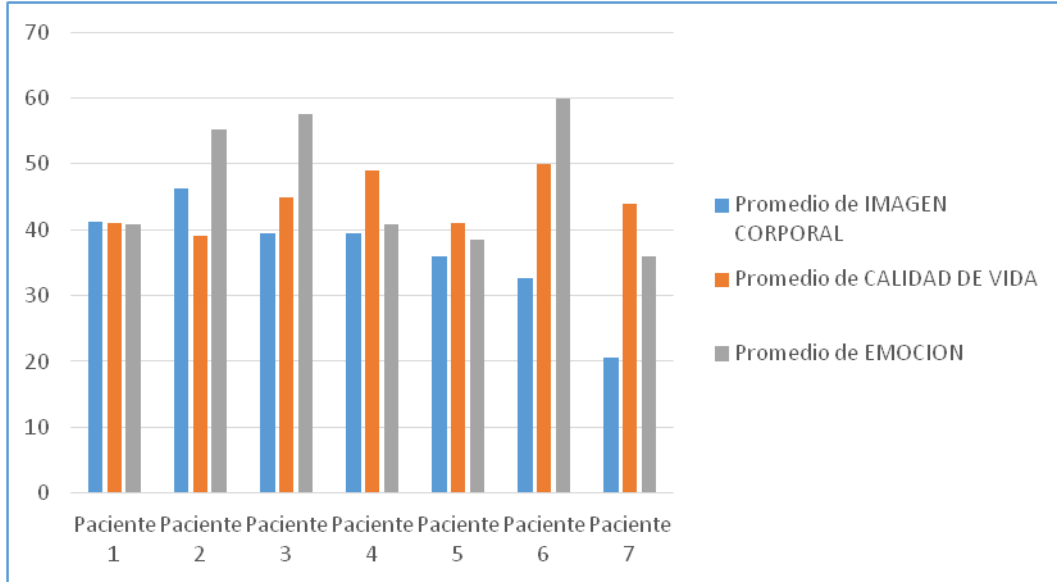


Tabla 3.2 Percepción e Imagen Corporal - Género.

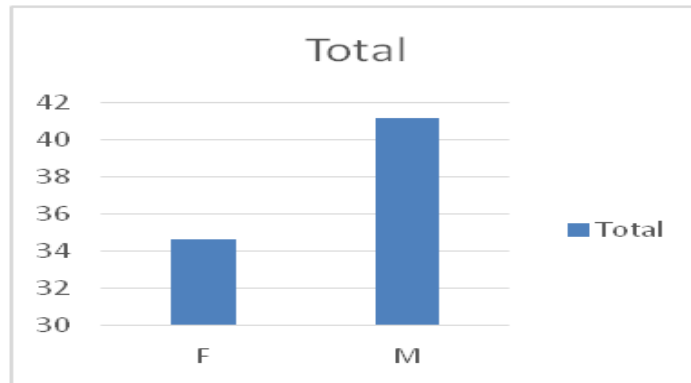


Tabla 3.3 Percepción e imagen corporal-Edad

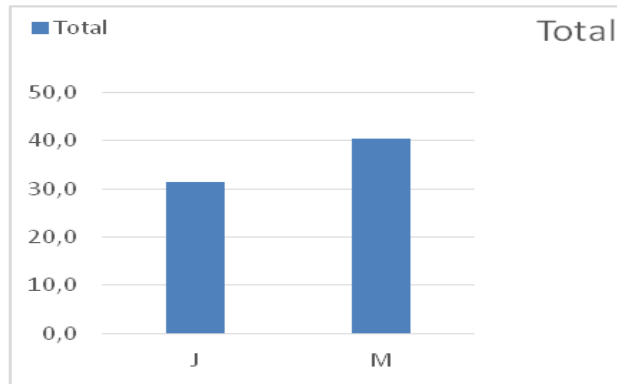


Tabla 3.4 Emoción –Género

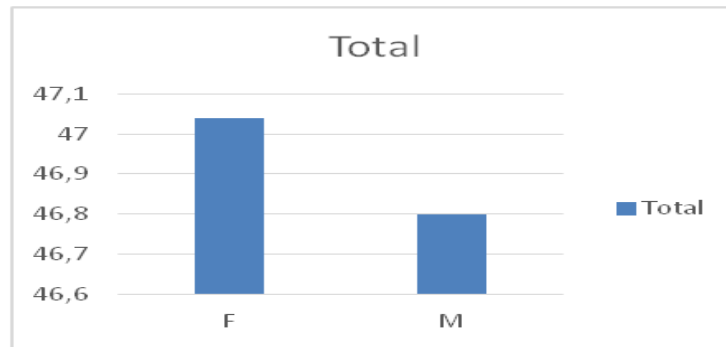


Tabla 3.5 Emoción –Edad

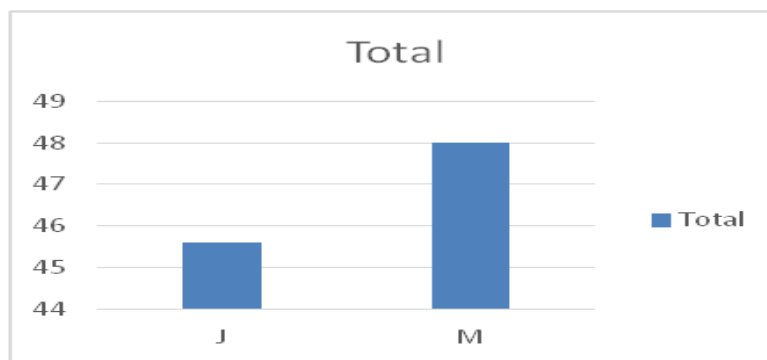


Tabla 3.6 Calidad de vida –Género

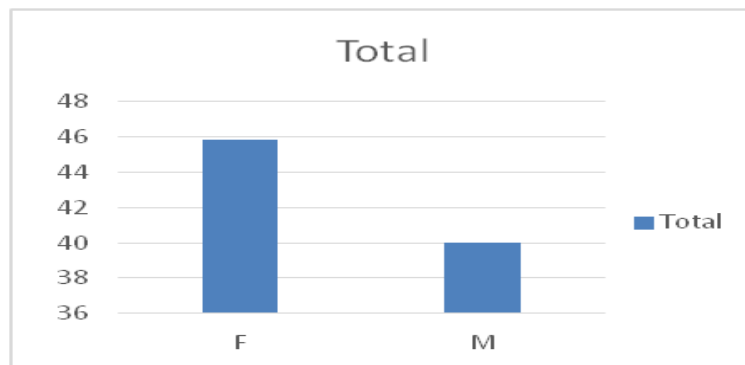


Tabla 3.7 Calidad de Vida –Edad

