

RELACIÓN ENTRE EL LOCUS DE CONTROL Y LA ACTITUD HACIA LA
ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

JOSE ANSELMO ARANGO PIZARRO
JORGE ANDRES AVILA CRUZ
JEISON ALEXANDER FIERRO ORTIZ
OLGA PATRICIA TAO OVIEDO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
NEIVA
2011

RELACIÓN ENTRE EL LOCUS DE CONTROL Y LA ACTITUD HACIA LA
ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

JOSE ANSELMO ARANGO PIZARRO
JORGE ANDRES AVILA CRUZ
JEISON ALEXANDER FIERRO ORTIZ
OLGA PATRICIA TAO OVIEDO

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de Psicólogo.

Asesora
MIRYAM CRISTINA FERNÁNDEZ CEDIEL
Psicóloga

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
NEIVA
2011

Nota de aceptación

Firma del Presidente del jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Neiva, 17 de Marzo de 2011.

DEDICATORIA

Quiero dedicar este gran triunfo de mi vida especialmente a Dios nuestro padre celestial por darme tan valiosas oportunidades, también dedico este trabajo a mi madre Ana Cecilia Oviedo y mi hermana Adriana Tao por su infinita colaboración. Por último, pero no menos importante, dedico de todo corazón este esfuerzo de mi vida a mi gran motivación, a la persona por la cual he llegado a cumplir una de las muchas metas que me he trazado, a mi hijo Oscar Julián.

Olga patricia

Quiero dedicar este trabajo de grado, a mi familia, quienes me han apoyado en este nuevo proceso de formación académica y personal. También dedico este trabajo a la cooperación de mis compañeros y a Dios que nos ha permitido conservar la salud del cuerpo y de la mente para alcanzar este, un logro más en la evolución de la existencia humana en su quehacer cotidiano.

Jorge Andrés

Dedico de todo corazón este logro de mi vida a dos personas que no solo se merecen esta dedicación sino todo mi amor, respeto y admiración. Mi padre Darío Arango y mi hermano Juan Carlos Arango, los demás miembros de mi familia y el grupo tan especial de trabajo con quienes tuve la felicidad de compartir y trabajar, les ofrezco todo mi cariño y respeto. Muchas gracias.

José Arango

En primera medida dedico este logro de mi vida alcanzado al dador de la vida y salvador mi Dios y rey, principal precursor y guiador de mis metas y logros. También hago sincera dedicación a mis padres Wilian Fierro y Yolima Ortiz y a mi hermana Stephany Fierro los cuales me brindaron su constante apoyo, colaboración, afecto y consejos. Finalmente quiero nombrar a mis compañeros de trabajo con los cuales he vivido muchas experiencias de igual forma por su colaboración y esfuerzo por alcanzar esta meta. A todos de corazón muchas gracias y que Dios los continúe bendiciendo.

Jeison Alexander.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan agradecimientos a:

A Dios por darnos tan valiosa oportunidad de estudiar y culminar esta etapa de la vida para convertirnos en profesionales.

A nuestros padres, hermanos y demás familiares por brindarnos su apoyo incondicional.

A todos los pacientes que con su amable participación hicieron posible la aplicación de las pruebas de este estudio.

A nuestros compañeros de estudio por colaborar con sus preciados conocimientos en la culminación de este trabajo investigativo.

A la psicóloga Adriana Tamayo por colaborarnos con la aplicación de la prueba piloto de actitud hacia la adhesión al tratamiento en la Cruz Roja Colombiana de la ciudad de Neiva.

A los profesionales de la Clínica Medilaser de la ciudad de Neiva, en especial a aquellos que hacen parte de la Unidad Renal por su apoyo y aceptación en el desarrollo de este trabajo.

Y por último a los psicólogos y docentes: Fabio Salazar y Miryam Cristina Fernandez Cediell por su atención, colaboración y apoyo en la culminación de este trabajo investigativo.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	15
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
2. OBJETIVOS	20
3. JUSTIFICACION	21
4. ANTECEDENTES	24
5. MARCO TEORICO	30
5.1 PSICOLOGIA DE LA SALUD	30
5.1.1. Áreas relacionadas con la Psicología de la salud	32
5.2. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	34
5.2.1. Síntomas de la insuficiencia renal.	35
5.2.2. Tratamiento y control de la insuficiencia renal.	35
5.2.3. Otras causas de la insuficiencia renal.	36
5.2.4. Tratamiento	38
5.3. ACTITUD HACIA LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO	42
5.3.1. Actitud hacia la adhesión al tratamiento desde la Psicología	43
5.4. ADHESION AL TRATAMIENTO EN LA IRC	48
5.4.1. Alimentación	48
5.4.2. Ingesta de líquidos	49
5.4.3. Medicación	50
5.4.4. Asistencia a la hemodiálisis	50

	Pág.
5.5. LOCUS DE CONTROL	51
5.5.1. La Psicología del control	51
5.5.2. Paradigmas básicos de la Psicología del control	53
5.5.3. La Psicología del control y la integración de conceptos	55
5.5.4. El locus de control y la Psicología del control	57
5.5.5. Implicaciones de la Psicología del control en Psicología de la salud –situaciones de enfermedad-	61
6. METODOLOGIA	63
6.1. TIPO DE ENFOQUE	63
6.2. TIPO DE ESTUDIO	63
6.3. POBLACION	63
6.4. MUESTRA	64
6.5. VARIABLES	64
6.6. INSTRUMENTO	70
6.6.1. Inventario de rotter sobre locus de control Interno-externo L.E.I	70
6.6.2. Escala de actitud hacia la adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica	72
6.7. PROCEDIMIENTO	
7. ASPECTOS ETICOS	76
8. RESULTADOS	80
8.1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN A HEMODIALISIS	

	Pag.
8.2. PRUEBA DE NORMALIDAD	84
8.2.1. Prueba de normalidad para el Inventario de Locus de control de Rotter (1966).	84
8.2.2. Prueba de normalidad para la escala de actitud hacia la adhesión al tratamiento	85
8.3. PUNTUACIONES OBTENIDAS DEL INVENTARIO LOCUS DE CONTROL DE ROTTER APLICADO A LOS 52 PACIENTES DE LA CLÍNICA MEDILASER.	86
8.4. COMPARACION DE MEDIAS PARA LOCUS DE CONTROL EXTERNO	87
8.5. COMPARACION DE MEDIAS PARA LOCUS DE CONTROL INTERNO	91
8.6. PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA ESCALA DE ACTITUD HACIA LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO	95
8.7. COMPARACIÓN DE MEDIAS PARA LA ESCALA DE ACTITUD HACIA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	96
8.8. CORRELACIONES.	100
9. DISCUSION	103
10. CONCLUSIONES	109
11. RECOMENDACIONES	112
BIBLIOGRAFIA	114
ANEXOS	120

LISTA DE TABLAS

	Pag.
Tabla 1. Confiabilidad y validez del inventario de locus de control de Rotter (1966).	71
Tabla 2. Confiabilidad y validez del inventario de locus de control de rotter (1966), según aplicación a los pacientes con insuficiencia renal crónica en la clínica medilaser.	72
Tabla 3. Estadístico de confiabilidad alfa de cronbach para escala tipo likert de actitud hacia la adhesión al tratamiento.	74
Tabla 4. Descriptivos de la edad de los pacientes que participaron en la investigación.	81
Tabla 5. Distribución del género de los pacientes participantes de la investigación.	81
Tabla 6. Distribución por estrato socioeconómico de los pacientes que participaron en esta investigación.	82
Tabla 7. Distribución por estado civil de los pacientes que participaron en esta investigación.	82
Tabla 8. Distribución por escolaridad.	83
Tabla 9. Correlación entre edad y locus de control externo	100
Tabla 10. Correlación entre edad y locus de control interno	100
Tabla 11. Correlación entre la edad y la actitud hacia la adhesión al tratamiento	101
Tabla 12. Correlación entre locus de control externo y la actitud hacia la adhesión al tratamiento	101
Tabla 13. Correlación entre locus de control interno y la actitud hacia la adhesión al tratamiento.	101

LISTA DE CUADROS.

	Pag.
Cuadro 1. Consecuencias del juicio de control	57
Cuadro 2. Operacionalizacion de variables sociodemográficas.	66
Cuadro 3. Operacionalizacion de la variable locus de control.	67
Cuadro 4. Operacionalizacion de la variable de actitud hacia la adhesión al tratamiento.	68

LISTA DE GRAFICAS

	Pag.
Grafica 1. Prueba t para locus de control externo y género.	87
Grafica 2. Anova de un factor para locus de control externo y escolaridad	88
Grafica 3 Anova de un factor para locus de control externo y estrato socioeconómico.	89
Grafica 4. Anova de un factor locus de control externo y estado civil	90
Grafica 5. Prueba t para locus de control interno y genero	91
Grafica 6. Anova de un factor, locus de control interno y Escolaridad	92
Grafica 7. Anova de un factor, locus de control interno y estrato Socioeconómico	93
Grafica 8. Anova de un factor, Locus de control Interno y estado civil.	94
Grafica 9. Prueba t para actitud hacia la adhesión al tratamiento y Genero	96
Grafica 10. Anova de un factor, adhesión al tratamiento y escolaridad	97
Grafica 11. Anova de un factor, adhesión al tratamiento y estrato socioeconómico	98
Grafica 12. Anova de un factor, adhesión al tratamiento y estado civil	99

LISTA DE ANEXOS

	Pag.
ANEXO A. Consentimiento informado.	121
ANEXO B. Inventario de locus de control de Rotter.	123
ANEXO C. Escala likert de actitud hacia la adhesión al tratamiento en hemodiálisis	126

RESUMEN

Con el fin de determinar la relación existente entre el Locus de Control y la actitud hacia la adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis, se desarrolló este estudio con una muestra de 52 pacientes de la Unidad Renal de la Clínica Medilaser de la ciudad de Neiva. Para tal fin, se aplicaron dos pruebas psicométricas, el inventario de Locus de Control de Rotter (1966) y la escala tipo Likert de actitud hacia la adhesión al tratamiento, construida por los investigadores. Por consiguiente, se desarrolló bajo una metodología de diseño correlacional y un consentimiento informado y firmado.

De los resultados obtenidos, después de su proceso de análisis estadístico se observó que no se halla ninguna relación significativa entre el locus de control y la actitud hacia la adhesión al tratamiento, permitiendo reconocer que el locus de control y la actitud hacia la adhesión actúan de forma independiente, lo cual abre la posibilidad para que futuras investigaciones exploren la relación con otras variables,

De acuerdo a las variables género, escolaridad y estado civil, relacionadas con el Locus de control de Rotter, se encontró que los pacientes del género femenino, sin ningún grado de escolaridad, los viudos y solteros tienden hacia una expectativa de locus de control externo. Del mismo modo, dentro del Locus de control de Rotter a nivel interno, relacionadas con las variables género, nivel de escolaridad, estado civil y estrato socioeconómico, se encontraron resultados como, que los varones, los técnicos, los casados y divorciados tienden hacia el locus de control interno.

La aplicación de la escala tipo likert de actitud hacia la adhesión, y su relación con las variables género, nivel de escolaridad y estado civil, se encontró que las mujeres, los universitarios, los casados y divorciados tienen una actitud muy favorable hacia la adhesión al tratamiento. .

Palabras clave. Locus de Control, Actitud, Adhesión al Tratamiento.

INTRODUCCION

El presente trabajo surge con el fin de poner en práctica los conocimientos teóricos y prácticos en materia de investigación por parte de los estudiantes de Psicología a cargo de esta investigación.

Actualmente, la investigación psicológica en el campo de la insuficiencia renal crónica ha sido pobremente explorada, especialmente a nivel regional, lo que hace considerable y de gran importancia para el trabajo investigativo en dicho campo, puesto que abre las puertas a la psicología para tratar integralmente la enfermedad renal crónica y propender por más y mejores planes de intervención para el mantenimiento y mejora de la calidad de vida de los pacientes. A su vez, propicia oportunidades de psicoeducación en el tema para que disminuya la cantidad de pacientes que tienen comorbilidad con este tipo de patología y que es altamente prevenible.

Además de esto, el interés de los investigadores esta en aumentar el espectro de atención de la psicología en lo concerniente a la salud, ya que actualmente son pocas las patologías que reciben un tratamiento médico y psicológico para su seguimiento.

Ante lo anterior, se hace importante investigar y obtener datos importantes a partir de las variables sociodemográficas de los pacientes, la aplicación del inventario locus de control y la escala de actitud hacia la adhesión al tratamiento en una muestra de 52 pacientes de la clínica Medilaser de la ciudad de Neiva.

A partir de la investigación de estas variables se desarrolla este trabajo donde se establece, si existe relación entre el locus de control y la actitud hacia la adhesión al tratamiento en estos pacientes, teniendo en cuenta a su vez las variables sociodemográficas.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Reconocer la condición biopsicosocial en el ser humano, implica abordar el tema del papel que juegan las enfermedades en la conservación del equilibrio de dicha condición, la cual, definitivamente expone al ser humano al límite entre lo patológico y lo saludable, determinando de esta forma la calidad de vida de cada individuo en su diario vivir. Sin embargo, es importante tener en cuenta lo que representa para las personas que llegan a verse afectadas por enfermedades crónicas que por su naturaleza, comprometen seriamente la conservación de su bienestar físico y mental, lo que las conlleva a que mantengan un constante esfuerzo para mantener niveles aceptables de vida, a pesar de que para muchas de ellas, es difícil de sortear problemáticas de carácter familiar, de seguridad social y de tipo económico. Problemáticas estas que acompañadas de enfermedades crónicas, se convierten en variables predisponentes y mantenedoras del deterioro físico y psicológico que comprometen la calidad de vida de la población que la padece.

De esta manera, la enfermedad renal y específicamente la Insuficiencia Renal Crónica, es una de aquellas patologías que llama la atención a investigadores por su naturaleza y su influencia en el bienestar biopsicosocial de las personas que la padecen, donde se evidencian problemáticas, que afectan tanto al paciente renal como a su núcleo familiar y su entorno social.

Según lo expuesto por: el Ministerio de la Protección Social¹ tomando como referencia la población mundial, incluyendo a Colombia, una de cada diez personas adultas presenta alguna enfermedad de tipo renal, donde los procedimientos en terapia de sustitución (diálisis y trasplante) exponen una tasa de crecimiento del 15% al año en los últimos diez años.

En Colombia, 11.239 personas del régimen contributivo reciben tratamiento de diálisis como consecuencia de la progresión de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC). No obstante, se piensa que existe un subregistro de la información y que según lo proyectado en los últimos años, estos podrían ser más de 16.000. Los costos alcanzados por los programas de diálisis alcanzaron en el año 2004, 450.000 millones de pesos.²

¹ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Resumen preparado por la Sociedad Colombiana de Nefrología, FEDESALUD y otras entidades.2006

² *Ibíd.*, p. 1

Datos más recientes plantean como alta posibilidad que para el año 2010, existan ya con requerimiento de diálisis o trasplante 28.000 pacientes. Siendo la enfermedad renal de alto costo. “El sistema de salud colombiano desembolsa anualmente 510.000.000.000 pesos en terapia dialítica, teniendo en cuenta que cada paciente cuesta por tratamiento dialítico básico, en promedio 2.500.000 pesos m/cte al mes”³.

Sumado a esto, cada año la incidencia de enfermedad renal crónica terminal aumenta en el país en más o menos 4.000 pacientes. Es importante tener en cuenta que por cada paciente renal en diálisis, existen dieciocho personas con alguna posibilidad de presentar la enfermedad renal y cada vez es más evidente la necesidad de programas encaminados a la prevención de dicha patología⁴.

Según la clínica renal Colombiana:

Ante esto, los reportes de incidencia y prevalencia de enfermedad renal crónica terminal en Colombia son muy escasos y apenas desde hace algunos años han comenzado a generar estadísticas confiables. Desde la implementación de la Ley 100 de 1993 y al mejorar enormemente la cobertura de los pacientes que requerían terapias de reemplazo renal la prevalencia ha aumentado de manera importante, pasando de 127 pacientes por millón de habitantes (ppm) en diciembre de 1993, a una prevalencia de 294.6 ppm a diciembre de 2004⁵.

Al respecto, el ministerio de la protección social hace referencia a que:

Sí en Colombia la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) creciera al mismo ritmo que lo viene haciendo y contando con las cifras antes mencionadas podrían duplicarse y llegar a más de 28 mil personas, lo cual le costaría al país más de 840 mil millones de pesos y significaría un incremento de 15% de los pacientes. En Colombia las principales causas de la Insuficiencia Renal Crónica son la hipertensión arterial, con el 30%, y la diabetes Mellitus tipo II, con el 30%. El mayor número

³ CLINICA RENAL Colombiana: Riesgo de progresión en Insuficiencia Renal Crónica, [en línea] (2005). [consultado el 12 de Agosto de 2010]. Disponible en http://www.clinicarenal.org/index.php?option=com_content&view=article&id=12:riesgo-de-progresion-en-insuficiencia-renal-cronica&catid=4:noticias-clinicas

⁴ *Ibíd.*, p.1.

⁵ *Ibid.*1.

de pacientes en diálisis se encuentra entre los 50 y los 59 años, le siguen el grupo de 60 a 69 años y el de 40 a 49. El 68% de los pacientes son menores de 60 años y el restante 32% mayor de 60 años⁶.

Por el contrario, sí disminuye la tendencia de crecimiento de la enfermedad, aumenta la calidad de vida de los pacientes y bajan los costos de atención. Sí se mantiene la tendencia de crecimiento de la enfermedad, disminuye la calidad de vida de los pacientes y aumentan los costos de atención.⁷

Por lo anterior, la intención se focaliza en la prevención, es decir, que se logre descubrir la enfermedad en sus fases iniciales y mejorar los tratamientos que existen. Son medios, los cuales contribuyen considerablemente al control de la Insuficiencia Renal Crónica, y por ende “el crecimiento podría tener otra tendencia y crecer sólo el 7 por ciento para 2010 y sus costos llegar a 499 millones”⁸.

Atendiendo a las cifras anteriormente mencionadas y a la necesidad, surge una problemática que preocupa a profesionales de la salud en especial a la psicología que cumple una labor de apoyo emocional y afectivo, de acompañamiento, de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, además, de múltiples factores asociados a este tipo de enfermedad que requieren del asesoramiento e intervención de la psicología en este tipo de problemáticas que se han limitado a la labor médica. Por tal razón, es pertinente que se logre aumentar la calidad de vida de los pacientes desarrollando un trabajo interdisciplinar que logre disminuir los casos de esta enfermedad que va en aumento y que mejore los servicios de salud para los ya existentes.

Para esta investigación, es pertinente reconocer y medir en estos pacientes el Locus de Control debido a que la percepción que tiene la persona con respecto a su enfermedad permitirá una actitud adecuada hacia la adhesión al tratamiento. El

⁶ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Op. Cit. p. 4.

⁷ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía para el manejo de la Enfermedad Renal Crónica. [en línea]. [consultado el 14 de Agosto de 2009]. Disponible en <http://www.fedesalud.org.co/GUIA%20DE%20ATENCIÓN%20ERC%20version%20oficial.pdf>

⁸ ASOCIACION COLOMBIANA DE NEFROLOGIA Y MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resumen preparado: Guías de práctica clínica y los modelos de gestión de VIH/sida y ERC. [en línea]. [consultado el 3 de Febrero de 2011]. Disponible en <<http://mps.minproteccion-social.gov.co/pars/library/documents/DocNewsNo16539DocumentNo6283.PDF> >

término locus de control fue descrito por Rotter, y se define como la percepción que tiene la persona sobre si posee o no poder sobre lo que le ocurre con respecto a las situaciones que experimenta⁹, siendo este importante para determinar la actitud hacia la Adhesión al Tratamiento de hemodiálisis en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Desde el Modelo biomédico entenderemos la actitud hacia la adhesión al tratamiento, como la obediencia del paciente para seguir las instrucciones, prescripciones y proscipciones del profesional de la salud. Así, el paciente ocupa un rol pasivo, donde sigue los consejos y directrices del profesional de la salud.

Esto último, implica en el paciente compromiso de colaboración activa e intencionada, con el fin de producir el resultado preventivo o terapéutico deseado, ya que se presentan cambios en los estilos de vida como son hábitos alimenticios, tomar diariamente los medicamentos, someterse a hemodiálisis y modificar vínculos sociales que en cierta medida, afectan la percepción que tiene el paciente sobre la naturaleza misma de la enfermedad. La falta de información sobre la conducta y seguimiento de los pacientes que han sido diagnosticados con insuficiencia renal crónica, es lo que abre la necesidad de conocer desde la psicología:

“¿Cuál es la relación del Locus de Control y la actitud hacia la Adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis?”.

⁹ ROTTER Julian, Citado por : CEPEDA Carolina, et al. Locus de Control y Adherencia al tratamiento en personas con insuficiencia renal crónica. En: Revista Ciencia Psicológica. [en línea]. Vol. 1, No. 1 (2007) p. 1-7. Disponible en <http://www.fcsucentral.cl/varios/files/file/publicaciones/cienciapsicologia_01/01_ciencia_psicologica_01.pdf>

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la relación entre locus de control y la actitud hacia la adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Establecer el Locus de Control Interno y Externo en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis.

Determinar la actitud hacia la Adhesión al Tratamiento de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis.

Determinar la asociación entre el locus de control y la actitud de los pacientes hacia la adhesión al tratamiento.

2. JUSTIFICACION

La salud y el bienestar físico y mental de las personas que padecen enfermedades crónicas, es un tema de relevancia para la ciencia y los profesionales de la salud que pretenden mejorar la calidad de vida de estos pacientes. En consecuencia y apoyados en la escasez de conocimiento con respecto a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y específicamente los contenidos que describen el modelo cognitivo del locus de control y su relación con la actitud hacia la adhesión al tratamiento en pacientes con esta patología, que se someten a hemodiálisis, nos permite contribuir en la mejora de los procesos de diseño y aplicación de las políticas de prestación de servicios en las organizaciones pertenecientes al sector salud.

En cuanto a las políticas públicas en salud a cargo de los estamentos gubernamentales responsables de garantizar la prestación de los servicios médicos especializados requeridos para el manejo de esta enfermedad, es fundamental, que dichas políticas de salud le garanticen al paciente renal la prestación de los servicios médicos requeridos sin ningún tipo de inconveniente, donde no se vea comprometida la integridad y vulnerados los derechos del paciente, en procura de lograr un estado de salud tanto físico como psicológico satisfactorio, lo cual se traducirá en una calidad de vida digna y manejable.

Desde el punto de vista psicológico, se espera una mejora en aspectos claves como: la psicoorientación tanto a nivel individual como a nivel de sus núcleos familiar y social, lo cual, contribuiría a estructurar y fortalecer los procesos de toma de conciencia y aceptación de su condición médica especial a la par de la posibilidad de realizar un proceso de duelo menos traumatizante, en el entendido de la pérdida de capacidades que permiten un desarrollo óptimo en aspectos como el laboral, familiar e individual. Fomentar la implementación de espacios para el acompañamiento del paciente durante las sesiones de hemodiálisis, así como en espacios de esparcimiento e integración que permitan fortalecer los lazos de identificación y amistad tanto entre pacientes, como entre estos y el personal de salud a cargo de la prestación de los servicios requeridos, lo cual generaría una percepción de seguridad y bienestar en el paciente.

Desde el punto de vista médico, se espera que el personal de salud especializado en el tema de la atención al paciente renal, mejore significativamente en aspectos como: la capacidad de generar empatía, manejo y tolerancia de la subjetividad propia de cada paciente, manejo del pensamiento y la acción en un marco ético y

profesional, entre otros, lo cual es importante en el entendido de la interacción constante, el calor humano, la valoración del paciente como ser social- emocional, aspectos claves en el fortalecimiento y afirmación de las dimensiones biopsicosocial en los pacientes que presentan insuficiencia renal crónica.

En general, la insuficiencia renal crónica (IRC) requiere en la persona afectada, un grado sustancial de compromisos, es decir, un control estricto de hemodiálisis que se debe realizar tres veces por semana, cuatro horas cada hemodiálisis, conectados a una maquina, y a su vez llevar dietas y estilos de vida saludables que restringen muchas actividades sociales, familiares e individuales. Además de lo anterior; el consumo de medicamentos que intensifican el rigor del tratamiento en general y que son imprescindibles en el manejo paliativo de la enfermedad, debido a que son la única forma de sobrellevar la enfermedad para poder seguir viviendo¹⁰.

De esta manera, es posible identificar la importancia de un trabajo ético, profesional y estructurado que sea continuo y que refuerce de manera positiva la percepción de compromiso y responsabilidad del paciente, ante la nueva condición de salud física y psicológica que lo acompaña, con el claro propósito, de prevenir que las conductas características de este tipo de pacientes frente a lo estricto del tratamiento y el cambio radical en su estilo de vida, predispongan la aparición de consecuencias psicosomáticas que afecten la actitud hacia la adhesión al tratamiento, para lo cual, es necesario que tanto el paciente como el personal de salud, se comprometan a interactuar de manera armónica y responsable, tanto en la adopción de los nuevos estilos de vida de cada paciente como en el cumplimiento de las obligaciones laborales por parte del personal de salud. El cumplimiento de dichos compromisos, garantizará en alguna medida, la prevención y complicación de las posibles recaídas, logrando disminuir la estadía de los pacientes en hospitales y la aparición de patologías subyacentes a la insuficiencia renal crónica, lo que se reflejará en una mejor condición biopsicosocial del paciente.

A nivel social, la contribución al conocimiento permite ampliar todas las instancias interdisciplinarias en las que puedan intervenir los profesionales de la salud para apoyar en las fases tempranas de la enfermedad, siendo esto último, más importante para la actitud hacia la adhesión del paciente al tratamiento. Así mismo, el psicólogo debe tener una mayor participación activa donde se generen

¹⁰VALDERRAMA F, et al. Revista Nefrología: Mala Adherencia a la dieta en hemodiálisis, síntomas ansiosos y depresivos. En: Nefrología. [en línea] Vol. 22. No. 2 (2007) 246 p. Disponible en <<http://www.revistanefrologia.com/revistas/P1-E194/P1-E194-S132-A3499.pdf>>

espacios de intervención y acompañamiento consecutivo para lograr una estabilidad psicológica del paciente.

Finalmente, la investigación plantea la necesidad de aportar conocimiento a la Psicología de la Salud y en gran medida al mejoramiento integral de la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas, comprendiendo también la necesidad de trabajar en la promoción y prevención primaria de las enfermedades de alto costo no trasmisibles dentro de las cuales se encuentra la insuficiencia renal crónica¹¹.

¹¹ COLOMBIA, CONGRESO EPIDEMIOLOGICO COLOMBIANO DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRASMISIBLES, Memorias, (2009 Bogotá, Colombia), Bogotá Colombia, Ministerio de la Protección Social 2009.

3. ANTECEDENTES

A continuación se realiza una reseña acerca de los estudios que se considera están directamente relacionados con esta investigación, y que a su vez, constituyen un aporte importante en ella.

A nivel internacional, los trabajos realizados se centran en los tratamientos medico-farmacológicos y en los factores psicosociales que intervienen en el paciente. Algunos de esos trabajos son:

FACTORES ASOCIADOS AL ESTADO DE SALUD PERCIBIDO (CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD) DE LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS CRONICA¹². Esta investigación fue desarrollada en Madrid España en el Hospital general de Segovia en compañía de la Fundación Renal bajo la dirección del Doctor Fernando Álvarez. La intención de la investigación consistió en encontrar los factores asociados al estado de salud dependiendo inicialmente de las variables sociodemográficas y las variables clínicas. Finalmente se concluyó que al evaluar el estado de salud percibido por los pacientes, los métodos para hallar los resultados no son lo suficientemente efectivos, dejando como resultado solamente la evaluación de algunas variables como la intervención psicológica individual y familiar, el manejo de la comorbilidad de la enfermedad y sobre todo las estrategias de promoción y prevención de la enfermedad haciendo que el paciente mejore su calidad de vida.

Estos resultados permitieron a la presente investigación, sugerir el planteamiento de estrategias de intervención para mejorar los servicios de salud con el propósito, de que el paciente mejore su calidad de vida, dependiendo del apoyo interdisciplinar para que así, la actitud hacia la adhesión al tratamiento mejore, teniendo en consecuencia mejores resultados y así una estabilidad física y mental a pesar de la patología existente. .

¹² ALVAREZ Fernando, Factores asociados al estado de salud percibido de los pacientes en hemodiálisis Crónica. En: Congreso, ponencia del XXV congreso de la sociedad española de enfermería nefrológica (3: 2002), Memorias, Madrid España, p. 64-68.

ANSIEDAD Y DEPRESION EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS¹³. Este trabajo investigativo fue desarrollado por los estudiantes de psicología Amelia Páez, Marcos Ofre y Carmen Aspiroz en la Universidad Nacional de San Luis Argentina. El objetivo de la investigación se basó en determinar el grado de ansiedad y depresión mediante test estandarizados como el inventario de ansiedad de rasgo estado (IDARE) y el inventario de depresión de Beck-II.

Los investigadores encontraron dentro de los datos arrojados en las pruebas que en un 16% de los pacientes se presentaba ansiedad estado en niveles bajos y en un 13% ansiedad en niveles medios y como complemento esta la ansiedad alta en el resto de pacientes estudiados. A su vez, estos pacientes presentaron altos niveles de depresión debido a los cambios en los estilos de vida.

Como aporte a este trabajo investigativo, según los resultados obtenidos en el trabajo aquí citado, se puede afirmar, que la enfermedad renal crónica y su consiguiente tratamiento hemodialítico son sucesos altamente estresantes que afectan al paciente y a su entorno, por lo tanto, la actitud hacia la adhesión al tratamiento depende del nivel de control que la persona ejerce sobre estos nuevos sucesos vitales para su equilibrio y la adaptación rápida a estos cambios, siendo de crucial importancia el apoyo interdisciplinar en estrategias de intervención no solo medicas sino también psicológicas.

LOCUS DE CONTROL, Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA¹⁴. Este trabajo fue desarrollado por las estudiantes de la Universidad de Chile, Carolina Cepeda, Connie Warner y Natacha Núñez en 10 centros hospitalarios privados y públicos en la ciudad de Santiago. Esta investigación tenía como fin encontrar la relación entre locus de control y la adherencia al tratamiento. Para tal fin se hizo un diseño de tipo descriptivo teniendo en cuenta una entrevista estructurada donde se recogieron datos demográficos y a la vez se aplicó el cuestionario de reacción social de Rotter para medir el locus de control. Seguidamente, se aplicó un test donde se

¹³ PAEZ Amelia, OFRE Marcos y ASPIROZ Carmen, Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Trabajo de Grado Psicolog@. Buenos Aires Argentina: Universidad Nacional de San Luis Argentina. Facultad de Ciencias Humanas – Área de Psicobiología-. 2008, p. 117-124.

¹⁴ CEPEDA Carolina, et al. Locus de Control y Adherencia al tratamiento en personas con insuficiencia renal crónica. En: Revista Ciencia Psicológica. [en línea]. Vol. 1, No. 1 (2007) p. 1-7. Disponible en <http://www.fcsucentral.cl/varios/files/file/publicaciones/cienciapsicologia_01/01_cienciaapsicologica_01.pdf>

medía la adherencia según horario y cumplimiento de los pacientes a las citas programadas.

A partir de esto se encontró, que en términos generales hay relación entre el locus de control y la adherencia al tratamiento, dependiendo en gran parte de la atención hospitalaria que se ofrezca. Además, se encontró como dato interesante para los autores del presente estudio, que en un 60% de la muestra predomina el Locus de control externo y en un 40% restante un Locus de control interno. De acuerdo a los resultados, también se evidencio que para la muestra total hay una relación significativa entre locus de control interno y sexo, ya que los hombres puntuaron en dicha expectativa. En lo que respecta a la adherencia al tratamiento se evidencio en los resultados de la prueba que en su totalidad los pacientes están adheridos al tratamiento.

Los resultados aquí obtenidos, complementaron de manera significativa esta investigación ya que son similares y aportan al tratamiento psicológico de la enfermedad renal crónica según sus resultados, además, de sugerir la evaluación de nuevas variables y su relación con el Locus de Control, trabajo que se realizo en esta investigación.

MALA ADHERENCIA A LA DIETA EN HEMODIALISIS: PAPEL DE LOS SINTOMAS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS¹⁵. Este trabajo fue desarrollado por F. Valderrama, en la ciudad de Lima Perú. El objetivo de esta investigación consistía en determinar si los síntomas ansiosos y depresivos eran responsables de la mala adherencia a la dieta requerida en hemodiálisis. Por tal razón, se hizo un estudio transversal, descriptivo y de correlación.

Dentro de los datos encontrados en 88 pacientes se evidenció un 61.4% de síntomas depresivos, 52.3% de síntomas ansiosos, mala adherencia a la restricción de fluidos 53.4% y dieta 35.2%. Como conclusión, se encontró relación entre la ansiedad y la ganancia de peso interdialitica y a un mayor promedio de potasio sérico predialisis. Para tal fin, era necesario detectar estos síntomas a tiempo e intervenir terapéuticamente en ellos para mejorar la terapia hemodialica.

Como aporte, afirma el tratamiento hemodialitico como una opción medica única de mantenimiento de la salud en este tipo de pacientes, pero que afecta

¹⁵ VALDERRAMA F, et al. Revista Nefrología: Mala Adherencia a la dieta en hemodiálisis, síntomas ansiosos y depresivos. En: Nefrología. [en línea] Vol. 22. No. 2 (2007) 246 p. Disponible en <<http://www.revistanefrologia.com/revistas/P1-E194/P1-E194-S132-A3499.pdf>>

sustancialmente la estabilidad emocional de las personas. Por lo tanto, la adherencia a la dieta alimentaria en este caso, depende en mayor medida de la estabilidad anímica, siendo este resultado importante para este estudio, ya que cuando se relaciona con el control del paciente sobre los cambios en su estilo de vida que comprometen la actitud hacia la adhesión, propicia una estabilidad si el control de estos es ejercido de manera apropiada.

En Colombia, se presentan las siguientes investigaciones que pueden relacionarse como antecedente para esta investigación y son:

ADHERENCIA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA A LAS SESIONES DE HEMODIALISIS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL¹⁶. La enfermera profesional Cecilia Acosta, desarrolló este trabajo investigativo con los pacientes de la unidad renal del hospital militar de la sede principal en Bogotá Colombia. Este trabajo, tenía por objeto hacer un estudio descriptivo de los pacientes que asistían a las sesiones de hemodiálisis. Principalmente se encontró información acerca de los lugares de donde eran remitidos los pacientes, siendo estos principalmente de las fuerzas militares. Además, se encontró que se presentaban más casos de insuficiencia renal crónica en hombres que en mujeres. Las técnicas utilizadas para la recolección de los datos fueron entrevistas semiestructuradas, hoja de seguimiento de asistencia a la hemodiálisis y un estricto registro durante 28 días de los pacientes en el tratamiento.

Además, este estudio tenía como fin reconocer si había adherencia o no a la hemodiálisis dejando como resultado que los pacientes estudiados se encontraban adheridos al tratamiento teniendo en cuenta que en promedio llevaban de tres a cuatro años de asistir a las sesiones.. Este promedio de tiempo en tratamiento de hemodiálisis, se evidencio en los resultados de la prueba como principal mantenedor de la adherencia en relación a la buena atención de la organización que ofrece los servicios de hemodiálisis y la relación médico-paciente.

Como elementos importantes que aportaron estos resultados al presente trabajo investigativo, es el valor del tiempo transcurrido en el tratamiento hemodialítico para una adecuada actitud hacia la adhesión al tratamiento, a su vez, de la necesidad de mantener una buena relación con el equipo médico de la unidad renal, hecho que se propicia mediante estrategias y programas de psicoeducación donde la enfermedad deje de ser individual y se entienda como un fenómeno de carácter global.

¹⁶ACOSTA, Cecilia, et al. Revista Colombiana de Enfermería, Vol. III, Año 3, (2008), p.2.

CALIDAD DE VIDA Y ADHESION AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS¹⁷.

Este trabajo fue realizado por el grupo de investigación Psicología, Salud y calidad de vida de la Universidad Santo Tomas en la ciudad de Bogotá Colombia. El propósito de este estudio fue describir la calidad de vida de treinta y tres pacientes en tratamiento de hemodiálisis y observar si estaban presentes características distintas en función de la adhesión al tratamiento. Se utilizó el cuestionario SF-36 y se registraron datos bioquímicos y clínicos con base en los cuales los especialistas reportaron su criterio medico de adhesión. Se observó un deterioro importante en las dimensiones evaluadas, no obstante la función social se encontró preservada.

Entre los datos recogidos se encontró, que la función social es muy importante para la buena adhesión al tratamiento teniendo en cuenta que los pacientes con mejor calidad de vida mostraron adhesión al tratamiento mayor que los que no. Adicional y como complemento a estos resultados, se encontró que aquellos pacientes con lazos conyugales y familiares fuertes presentaban mayor calidad de vida y por ende una mayor adhesión al tratamiento en hemodiálisis.

El aporte que hacen estos resultados, complementaron los hallazgos de esta investigación en el ámbito de algunos datos sociodemograficos como el estado civil y su relación con la adhesión al tratamiento. La buena adhesión mejora la calidad de vida del paciente, por ende, si esta depende de los lazos familiares y sociales, propician el diseño e implementación de programas psicoeducativos de afianzamiento de dichos lazos.

CALIDAD DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA SOMETIDOS A HEMODIALISIS, DIALISIS PERITONEAL O TRASPLANTE RENAL¹⁸.

Este trabajo se desarrolló en el hospital militar de la ciudad de Bogotá por los estudiantes de enfermería Paola Acosta, Leidy Chaparro y Cesar Rey. Se comparó la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento en 120 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

¹⁷CONTRERAS, Françoise, et al. Universitas Psychologyca: Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. En: Scielo [en línea]. Vol.5, No. 3. [consultado el 13 de Marzo de 2010]. Disponible en <http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S165792672006000300005&script=sci_arttext&tlng=p>.

¹⁸ ACOSTA, Paola, CHAPARRO, Leidy y REY, Cesar. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que son sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. En: Revista Colombiana de Psicología, No. 17, 2008, p. 16-27.

sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal, teniendo en cuenta la edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación.

Las técnicas utilizadas fueron unas fichas sociodemográficas, la prueba de calidad de vida WHOQOL-100 y el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento. Se encontró que los pacientes en tratamiento de trasplante reportaban mayor calidad de vida y mejores estrategias de afrontamiento en comparación con los otros tratamientos, siendo mayores las puntuaciones en personas con edad de transición entre adultez media y tardía, mujeres con estudios universitarios, casados y empleados.

Como aporte a este trabajo investigativo, se identificaron la estabilidad en la calidad de vida y el afrontamiento de los pacientes que ya han alcanzado el trasplante renal. Se conoce según el seguimiento de la insuficiencia renal crónica, que solo aquellos pacientes que se adhieran al tratamiento de hemodiálisis y mantengan una salud y calidad de vida eficiente pueden acceder a un trasplante, por lo tanto, se hace necesaria una buena adhesión y seguimiento de las prescripciones medicas para el mejoramiento y estabilidad de la calidad de vida de los pacientes. Estos resultados abren la posibilidad de intervenciones psicoeducativas que mejoren la adhesión y que la mantengan a lo largo del tratamiento.

A nivel local, los trabajos investigativos que giren en torno a la actitud de los pacientes hacia la adhesión, el locus de control y en general desde la psicología en pacientes con insuficiencia renal crónica no se han desarrollado.

4. MARCO TEORICO

En el presente apartado se habla de la psicología de la salud, en el que se encuentra un recuento histórico de cómo surgió, su proceso evolutivo y los aportes desde diferentes áreas entre las que se encuentran la medicina comportamental, psicología médica, medicina psicosomática y psicología de la salud clínica, permitiendo hacer un esbozo de las diferentes estrategias con las cuales se puede trabajar y mejorar la calidad de vida de las personas. También, se hace referencia de la insuficiencia renal crónica, en donde se realiza una exposición de sus causas y consecuencias a nivel físico y psicológico y cómo esto afecta la vida diaria del que la padece. Seguidamente, se encuentra la actitud hacia la adhesión al tratamiento, para lo cual se expresa el concepto de adherencia, adhesión y de actitud y su relación con la psicología, de igual forma se habla de la actitud hacia la adhesión al tratamiento en la insuficiencia renal crónica como punto clave en esta investigación, en donde se revisan los diferentes hábitos y la actitud que han de tener quienes lo padecen para tener una vida saludable. Como último punto de este apartado, se encuentra el locus de control en el cual se recopila la historia de donde surgió, como se comprende y que factores a nivel psicológico se tienen en cuenta en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica.

5.1 PSICOLOGIA DE LA SALUD.

A partir de la segunda guerra mundial surgieron una serie de procesos de cambio y transformación tanto a nivel social y económico, como científico, donde la psicología como ciencia de la conducta y el comportamiento, no fue ajena a dichos procesos de evolución, dando paso, a un cambio gradual de su carácter, este cambio se evidencia en la psicología norteamericana dominante y es allí, donde podemos identificar la génesis de una proyección creciente, donde la psicología, deje de ser solo una disciplina académica y experimental, en el entendido de su posición, como ciencia pura, para desarrollarse también como una ciencia aplicada, que gracias a su nueva condición proyectara y validara su quehacer en la amplia gama de problemáticas, que surgen en un contexto social determinado.¹⁹ De esta manera, la Psicología fue mostrando cada vez, que desde su nueva posición como ciencia aplicada, podía contribuir significativa y satisfactoriamente a la prevención, identificación y abordaje de los diversos problemas en gran variedad de ámbitos, desde aquellos de tipo más individual y subjetivo, hasta otros de tipo más social, organizacional y comunitario.²⁰

¹⁹ BARRA ALMAGIA, Enrique. Psicología De La Salud: Desarrollo De La Psicología De La Salud. 2003. Santiago, Chile. 2003. 14 p.

²⁰ Ibid., p. 14

Gracias a los trabajos y propuestas desarrollados por Kurt Lewin, en los años cuarenta, este proceso evolutivo de la psicología recibió un gran impulso. Lewin, es considerado como el pionero de la psicología social aplicada y radica la importancia en el hecho de que la psicología social aplicada, es una de las áreas que ha contribuido a la psicología de la salud desde sus mismos inicios hasta su posición actual.²¹

La psicología como ciencia de la conducta y el comportamiento, tiene mucho que aportar al campo de la salud, en el sentido que son aquellas conductas emitidas por las personas, factores determinantes que influyen directamente en la génesis, mantenimiento y radicación de las problemáticas propias de la salud psicológica y fisiológica. Es por lo anterior, que la psicología de la salud se ha convertido en una especialidad científica de rápido crecimiento dentro de la psicología clínica. Un ejemplo de dicho crecimiento se sustenta en el hecho de libros de texto y manuales que exponen y detallan la especialidad. Por ejemplo, es posible encontrar un extenso registro literario general sobre psicología de la salud. De igual manera, se ha desarrollado varias revistas especializadas, como: Health Psychology y Journal Of Behavioral medicine, para informar la investigación en estas áreas.²²

Una de las definiciones de la psicología de la salud se encuentra en Matarazzo que definió la psicología de la salud como: "El agregado de las contribuciones educativa, científica y profesional de la disciplina de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas"²³. Este autor contribuyó notablemente a orientar el campo de acción de la psicología de la salud.

No obstante, además de lo anteriormente mencionado, autores más recientes como lo son: Brannon y Feist la definieron como: "la psicología de la salud, incluye las contribuciones de la psicología para la mejora de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, identificación de los factores de riesgo para la salud, mejoría del sistema de salud e influencia sobre la opinión pública con

²¹ Ibid., p. 15

²² PHARES, E. Jerry. Psicología Clínica. Conceptos, Métodos y Prácticas. 1997. México: Manual Moderno. 1999, p. 457.

²³ Ibid., p.458

respecto a la salud”²⁴. Esta definición busca que la psicología de la salud tenga un compromiso activo para desarrollar estrategias y herramientas que mejoren el bienestar físico y mental.

La psicología de la salud, en vista de mejorar la calidad de vida de las personas, ha propendido por diseñar programas de prevención y promoción que buscan fortalecer el desarrollo de estrategias cognitivas y afectivas para lograr estilos de vida saludable en una comunidad, teniendo en cuenta, que se pretende seguir los lineamientos de política pública de salud mental para Colombia, en la cual sus propósitos hacen referencia a: “prevenir el impacto negativo de los problemas psicosociales sobre los individuos y su comunidad y prevenir el impacto negativo de los problemas psicosociales sobre los individuos, familias y comunidades colombianas, entre otros”²⁵.

En la actualidad, se describen algunas investigaciones que se relacionan con el campo de la psicología de la salud, que resaltan la importancia de mantener adecuados estilos de vida saludables y mitigar las consecuencias del estrés y la depresión en las personas, estas describen que: “mantener el control sobre la vida y realizar actividades físicas, puede llegar a prevenir cierto tipo de enfermedades, como el síndrome metabólico (padecer tres de los siguientes diagnósticos: enfermedades cardiovasculares, obesidad, colesterol, triglicéridos altos, entre otros) y gozar de buena salud”²⁶.

Estos aportes investigativos permiten a la psicología de la salud, que las personas tengan una participación activa en el proceso de intervención colectiva, con el objetivo de que se desarrollen factores protectores y mantenedores en salud física y mental.

5.1.1 Áreas relacionadas con la Psicología de la salud Existen otras áreas relacionadas con la psicología de la salud, que permiten ampliar y contribuir a la generación de conocimientos, para la intervención y aplicación de métodos

²⁴ Ibid., p.458.

²⁵BETANCOURT, Diego, *et al.* “Lineamientos De Política De Salud Mental Para Colombia”. En: Ministerio De La protección Social Y Fundación FES Social.[En línea]. (2010). [Consultado 4 dic. 2010]. Disponible en <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Lineamientos/Forms/Temtica.aspx>

²⁶MEBARAK, Moisés, *et al.* “Salud mental; Un Abordaje Desde La Perspectiva Actual De La Psicología De La Salud”. En: Psicología Desde El Caribe[En línea]. N° 23, (2009). [Consultado 4 dic. 2010]. Disponible en <http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/psicologia_caribe/23/05%20SALUD%20MENTAL.pdf>

efectivos e intervención para mejorar el bienestar biopsicosocial de las personas. Entre las cuales se encuentran: la medicina Comportamental, la psicología médica, la medicina psicosomática y la psicología de la salud clínica.

Medicina Comportamental La medicina comportamental ha contribuido como antecedente de la psicología de la salud. El autor que propuso este término fue Lee Birk en 1973, quien lo tomó como subtítulo del libro Biofeedback. Este autor, refiere que la medicina Comportamental busca el “uso de procedimientos derivados del condicionamiento instrumental de respuestas fisiológicas autónomas, para fines de curación de algunas enfermedades originadas en la alteración de esas respuestas”²⁷.

Los principales aportes en la investigación de la medicina conductual, se dieron en los años setenta, mediante el análisis experimental del comportamiento en los cuales se intentó extender los principios del condicionamiento operante y el condicionamiento clásico en el tratamiento de diferentes disfunciones, específicamente en el área clínica con el Biofeedback. Debido a lo anterior, son innumerables las investigaciones que describen las modificaciones de aspectos comportamentales relacionados con la hipertensión arterial, el asma infantil, rehabilitación neuromuscular, dolor crónico, desordenes cardiovasculares y cáncer. No obstante, se plantea que por sus fundamentos la medicina conductual está más relacionada con la clínica.²⁸

Expertos especialistas en el área de la salud y de las ciencias sociales, se reunieron en la Universidad de YALE, en la conferencia:(Yale Conference on Behavioral Medicine), para lograr establecerla como: “un campo interdisciplinario de integración de conocimientos biomédicos y sociales, con el fin de diseñar e implementar procedimientos para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación”²⁹.

Psicología médica. La base de la psicología médica, estuvo interesada en conocer la situación psicológica del paciente enfermo, esto permitió que se convirtiera en un antecedente importante de la psicología de la salud y le aportara

²⁷ ALARCON FLOREZ, Luis, “Psicología De La Salud” En: Psicología Científica.com. [En línea]. (2004). [Consultado 5 dic. 2010]. Disponible en <<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-141-psicologia-de-la-salud.pdf>>

²⁸ *Ibíd.*, p 2

²⁹ ALARCON, Op cit. p 3

significativamente a esta área con temas relacionados como la adherencia al tratamiento, la preparación para intervenciones quirúrgicas, los aspectos psicológicos relacionados con la hospitalización y las repercusiones de la relación entre médico y paciente.³⁰

Teniendo en cuenta lo anterior, se plantea una definición de Psicología médica que se dirige a la aplicación de: “procedimientos de intervención clínica a personas que padecen una enfermedad”³¹. Contribuyendo notablemente, a que se logrará reestructurar varias creencias en salud en el locus de control, en los estilos de afrontamiento y en los estilos de vida en personas que vivan con esta condición.

Medicina Psicosomática La medicina psicosomática, permitió conocer que existen diferentes variables entre ellas los factores mentales y la personalidad, tales como los mecanismos de defensa y los conflictos psicosexuales, que permite realizar un acercamiento más estructurado al análisis de la relación salud-enfermedad, esta relación ha contribuido a la realización de diferentes investigaciones que evidencian la presencia de ciertos conflictos de personalidad subyacentes, en trastornos tales como la hipertensión arterial, entre otros.³²

Psicología de la salud clínica La psicología de la salud clínica, como una de las cuatro aproximaciones a la psicología de la salud, busca a través de la relación de variables psicológicas y las condiciones biomédicas..., para mejorar la calidad de vida de pacientes, por medio de métodos entre los cuales se encuentran: la psicofisiológica,... creencias en salud y evaluación cuantitativas: como entrevistas estructuradas, metaanálisis, cuestionarios, observación directa, encuestas y revisión sistémica, además de estudios interpretativos, como: estudio de casos, análisis históricos, técnicas de diario, entre otras.³³

5.2 INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

La insuficiencia renal crónica la definió en el año 2002 la National Kidney Foundation de Estados Unidos en las guías K/DOQUI como: „la presencia de daño

³⁰ *Ibíd.*, p2

³¹ *Ibíd.*, p2

³² *Ibíd.*, p2

³³ MARKS, F. David. *Et al.* Psicología de la salud: teoría investigación y practica. 2008. Bogotá: El manual moderno S.A de C.V., 2008. 22 p.

renal con una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anomalías estructurales o funcionales, con o sin descenso, de la tasa de filtración glomerular (TFG), a menos de 60ml/min/1.73m² (K/DOQI, 2002)³⁴.

5.2.1 Síntomas de la insuficiencia renal. En algunos pacientes, los riñones se dañan y dejan de funcionar normalmente. Se puede tener un daño renal considerable y no sentir ningún malestar. Por esa razón, la enfermedad renal a menudo se considera como una enfermedad silenciosa. Es posible que comience el malestar solo cuando el daño renal sea considerable. En la mayoría de los pacientes, las enfermedades renales afectan a ambos riñones. Cuando la función renal es menor al 15%, es posible que empiecen a aparecer síntomas como cansancio, debilidad o pérdida del apetito. Para entonces, se necesitara algún tipo de tratamiento para reemplazar algunas de las funciones de un riñón sano. Algunos de los síntomas de la enfermedad incluyen³⁵:

- Sensación de sed frecuente y urgencia para orinar.
- Eliminación de pequeñas cantidades de orina.
- Hinchazón, especialmente de las manos, los pies y alrededor de los ojos.
- Sabor desagradable en la boca y aliento con olor similar a la orina.
- Fatiga persistente o dificultad para respirar.
- Pérdida del apetito.
- Presión arterial cada vez más alta.
- Piel pálida.
- Piel excesivamente seca y con picazón persistente.

5.2.2 Tratamiento y control de la insuficiencia renal. Es muy importante la velocidad con que se está desarrollando la enfermedad renal. El atento seguimiento de las siguientes pruebas, determina el progreso.³⁶

- CREATININA SÉRICA - análisis de sangre que mide la cantidad de creatinina, un producto de desecho que se encuentra en la sangre. Un mayor nivel en la

³⁴ VENADO ESTRADA, Aida. Et al. Insuficiencia renal crónica. En: unidad de proyectos especiales. [en línea]. (2009). [Consultado 6 de dic. 2010]. Disponible en < http://www.medicinaysalud.unam.mx/temas/2009/02_feb_2k9.pdf >

³⁵ RIVERA F. Ángela Sofía, et al. Baxter Healthcare Corporation Division Renal. EN: 1ª adaptación para BAXTER Colombia. División renal. Opciones de Tratamiento. 2008, p.4.

³⁶, RIVERA F. Ángela Sofía, et al. Baxter Healthcare Corporation Division Renal. EN: 1ª adaptación para BAXTER Colombia. División renal. Opciones de Tratamiento. 2008, p.5

sangre indica que los riñones están eliminando menos creatinina del organismo.

- TASA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR - es una medida de la función renal calculada a través de una fórmula o una muestra de orina y sangre para determinar la manera en que los riñones filtran los desechos. Un número más bajo indica que la función renal está empeorando.

5.2.3 Causas de la insuficiencia renal.

Según Avendaño, la insuficiencia renal crónica:

En gran parte se debe a un daño estructuralmente grave de la filtración glomerular. La disminución de esta tasa de filtración glomerular conlleva a que se presenten trastornos disfuncionales, que afecta a la práctica de la totalidad de los sistemas corporales. Las principales etiologías de la IRC, en registros procedentes de diversas áreas geográficas, evidencian que; la nefropatía diabética, nefroangioesclerosis, ocupan actualmente, los primeros puestos en Estados Unidos y otros países desarrollados, pero las glomerulonefritis y las enfermedades renales secundarias a infecciones continúan siendo la principal causa de IRC, en muchos países con escasos recursos económicos³⁷.

A lo anteriormente mencionado, también es importante resaltar que factores socio-sanitarios entre los cuales se encuentran: el sedentarismo, la obesidad, la adopción global de pautas dietéticas occidentalizadas y los genéticos entre los cuales se reconoce que existe mayor predisposición a la nefroangioesclerosis en los pacientes de raza negra, aunque se desconoce el por qué de estas diferencias etiológicas, son las que pueden llevar a la aparición temprana de esta enfermedad, con lo cual se genera un enorme impacto socio-económico producido por el cambio en el perfil etiológico de la IRC, que es el incremento de la edad promedio de los pacientes que inician diálisis.³⁸

³⁷ AVENDAÑO, L. Hernando. *et al.* Nefrología Clínica: Causas de insuficiencia renal crónica y sus mecanismos de progresión. 2 ed. Madrid: Editorial panamericana, 2003. 18 p.

³⁸ *Ibid.*, p18.

Según Avendaño, otras de las causas de la Insuficiencia Renal Crónica, es la Glomerulonefritis, Al respecto dice:

La glomerulonefritis es ocasionada por inflamación y daño de la unidad de filtración del riñón (glomérulo) y podría además ser ocasionada por desordenes inmunes, infecciones y otras causas. Por lo general, esto afecta ambos riñones y puede ser una condición hereditaria. La enfermedad renal poliquística es una enfermedad en que se forman quistes que dañan el riñón. Los riñones aumentan de tamaño y con el tiempo, dejan de funcionar adecuadamente. La enfermedad renal poliquística es hereditaria.³⁹

El lupus es una enfermedad del sistema inmunológico que a menudo daña los riñones. El lupus puede afectar a muchos sistemas del organismo, entre ellos el sistema vascular (arterias y venas), el sistema nervioso (nervios) y la piel. La uropatía obstructiva, puede ser obstrucción de las vías urinarias causadas por cálculos renales, aumento del tamaño de la próstata o defectos congénitos de las vías urinarias, en la cual se detiene el flujo normal de orina. La pielonefritis crónica, es una infección renal que a menudo comienza en la vejiga. Repetidas infecciones urinarias pueden provocar una insuficiencia renal en algunos casos pocos frecuentes. Un trauma, como un accidente automovilístico, puede causar un impacto directo y fuerte en los riñones y hacer que éstos dejen de funcionar. Sin embargo, estos casos son poco frecuentes. Algunos medicamentos de venta sin receta como aspirina, el Paracetamol y el Ibuprofeno, si se toman en grandes cantidades pueden dañar los riñones, especialmente si no funcionan en forma normal⁴⁰

Diabetes y enfermedad renal. La diabetes es una de las causas de la insuficiencia renal crónica, solamente en los Estados Unidos la diabetes tipo 2 ocupa el primer lugar con un 40 % de los pacientes que requieren tratamiento de hemodiálisis, sin embargo la situación no es muy favorable, debido a que se espera que para el 2010 la incidencia de pacientes con insuficiencia renal crónica debido a la diabetes tipo 2 se haya duplicado a nivel mundial, con lo cual se incrementaran los costos para la atención de estos pacientes por parte de los gobiernos⁴¹.

³⁹ RIVERA Ángela y cols. Óp. Cit., p. 6

⁴⁰ *Ibíd.*, p. 6

⁴¹ MEZZANO A. Sergio. *Et al.* Enfermedad renal crónica: clasificación, mecanismos de progresión y estrategias de renoprotección. En: revista medica de Chile. [en línea].(2005). [consultado 21 ene. 2011]. Disponible en < <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v133n3/art11.pdf>>

Presión arterial alta y enfermedad renal Los valores de presión arterial son muy variables, sin embargo, para disponer valores de referencia y tratar a los pacientes que padecen de presión arterial elevada, la organización mundial de la salud, la Sociedad Internacional de Hipertensión y el comité nacional conjunto Estadounidense para la prevención, detección, la evaluación y el tratamiento de la presión arterial elevada (JNC), ha establecido que: “la HTA se diagnostica cuando en varias ocasiones consecutivas la PAD, es superior o igual a 90 mm Hg o cuando la PAS, es superior o igual a 140 mm Hg”⁴².

Cada año, más del 25% de los nuevos casos de insuficiencia renal son causados por una presión arterial más alta que la normal, lo que también se conoce como hipertensión. La falta de control de la presión arterial alta puede provocar enfermedad renal y hacer que ésta avance más rápido. La enfermedad renal también puede provocar presión arterial alta. A través de la presión arterial se mide la intensidad con que el corazón trabaja para poder bombear la sangre a través del organismo. Si la presión arterial es alta, significa que el corazón se está esforzando demasiado para bombear la sangre. Para describir la presión arterial se utilizan dos cifras. La primera de ellas, la sistólica, corresponde a la presión dentro del corazón durante el latido, al bombear la sangre a través del organismo. La segunda, es decir la diastólica, describe la presión en el corazón y los vasos sanguíneos cuando están en reposo⁴³.

5.2.4 Tratamiento Existe una gran cantidad de opciones de tratamiento efectivas para la enfermedad renal. Cuando la función renal es de alrededor de un 15%, es necesario escoger una opción de tratamiento⁴⁴:

- Diálisis peritoneal.
- Hemodiálisis
- Trasplante renal.

Diálisis Tratamiento mediante el cual se filtran los productos de desecho y se elimina el exceso de líquidos del organismo cuando los riñones ya no lo pueden

⁴² AVENDAÑO, Op cit. p 18.

⁴³ Ibid., p 18.

⁴⁴ RIVERA F. Ángela Sofía, NIÑO F. Ana Beatriz, ALVAREZ J. Carmen Sofía, ALARCON G. Juan Carlos, TABORDA E. Luis Harold, RIOS G. María cristina, DEBIA R. Martha Elena y GARCIA M. María Elena. Baxter Healthcare Corporation Division Renal. EN: 1ª adaptación para BAXTER Colombia división renal. Opciones de Tratamiento. 2008, p. 3.

hacer. Cuando los riñones no funcionan adecuadamente, el exceso de líquido y los desechos se acumulan en la sangre, los cuales por medio de los mecanismos de diálisis son eliminados a través de una membrana semipermeable hacia un líquido especial llamado solución dializante. La misma está compuesta por muchas de las sustancias químicas que ya se encuentran en nuestro organismo.⁴⁵ Existen dos tipos de diálisis:

Diálisis peritoneal (DP) – cuando la sangre se limpia dentro del organismo.

Hemodiálisis (HD) – cuando la sangre se limpia fuera del organismo.

En la mayoría de las personas, ambos tipos de diálisis funcionan bien. Hay razones médicas por las cuales una terapia puede ser mejor que la otra. Es normal comenzar con una forma de tratamiento y luego, cambiarse a otra.

Diálisis peritoneal (dp) La diálisis peritoneal (DP) es una modalidad de diálisis que consiste en “utilizar la membrana natural que recubre por dentro la cavidad abdominal, los intestinos y otros órganos conocida como membrana peritoneal o peritoneo”⁴⁶.

Según Mora, la diálisis peritoneal consiste en:

Introducir un fluido (dializante) dentro de la cavidad peritoneal a través de un catéter (infusión). El dializante está compuesto por concentraciones de solutos que facilitan la remoción de agua y desechos metabólicos como urea, creatinina y concentraciones altas de potasio, así como iones y sales orgánicas del torrente sanguíneo, principalmente por difusión y ósmosis⁴⁷.

Existen dos tipos de diálisis peritoneal:

- Diálisis peritoneal continua ambulatoria (CAPD)
- Diálisis peritoneal automatizada (DPA)

⁴⁵ *Ibíd.*, p. 3

⁴⁶ MORA FRENK, Julio. Et al. Guía Tecnológica No. 16: Sistema de Diálisis Peritoneal. En: Centro nacional de excelencia tecnológica en salud. [En línea]. (2004). [consultado 7 de dic. 2010]. Disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/equipo_guias/guias_tec/16gt_dialisis.pdf <

⁴⁷ *Ibíd.*, p 7

Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (CAPD) Según la guía y modelo de atención de la enfermedad renal crónica-ERC- define la CAPD como:

Aquella que consiste en tres o cuatro intercambios distribuidos durante el día, con periodos de estancia de unas cuatro horas (con ciclo nocturno de diez horas) y con volúmenes intraperitoneales de dos a tres litros. A pesar del bajo flujo de solución de diálisis, su eficiencia es relativamente alta debido a su naturaleza continua y al equilibrio de solutos entre el plasma sanguíneo y la solución dialítica. De ser necesario aumentar la dosis de diálisis se puede incorporar cambios adicionales y usar mayor volumen intraperitoneal. La mayor parte de los adultos pueden tolerar volúmenes intraperitoneales de entre dos y medio y tres litros durante el ciclo nocturno.⁴⁸

Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA) La DPA se realiza durante la noche con una máquina cicladora (Home Choice) que realiza los recambios automáticamente mientras se duerme. La mayoría de las personas dejan el líquido en la cavidad peritoneal y realizan un recambio adicional durante el día. La DPA es una buena alternativa para las personas que desean más libertad en la diálisis durante el día o que necesitan ayuda con el tratamiento. Con la DPA no es necesario realizar cambios cada 4 a 6 horas durante el día, por lo que se adquiere más independencia. La DPA en ocasiones también se conoce como Diálisis Peritoneal Continua Cíclica (DPCC). La mayoría de las personas disfrutan la flexibilidad e independencia que obtienen con la diálisis peritoneal. El nutricionista puede ayudar a controlar la dieta. Es muy importante que se siga con el plan de comidas recomendado por el nutricionista para mantenerse saludable. Además, una dieta deficiente puede causar depresión, cansancio y una menor calidad de vida.⁴⁹

Hemodiálisis (hd)

Según, Holgado y del Castillo, la hemodiálisis se comenzó a utilizar en la clínica como:

⁴⁸ GARCIA, Diego León. *Et al.* Guía y modelo de atención de la enfermedad renal crónica-ERC-: Definición de términos-glosario. Bogotá: Fundación para la investigación y el desarrollo de la salud y la seguridad social, 2005. 51 p.

⁴⁹ *Ibíd.*, p. 6

Tratamiento básico y sistemático de la insuficiencia renal crónica terminal, el acceso a la circulación sanguínea ha sido una práctica esencial. Se puede afirmar que el acceso vascular es el "talón de Aquiles" de las técnicas de depuración extracorpórea, ya que sin un buen acceso vascular es imposible conseguir parámetros de hemodiálisis adecuados tanto a medio como a largo plazo⁵⁰.

Fistula e injerto y Catéter. Para colocar un acceso para extraer la sangre un cirujano operará a fin de fortalecer una de las venas, o para colocar un tubo blando dentro del brazo o muslo. Si es posible, el cirujano conectará una vena con una arteria a fin de formar una fístula. Éste es el mejor tipo de acceso posible. Si se necesita diálisis antes de contar con un acceso permanente, el médico creará un acceso temporal, el cual consiste en un tubo especial, llamado catéter, colocado en un vaso sanguíneo grande a nivel del cuello bajo la clavícula o en la pierna.⁵¹

Trasplante renal

Desde hace varios años el trasplante renal es una motivación que tiene los pacientes con insuficiencia renal crónica, para seguir su diálisis. El órgano proviene en algunos casos de un donante vivo, (madre, padre, hijo, nieto, sobrino, tío) o de un relacionado sentimental que puede ser (compañero, compañera, esposo, esposa). Y de otra parte esta los donantes cadavéricos, que son muy escasos.⁵²

Este tratamiento de trasplante renal, sigue siendo el tratamiento más esperado por los pacientes que reciben hemodiálisis, sin embargo, apenas una quinta parte de quienes reciben este tratamiento, logran tener posibilidades de tener un trasplante, debido a razones que pueden llegar a ser medica o de otro tipo. Pero desafortunadamente un tercio de los pacientes que logran conseguir ser

⁵⁰ AVENDAÑO, Op cit. p 18.

⁵¹ RIVERA Ángela y cols. Óp. Cit., p. 9

⁵² BLANCO RUBIO, Luis Alberto. Trasplante renal: dilemas y bioéticas. En: Repertorio de medicina y cirugía. [En línea]. Vol. 18, N° 2 (2009). [Consultado 6 de dic. 2010]. Disponible en <http://www.fucsalud.edu.co/repertorio/pdf/vol18-02-2009/82-85.pdf>

trasplantados, tienen que volver a recibir tratamiento de hemodiálisis después de 10 años posteriores al trasplante, debido a que pierden la función de este injerto.⁵³

5.3 ACTITUD HACIA LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

En el presente apartado, es de suma importancia la claridad y comprensión de algunos términos como: adherencia, adhesión y actitud con el propósito puntual de alcanzar la claridad conceptual requerida por uno de los temas centrales que da forma al presente trabajo de investigación, como lo es la actitud hacia la adhesión dado que, usualmente dichos términos son usados de manera indiscriminada para referirse al tema.

Adherencia: desde el diccionario de la real academia española⁵⁴ se comprende como: un enlace, una conexión o una parte añadida que se une o anexa, la cual se puede comprender como los nuevos hábitos que se han de adquirir o añadir para llevar un estilo de vida saludable. También se le comprende como una propiedad.

Adhesión: según el diccionario de la real academia española⁵⁵ se la define como: Acción y efecto de adherir o adherirse, en el cual de forma voluntaria conviene en un dictamen, haciendo de esta forma uso de los recursos entablados por la parte contraria.

Actitud: “En general es tomado como una disposición para la acción basado en opciones afectivas y cognitivas. Predisposición de la persona a responder de una

⁵³ PEREZ FONTAN M y RODRIGUEZ CARMONA, A. Estrategias de selección de modalidad de diálisis en pacientes candidatos a trasplante renal. Una cuestión de paso corto y vista larga. En: Revista Nefrología. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología [En línea]. (2010). Consultado 6 de dic. 2010]. Disponible en <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P5-E44/P5-E44-S1811-A10128.pdf>

⁵⁴ Diccionario de la lengua española - Vigésima segunda edición. [En línea]. (2011) [consultado 25 de Enero 2011]. Disponible en <http://buscon.rae.es/drael/>

⁵⁵ *Ibíd.*

manera determinada frente a un estímulo tras evaluarlo positiva o negativamente”⁵⁶

5.3.1 Actitud hacia la adhesión al tratamiento desde la Psicología. Al momento de hablar de actitud hacia la adhesión al tratamiento, surge la duda de qué es y en qué consiste ya que es nombrado y manejado por muchos de tal forma que se tienen imaginarios de en qué consiste, de esto modo se ha de tener en cuenta como primer punto que la adhesión hace referencia a una acción tomada por una persona.⁵⁷

La actitud hacia la adhesión al tratamiento puede ser definida cómo: conducta humana que tiene como objetivo el cumplimiento del tratamiento médico que esta mediada por componentes subjetivos individuales como: los conocimientos, actitudes, creencias que tenga al paciente acerca de su enfermedad, la motivación a participar de forma activa en la recuperación de su salud o de adaptarse de forma adecuada a la condición de enfermo, en la que están inmersas sus actitudes y el desarrollo de los procesos volitivos.⁵⁸

Psicología de la salud y actitud hacia la adhesión Teniendo en cuenta que al hablar de actitud hacia la adhesión terapéutica, en esta se ven involucrados todos los profesionales que participan en el área de la salud, en donde la psicología de la salud permite conocer diferentes teorías y modelos conceptuales que son de gran importancia en el pronóstico e intervención sobre la conducta de la actitud hacia la adhesión, entre ellas se encuentran:

- Teoría social cognitiva: hace referencia a cualquier cambio de conducta, el cual tiene su fundamento en la creencia que tiene el sujeto de alcanzar con éxito una conducta deseada. Esta creencia de poder alcanzar con éxito lo deseado es denominada como autoeficacia percibida. Teniendo en cuenta la

⁵⁶ Gauss. Centro de Estudios en Psicología. En Diccionario General De Términos En Psicología. [En línea]. [consultado 25 de En. 2011]. Disponible en <http://www.academiagauss.com/diccionarios/diccionario.htm>

⁵⁷ LIBERTAD, Martin Alfonso. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. En: Revista Cubana de Salud Pública. [en línea]. Vol. 30 n. 4 (2004). [consultado 4 dic. 2010]. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662004000400008&lang=pt

⁵⁸ LIBERTAD, Martin Alfonso y GRAU ABALO, Jorge A. En: la investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. [En línea]. Vol. 14. No. 001 (2004). [consultado 7 dic. 2010]. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/291/29114110.pdf>

teoría, esta creencia resulta ser de gran importancia para conocer la actitud de actitud hacia la adhesión, aunque estén presentes otros factores. De esta forma, es como una persona puede llegar a sentirse afectada ante una enfermedad, llegando así a entender el tratamiento que requerirá y por ende, conocer los comportamientos que ha de adquirir, comprometiéndose a la adopción de unos tipos de conducta saludable, disminuyendo los riesgos de enfermar, evitando recaídas y de tener un apoyo social; de igual forma hay que tener en cuenta que si la persona no está convencida de que posee las herramientas y habilidades necesarias para ejecutar la conducta, es muy poco probable de que esta se lleve a cabo.⁵⁹

- Teoría de la acción razonada: esta se relaciona con las creencias, actitudes, intenciones y conductas, la cual señala o indica que la mejor forma de predecir una conducta es la intención de llevarla a cabo. Esta intención es reconocida por la actitud que muestre hacia ejecutar una conducta interviniendo en ella factores sociales, como lo son la percepción que los sujetos de importancia para el paciente, tengan de la conducta. Teniendo esto en cuenta se puede decir que se puede llegar a conocer y predecir con mayor exactitud el que una persona tenga la actitud de involucrarse en conductas saludables, al conocer la intención que tenga para realizarlas.⁶⁰
- Modelo de creencias en salud: busca la integración de las teorías cognitivas y conductuales como un medio para poder explicar el por qué se falla al intentar generar actitud hacia la adhesión a una conducta saludable, en donde se considera el impacto sobre las consecuencias y en las expectativas que están relacionadas con la conducta. Para este fin se dice que la probabilidad de que una persona llegue a adoptar y mantener una conducta saludable para prevenir o controlar una enfermedad, esto dependerá de: a. Motivación e información que tenga sobre el conocimiento que tiene el paciente acerca de su condición física y mental, b. Autopercepción de su condición de vulnerabilidad ante la enfermedad que padece, c. Que perciba la enfermedad como un aspecto amenazante, d. tener la certeza de que el tratamiento que recibe es eficaz, e. perciba de manera adecuada la necesidad de llevar a cabo estilos de vida saludable.⁶¹

⁵⁹ ORTIZ P, Manuel y ORTIZ P, Eugenia. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. En: Rev. Méd Chile, Santiago. [En línea] v.135 n.5 (2007). Disponible es < <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n5/art14.pdf>>

⁶⁰ Ibid., p. 3

⁶¹ Ibid., p. 3

- Modelo transteórico: este modelo propone unas etapas de cambio por medio del cual busca explicar la adquisición de conductas que son consideradas como saludables para la reducción de las conductas de riesgo. De esta se distinguen cinco etapas diferentes: 1) Precontemplación (el individuo no tiene intención para cambiar en el corto plazo, usualmente medido en los próximos 6 meses); 2) Contemplación (el sujeto no está preparado para tomar acciones en el presente, pero podría intentarlo en el corto plazo de aquí a 6 meses); 3) Preparación (el individuo está considerando activamente cambiar su conducta en el futuro inmediato, dentro del próximo mes); 4) Acción (el sujeto ha hecho un cambio en el pasado reciente, pero este cambio no está bien establecido); 5) Mantenimiento (se ha cambiado la conducta por más de 6 meses y se está activamente involucrado para sostenerla)⁶². De acuerdo con este modelo, se pretende medir en que etapa se encuentran pacientes que sufran algún tipo de enfermedad crónica, agrupándolas en etapas de acción (acción y mantenimiento) con aquellos que se encuentran en etapas de preacción (precontemplación, contemplación y preparación), teniendo en cuenta el seguimiento de la prescripción médica y la adquisición de conductas saludables.⁶³
- Modelo de información – motivación – habilidades: este modelo ha sido sometido a rigurosas investigaciones empíricas, por medio de estudios prospectivos y correlacionales, permitiendo observar que es en conjunto la información, motivación y habilidades conductuales las que explican el 33% de la varianza de cambio de la actitud conductual. Demuestra que aunque la información es un prerequisite, esta por sí sola no es el estímulo suficiente para generar un cambio de su conducta. Esto proveyó evidencia de que las motivaciones individuales y las habilidades conductuales son impulsores de gran fuerza que son independientes del cambio conductual. El tener información de lo que padece y, unido a este factor la motivación, generaría un cambio en la actitud conductual por medio de las habilidades conductuales. Hay que tener en cuenta que cuando se está familiarizado con las habilidades conductuales o no, la información y la motivación pueden actuar de forma directa sobre la actitud de la conducta. En una situación de estas el paciente puede seguir una prescripción médica⁶⁴.

⁶² RUGGIERO L, PROCHASKA J. Readiness for change: applications of the transtheoretical model to diabetes. *Diabetes Spectrum* 1993; 6: 22-60. En: ORTIZ P, Manuel y ORTIZ P, Eugenia. *Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica*. En: *Rev. Méd Chile, Santiago*. [En línea] v.135 n.5 (2007). Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n5/art14.pdf>

⁶³ ORTIZ P, Manuel y ORTIZ P, Eugenia. *Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica*. En: *Rev. Méd Chile, Santiago*. [En línea] v.135 n.5 (2007). Disponible es < <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n5/art14.pdf>>

⁶⁴ *Ibíd.*, p. 4

Consecuencias De La No Adhesión Cuando tratamos el tema de salud, encontramos que la no adhesión a los tratamientos tiene unas repercusiones negativas sobre la salud en general de aquellas personas que por una u otra circunstancia, padecen enfermedades que por su naturaleza comprometen seriamente la salud y la calidad de vida de aquellos que las padecen.⁶⁵

Profundizando en el tema de la no adhesión al tratamiento, encontramos que existen una serie de factores que dificultan de manera significativa la adhesión al tratamiento.

- **Factores asociados a la no adhesión.**

- **Características del paciente.** Es posible identificar características sociales y personales del paciente que operan negativamente y en contra de la actitud hacia la adhesión. Por ejemplo, pacientes con un escaso apoyo social y familiar, inestabilidad familiar o falta de armonía, expectativas y actitudes hacia el tratamiento por parte de los padres, inestabilidad residencial, entorno que apoye la conducta no adherente, exigencias rivales o contradictorias y falta de recursos, presentan dificultades en la adhesión, dada la importancia de dichas dimensiones y su influencia en las percepciones de ciertos niveles de seguridad y bienestar con respecto a la enfermedad que padece. Encontramos otra de las características a tener en cuenta y que se establece como un factor que dificulta la adhesión, es la que tiene que ver con la presencia de cierto déficit cognitivo o trastornos emocionales, que no le permite al paciente independencia, coherencia, responsabilidad en la toma de decisiones y adquisición de patrones conductuales y comportamentales que facilite la adhesión al tratamiento. El conjunto de creencias internalizadas a través de la cultura y la religión, desempeñan de igual manera su papel como características que intervienen en la no adhesión del paciente al tratamiento, donde la construcción de valor, ética y moral rivaliza con los postulados de promoción, prevención y tratamiento de la enfermedad. Finalmente las creencias en salud inapropiadas o contradictorias, la rivalidad de los conceptos de enfermedad y los tratamientos étnicos populares complementa el conglomerado de características identificadas como factores asociados con la no adhesión al tratamiento.⁶⁶

⁶⁵ MARKS, et al. Op. cit., p. 331

⁶⁶ MARKS, Op. cit., p. 332 – 333

- **Características de la enfermedad** Desde el punto de vista de la enfermedad se han encontrado ciertas características como: la gravedad de la enfermedad y la visibilidad de los síntomas. Cuando los síntomas son obvios e indeseables existe una mayor probabilidad de compromiso con la actitud hacia la adhesión al tratamiento que ofrezca la posibilidad de eliminarlos. Los pacientes con enfermedades crónicas asintomáticas a menudo presentan un bajo compromiso con la adhesión al tratamiento.⁶⁷
- **Factores de tratamiento** Existe una gran cantidad de factores de tratamiento relacionados con la actitud hacia la no adhesión. Los tiempos de espera prolongados pueden generar en los pacientes sentimientos de abandono, frustración y desesperanza. Cuanto más complicado sea el tratamiento existe la posibilidad de que el paciente no cumpla con la adhesión esperada. Una de las razones es la sobrecarga de información⁶⁸. Cuando el paciente hace un esfuerzo por entender la información relacionada con los procedimientos a desarrollar en el tratamiento debido a lo complicado de dichos procedimientos e indicaciones, este se confunde o termina olvidando las instrucciones. Además de la complejidad, una característica importante a tener en cuenta es la duración real del tratamiento. La adhesión disminuye con un aumento en el número de medicamentos o dosis y con la duración del tratamiento recomendado⁶⁹.
- **Factores interpersonales** Al respecto el autor explica:

El carácter de la relación médico - paciente es un punto central de las investigaciones sobre la adherencia. Los estilos de los médicos en la comunicación médico – paciente se han clasificado como centrados en el paciente o bien autoritarios. El estilo centrado en el paciente o afiliativo está diseñado para promover una relación positiva e incluye conductas como interés, amabilidad y empatía. El estilo autoritario u orientado al control está diseñado para mantener el control del médico sobre la interacción. No es de extrañarse que los pacientes prefieran a los médicos quienes adoptan el estilo más afiliativo. Varios estilos

⁶⁷ MARKS, Op. cit., p. 334

⁶⁸ MEICHENBAUM, D. y TURK, D.C. (1987) *facilitating Treatment Adherence: A Practitioners Guidebook*. New York: Plenum Press. Citado por: MARKS, et al. Op. cit., p. 334-335

⁶⁹ HULKA, B.S., Casse, J.C. y Kupper, L.L. (1976a) *Disparities between medications prescribed and consumed among chronic disease patients*, in L. Lasagna (ed.), *Patient Compliance*. Mount Kisco. NY: Futura Publishing. pp. 123-152. Citado por: MARKS, et al. Op. cit., p. 335 - 336

relacionados de interacción médica han sido asociados con la adherencia. En términos conductuales, el médico mantiene un buen contacto visual, sonríe mucho y se inclina hacia el paciente: todos los comportamientos que se interpretan como interés y consideración. Hall, encontró en su metaanálisis de 41 estudios que la satisfacción del paciente estaba asociada con la competencia interpersonal percibida, la conversación social y una mejor comunicación, así como con una mayor información y competencia técnica⁷⁰

5.4 ACTITUD HACIA LA ADHESION AL TRATAMIENTO EN LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Cuando se es diagnosticado con este tipo de patología, al igual que en la mayoría de enfermedades físicas, se establece un nuevo estilo de vida que incluye los siguientes factores:

5.4.1 Alimentación

Las proteínas Son uno de los principales componentes del organismo humano y son imprescindibles para un buen funcionamiento del cuerpo. No todas las proteínas son iguales, hay unas de alto valor biológico que se encuentran en la carne, pescado, leche y huevos y otras de valor biológico mediano que son las proteínas vegetales contenidas en legumbres, arroz, pan, pastas.⁷¹

El sodio Es un componente de la sal de mesa. Es el responsable de las subidas de tensión arterial, del aumento de peso y de la hinchazón de piernas, cara, ojos. El nefrólogo comunicará si debe comer, como la mayoría de las personas que se dializan, una dieta pobre en sal o estrictamente sin sal.⁷²

El potasio Es una sustancia necesaria para un correcto funcionamiento del sistema nervioso y muscular. Entra en el organismo con los alimentos y al no poder ser eliminado por el riñón, se acumula en la sangre provocando alteraciones en la actividad muscular sobre todo a nivel del corazón. El control de potasio es

⁷⁰ MARKS, op. cit., p. 336

⁷¹ RIVERA Ángela y cols. Óp. Cit., p. 7

⁷² Ibíd., p. 8

imprescindible para evitar entre las sesiones de diálisis la hiperpotasemia y sus graves consecuencias que pueden llegar hasta la parada cardíaca y la muerte. Aunque el potasio se encuentra prácticamente en todos los alimentos, los más ricos en potasio son las frutas y verduras.⁷³

El fósforo Igual que ocurre con el potasio, el fósforo ingerido con los alimentos se acumula en la sangre e indirectamente es responsable a través de mecanismos hormonales de la afectación de los huesos y del prurito (picores). El exceso de fósforo es difícil de controlar mediante la alimentación, por eso el nefrólogo prescribirá medicamentos para disminuir las cifras de fósforo en sangre.⁷⁴

5.4.2 Ingesta de líquidos Al inicio de la hemodiálisis, es muy importante que se controle la cantidad de líquidos que se toma. En este concepto de “líquido” debe saberse que se incluye no sólo el agua sino todo aquello que es líquido y húmedo. Por tanto, líquido es también sopas, leche, frutas, café y todas las demás bebidas. Al haber perdido el riñón su capacidad de eliminar orina, todo el líquido que se ingiere se va a ir acumulando en el cuerpo entre una sesión de diálisis y otra, provocando aumento de peso rápido, hinchazón en miembros y cara, e hipertensión. La cantidad de líquido que se puede tomar va a depender siempre de la capacidad para eliminar orina que el riñón conserve.⁷⁵

La restricción de líquido se constituye en una herramienta indispensable para el paciente con insuficiencia renal crónica que recibe tratamiento de hemodiálisis, no obstante, es uno de los aspectos más difícil de cumplir en estos pacientes, debido a que se desconoce que la ingesta de líquidos, es un factor que mide la ganancia de peso interdiálisis.⁷⁶

Peso seco. El peso seco es el peso con el queda después de la sesión de hemodiálisis, una vez que se ha eliminado el exceso de líquido. Es muy importante que entre una sesión de hemodiálisis y otra no haya sobrepeso superior a 1.5-2kg., es decir, no ingerir una cantidad de líquidos superior a 1 litro y medio o dos

⁷³ RIVERA Ángela y cols. Óp. Cit., p. 9

⁷⁴ RIVERA Ángela y cols. Óp. Cit., p. 13

⁷⁵ RIVERA Ángela y cols. Óp. Cit., p. 13

⁷⁶ ESPINOSA, Juan Carlos. *Et al.* Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. En: *Psicología y Salud*. [en línea]. Vol. 18, No. 2 (2008). [consultado 7 dic. 2010]. Disponible en <<http://www.alapsa.org/v2/revista/index.php/psicologiaysalud/article/viewFile/7/6> >

litros. Esto va a asegurar un mayor confort durante la diálisis así como va a proteger el corazón de la sobrecarga de líquidos.

5.4.3 Medicación Una adecuada adhesión al tratamiento en relación a la medicación, depende de la actitud que maneja el paciente con respecto a las sugerencias y recomendaciones que le prescribe el profesional médico, en cuanto a lograr tomarse el medicamento en las dosis correctas, a la hora indicada, que pueda recordar tomarse los medicamentos en varias dosis, y que posteriormente cuando se suspenda el medicamento por ordenes medicas, se deje de ingerirlo.⁷⁷

5.4.4 Asistencia a la hemodiálisis Los tratamientos de hemodiálisis generalmente se hacen tres veces por semana. Cada tratamiento dura aproximadamente cuatro horas, pero puede necesitar más tiempo para asegurar que se eliminen suficientes desechos y líquido. La duración de la hemodiálisis dependerá de:

- El grado de funcionamiento de los riñones.
- Cuánto peso líquido aumenta de un Tratamiento a otro.
- El peso.
- Cuánto producto de desecho tiene la sangre.
- El tipo de riñón artificial que use el centro de diálisis.

La asistencia a hemodiálisis, favorece la comunicación con el personal de salud que labora en la unidad renal, con lo cual garantiza que el paciente comprenda las necesidades de tener un cuidado personal y de utilizar apropiadamente los servicios que ofrece esta unidad. Otro aspecto que favorece una adecuada actitud hacia la adhesión, es evitar complicaciones y secuelas que pueden llegar a ser irreversibles para los pacientes y por ende desfavorecen el bienestar físico y mental de este.⁷⁸

⁷⁷ MARKS, F. David. *Et al.* Op cit. p 331

⁷⁸ ACOSTA ASAAD, Cecilia. Et al. Adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica a las sesiones de hemodiálisis del Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., 2006 2007. En: Revista colombiana de enfermería. [en línea]. Vol. 3, (2008). [consultado 7 dic. 2010]. Disponible en <http://www.uelbosque.edu.co/files/Archivos/Facultades/Enfermeria/Revista/Revista2008/adherencia_pacientes_insuficiencia_renalvol3.pdf>

5.5 LOCUS DE CONTROL

El locus de control, es una variable introducida por la teoría de Julián Rotter aproximadamente en el año de 1962 de la mano con la aparición de la Psicología del Control en las décadas de los 50 y 60. Esta variable, es un predictor confiable de las decisiones futuras de las personas, basadas en su motivación y el foco reforzador desde las creencias de la causa de los eventos cotidianos y por ende de su propio comportamiento. El locus de control según la teoría de Rotter está definido desde dos clases de expectativa: el locus de control interno, que se refiere a la asociación de que los resultados que obtienen son contingentes por sus propias características. Del otro lado se sitúa el locus de control externo que hace referencia a la asociación contingente de resultados por características de otra persona, creencias religiosas, el azar o la suerte.

Dentro del ámbito de la salud, el locus de control es altamente reconocido como predictor de control sobre las enfermedades terminales, ya que según estudios investigativos, el nivel de control del paciente refuerza su sistema inmune, propicia el afrontamiento de la enfermedad y mantiene un alto nivel de estabilidad emocional dependiendo del control externo o interno.

En general, la expectativa de control o el locus de control de Rotter reconoce el foco con que el paciente está aceptando su enfermedad y en qué grado controla su conducta para la mejora de su calidad de vida.

5.5.1 La Psicología del control.

5.5.1.1 Introducción. Entre las décadas de 1950 a 1960 empezó a construirse un nuevo campo de exploración en la psicología y es la denominada psicología del control. Esta iniciativa surgió de la necesidad de conocer como los individuos pueden conseguir y mantener una sensación de control sobre sus vidas, siendo este tema importante ya que ha proliferado en el interés de los investigadores. Por consiguiente, esa sensación de control que experimentan los individuos, se asocia a saber lo que se quiere, ser capaz de identificar las formas de conseguirlo, reconocer las propias habilidades, cambiar los objetivos cuando estos no son factibles y sobre todo conocer cuando se debe ejercer el control y cuando no.

Concretamente, el control se refiere a la medida en que un agente provoca de manera intencionada un resultado deseado y previene o evita resultados no

deseados. El control, además de orientarse a la obtención de un desarrollo favorable ante un hecho traumático, lo hace también hacia prevenir nuevamente su ocurrencia y hacia las consecuencias emocionales del evento.⁷⁹

Asociado a esto, la denominación de la psicología del control se refiere al conjunto de implicaciones derivadas del control conductual, es decir, de la existencia de contingencias derivadas de la conducta del sujeto o de otros individuos y los resultados obtenidos⁸⁰.

A través de la psicología del control, se han publicado numerosos estudios que tienden a entablar constructos y definiciones proponiendo diversas estrategias para el abordaje del control desde el comportamiento, las emociones, la motivación y la cognición, dejando como resultados la importancia de la habilidad personal para conseguir y mantener la sensación de control siendo esencial para la supervivencia, el logro y el mantenimiento de la salud física y mental. A su vez, numerosos estudios en sociología y psicología han determinado que hay una gran asociación entre el manejo positivo de numerosas enfermedades y la psicología del control, ya que el sujeto que tiende a tener un control sobre esta, tiene más posibilidades de supervivencia ya que el sistema inmune se estabiliza⁸¹.

Así, las personas intentan mantener un control sobre las situaciones y sobre el entorno, ya que la sensación de control afecta de manera positiva el funcionamiento psicológico, disminuye los niveles de estrés, mientras, que por otro lado la falta de control, produce deficiencias cognitivas, emocionales y motivacionales, dejando como resultado un estado emocional negativo. No obstante, también la influencia del control personal puede propiciar en las personas que no lo deseen o que no lo puedan efectuar, niveles altos de ansiedad y depresión, por lo cual no se puede pensar que la sensación de control es siempre positiva. Igualmente, hay situaciones donde el querer controlar de una manera objetiva es complicado y las habilidades del sujeto sean mínimas para el caso, lo que provocaría un aumento de los problemas emocionales al querer

⁷⁹ SKINERR, (1966). Citado por BAREZ VILLORIA Milagros. Relación entre percepción de Control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama, Universidad Autónoma de Barcelona, 2002, p. 17.

⁸⁰ FERNANDEZ, ALVAREZ, 1988. Citado por BAREZ VILLORIA Milagros. Relación entre percepción de Control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama, Universidad Autónoma de Barcelona, 2002, p. 17.

⁸¹ SHAPIRO, et al. Estudios sobre el control y las enfermedades terminales, 1996. Citado por BAREZ VILLORIA Milagros. Relación entre percepción de Control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama, Universidad Autónoma de Barcelona, 2002, p. 20.

persistir sin un control aparente. En el mismo sentido, están las situaciones en las que la ilusión de control hace que la persona este confiado positivamente en el control que tiene sobre la problemática, produciendo mínimas estrategias para lograrlo lo que contribuiría a estados emocionales negativos⁸².

5.5.2 Paradigmas básicos de la Psicología del control. Para delimitar lo referido a la Psicología del Control y para que a su vez se esclarezca su principal aporte a la Psicología en general, se debe ampliar su conocimiento conociendo sus pilares básicos, que pueden situarse en al menos cuatro paradigmas basados en teorías desarrolladas a lo largo de la investigación en Psicología. Estas son:

Teoría del aprendizaje social de Rotter⁸³, especifica que, la fuerza de la tendencia a implicarse en alguna conducta es en parte una función de la expectancia de que un refuerzo seguirá a la conducta. Se supone que tales expectativas se basan en las experiencias anteriores de la persona. Experiencias que se pueden dividir en dos categorías. una general, que es una creencia superior acerca de la probabilidad de un refuerzo para una clase de conductas relacionadas; y otra específica basada sobre la contingencia del refuerzo entre la respuesta bajo consideración en una situación de estímulo específico. Retomando el discurso de Rotter (1954) la probabilidad de una conducta variará justamente con la expectativa de esa persona con relación al resultado de la misma. Esta regla puede ser expresada con la formula

$$pB = f(E) + r.v.$$

Donde pB es la probabilidad de conducta, f (E) es la función de la expectativa y r.v. es el valor del reforzamiento. Según esta formulación se predice que la frecuencia de una determinada conducta aumentará si las experiencias pasadas y actuales indican que con ella se obtendrá un resultado gratificante; y la frecuencia disminuirá si no es gratificante el resultado anticipado.

⁸² Ibid., p. 18.

⁸³ ROTTER Julián, 1954. Citado por GARCIA LOPEZ Juan, aporte de la teoría de las atribuciones causales a la comprensión de la motivación [en línea]. Vol. 21, No.2 (2006). [consultado el 6 de Diciembre de 2010] Disponible en <http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista21/21_14.pdf>

Teoría de la Indefensión aprendida de Seligman⁸⁴, propuso este concepto como el resultado de repetidos fracasos sin llegar a tener control sobre una situación. Sus trabajos se desarrollaron con animales, específicamente con perros, donde exponiéndolos a estimulación aversiva no había contingencia entre los resultados y sus acciones, desarrollaban respuestas de indefensión, es decir, no intentaban hacer nada aunque pudieran. Posteriormente, se desarrollo con humanos, argumentando que las personas desarrollan estados anímicos depresivos cuando experimentan una ausencia de contingencia entre lo que ellos hacen para controlar y el resultado que obtienen. Se observa que este estado se da por la falta de habilidades para propiciar sensaciones de control con el fin de obtener resultados positivos y evitar resultados negativos.

Teoría cognitiva del aprendizaje social de Bandura, Aquí se aprende por observación de los otros. Es otra persona la que realiza la acción y experimenta sus consecuencias. Bandura da importancia al pensamiento, en la medida que considera que el individuo responde a una situación conforme el significado que le otorga él mismo, y esto es cierto tanto si éste está implicado en la acción como si no⁸⁵. En esta teoría hay un componente esencial del control: La autoeficacia combinada con los juicios de expectativa, constituye lo que se denomina la percepción del control. La autoeficacia es un factor crucial en el control ya que dependiendo de las capacidades reales del sujeto el implementara o no estrategias para alcanzar sus expectativas⁸⁶.

Teorías psicosociales del afrontamiento, en este paradigma se sitúa la teoría de Folkman que sugiere que la percepción de control puede influir en la evaluación cognitiva primaria de la situación, es decir, en lo que tiene que ver con la amenaza o pérdida. Por consiguiente, esta apreciación en la evaluación cognitiva secundaria está dada por los recursos de afrontamiento de la persona⁸⁷.

⁸⁴ CASTRO Jordi, IZQUIERDO Silvia, ¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tiene las emociones sobre la salud?. En: Anales de Psicología. [en línea] Vol. 10, No. 2 (1994). [consultado el 30 de Noviembre de 2010]. Disponible en < http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/03-10_2.pdf>

⁸⁵ MOSQUERA Mario. Comisión para la Organización Panamericana de la Salud. [en línea] 2003. Disponible en < http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera_2003.pdf>

⁸⁶ CASTRO Jordi, Op. Cit., p. 128.

⁸⁷ BAREZ VILLORIA milagros. Relación entre percepción de Control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama. Tesis Doctoral. Madrid España. Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de Psicología. 2002. 25 p.

También se menciona el Modelo Cognitivo de Adaptación de Taylor, el cual menciona tres aspectos cruciales para la adaptación a un hecho traumático y estos son: la búsqueda de significado, restablecimiento del control y el restablecimiento de la autoestima. Esta teoría también manifiesta que cuando la persona se enfrenta a situaciones traumáticas aumentan los niveles de depresión y ansiedad por lo tanto es de crucial importancia la aparición del control para disminuir los niveles de ansiedad y depresión, para encontrar estrategias de afrontamiento a tal situación⁸⁸.

5.5.3 La Psicología del control y la integración de conceptos. La psicología del control se puede comprender como el conjunto de relaciones derivada del control conductual, es decir de la existencia de contingencias entre la conducta y los posibles resultados obtenidos de esta. Bajo esta conceptualización se integran varios conceptos como son.

- **El control objetivo.** Se plantea desde la existencia de un control grupal o individual, que a través de medios como habilidades, acciones, recursos y cogniciones consigue unos resultados. Este tipo de control se ejerce cuando las posibilidades de controlar cierta situación son reales. Se plantea el control como una realidad objetiva independientemente del sujeto, el cual emite juicios o interpretaciones de esta⁸⁹.
- **El sujeto,** concierne a la parte subjetiva de la Psicología del control, donde se puede comprender al sujeto como agente controlador o como agente que controla un externo. Cuando el sujeto es el controlador, pone en marcha estrategias de afrontamiento que le permitan cambiar la situación o estrategias que le permitan aceptarla o adaptarse con menor actividad emocional negativa basados en la autohipnosis, entrenamiento autógeno, imaginación guiada, reestructuración cognitiva, modificación de conducta o meditación. En contraposición a esto, cuando el sujeto no se siente como agente controlador, sino que ese agente esta a nivel externo, la estrategia de afrontamiento como el apoyo social cumple la función de dicho agente controlador⁹⁰.

⁸⁸ Ibid., p. 27.

⁸⁹ Delprato, D. J. y Midgley, B. D. (1992). Some fundamentals of B. F. skinner's behaviorism [Algunos fundamentos sobre el conductismo de B. F. Skinner]. American Psychologist. Special Reflections on B.F.Skinner and psychology, Vol. 47(1507-1520).

⁹⁰ BAREZ VILLORIA, op. Cit., p.29.

- **La motivación**, se refiere a la valoración que da el sujeto de una situación estresante o comprometida, y las consecuencias que pueden derivarse de la misma, de esta manera la motivación se da en términos de control de una situación, por lo tanto cuando la persona no tiene ningún grado de motivación por la situación puede que no le interese controlarla, en cambio al estar motivado se concentrara en estrategias por hacerlo. Por lo tanto, Taylor afirma que “la motivación por controlar una determinada situación y la insistencia en ello se ve aumentada así mismo al percibir control y autoeficacia”⁹¹.
- **La ilusión de control** se da cuando el nivel de control no se relaciona con el control objetivo real, es decir se sobreestima el nivel de control, se eleva su nivel, en situaciones que objetivamente el sujeto no puede controlar. De igual manera, hay una ilusión de control cuando se subestima el nivel de control por el sujeto y desvaloriza el agente controlador interno o externo, percibiendo un pobre control de la situación, creando parámetros de indefensión, negación y en general pobre aceptación de lo que le sucede⁹².
- **El juicio de control** se refiere, según Skinner Ellen⁹³ al juicio, opinión o dictamen que el sujeto da a las contingencias de sus acciones o las de los otros y los resultados obtenidos. Este juicio puede ser positivo, es decir, se percibe el control, o en contrariedad, puede ser nulo, que no se percibe control y todo está dado por el azar. Bajo este concepto se puede referir desde dos perspectivas, la primera, como el juicio de control primario que se ejerce en el hecho mismo y el control secundario que es el que implica la aceptación de la situación por intercesión de los otros, tomado este como el azar, la suerte, Dios y el fanatismo. Esta reinterpretación secundaria es una forma de aceptación positiva de la situación. En general, el juicio primario se refiere a la acción y el secundario a la aceptación. Aunque este último se considera una forma pasiva de control, difiere de la Indefensión o la ausencia de control, porque supone que un aspecto de la situación puede mejorar a través de la aceptación.

⁹¹ TAYLOR Y ARMOR, 1996. Citado por BAREZ Milagros, Relación entre percepción de Control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama. Tesis Doctoral. Madrid España. Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de Psicología. 2002. 29 p.

⁹² SKINNER, op. cit., p. 5.

⁹³ SKINNER Ellen, Perceived Control: Engagement, Coping, and Development: State University.2008

Cuadro 1. Consecuencias del juicio de control.

CONTROL OBJETIVO	JUICIO DE CONTROL	CONSECUENCIAS: ADAPTACION	
		ESTADO DE ANIMO	AFRONTAMIENTO ADECUADO
SI	POSITIVO	BUENO	ADECUADO
SI	NULO	MALO	INADECUADO
NO	POSITIVO	BUENO	DEPENDE
NO	NULO	MALO	INEXISTENTE

Fuente: tesis doctoral: Milagros Báñez, Universidad Autónoma de Barcelona, España.

5.5.4 El locus de control y la Psicología del control.

5.5.4.1 Orígenes y definición del concepto de Locus de Control. Este uno de los conceptos que más se ha sometido a investigación a través de muchas áreas de la psicología como son: la Psicología clínica, la psicología organizacional, la Psicología del desarrollo, la Psicología de la salud y la Psicología social. Este concepto fue introducido por el Doctor Julián B. Rotter aproximadamente en el año de 1962.

Locus de control es una variable que puede permitir una predicción confiable de la conducta futura de un sujeto, en cuanto a lo que tiene que ver con su toma de decisiones. Es conocida dentro de las teorías del aprendizaje social como la identificación de dónde se origina la fuerza motivadora que lleva a los sujetos a actuar de una cierta manera y no de otra ante la misma situación. Constituye una explicación del lugar o foco, en el cual se ubica el núcleo que refuerza la realización de las conductas o acciones de los sujetos. El locus de control es, entonces, un concepto teórico desarrollado para explicar las creencias y características del sujeto a partir de las cuales éste establece la génesis de los eventos cotidianos y por ende de su propio comportamiento. Es una construcción que permite definir cómo es percibida la causa de una acción o comportamiento y cómo esta percepción está determinada por la información que el sujeto posee acerca del objeto en cuestión. Así, el locus de control puede ser definido como la creencia que la persona tiene acerca de cómo y dónde se originan los eventos agradables o desagradables que percibe para actuar. Por ello, si un individuo cree que tiene poco control respecto de las retribuciones y sanciones que recibe, no

encontrará razón suficiente para modificar su comportamiento, dado que no considera poder influir en la posibilidad de que tales eventos se presenten⁹⁴.

Desde la conceptualización del mismo autor, suele citarse, cuando se alude a la formulación de este constructo, el trabajo desarrollado en 1966 bajo el nombre de Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, trabajo que inicialmente abordaron psicólogos clínicos y sociólogos interesados en el tema que colaboraron junto a Rotter para la investigación. Después de este hallazgo y en los 35 años siguientes, este constructo fue de gran abordaje investigativo por su importancia en todas las áreas de la Psicología. El locus de control es una variable clásica que ha inducido una gran cantidad de investigaciones dentro de la denominada Psicología del Control. Sin embargo, para poder comprender el Locus de control del reforzamiento se tiene que iniciar el recorrido desde la misma teoría del Aprendizaje Social desarrollada por Rotter. El enunciado básico de Rotter es:

Hay cuatro tipos de variables que intervienen en la teoría del Aprendizaje Social: el potencial para realizar una conducta, las expectativas de reforzamiento, el valor del reforzamiento y la situación psicológica. Entonces, es una teoría molar de la personalidad que intenta integrar dos corrientes de la Psicología americana: las teorías del reforzamiento y las teorías cognitivas⁹⁵.

Esta definición dio lugar a la introducción del Locus de Control como una expectativa generalizada, siendo las expectativas de reforzamiento determinadas por las experiencias concretas del individuo en esa situación y también por las expectativas de carácter general que el individuo genera a partir de sus experiencias en otras situaciones que percibe como similares. En este sentido Rotter afirma que existen, “expectativas específicas o expectativas de reforzamiento en una situación dada y expectativas generalizadas o expectativas de reforzamiento que el individuo extrapola de su experiencia en situaciones anteriores similares”⁹⁶.

⁹⁴ VARELA MACEDO Magdalena y MATA VILLALBA Lourdes. Diferencia del Locus de Control en niños, niñas, de siete y nueve años. En: Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Vol. 7. No. 2 (2004); p. 92.

⁹⁵ ROTTER Julián, Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. (1954-1966 a). p. 1.

⁹⁶ ROTTER. Op cit. 1 p.

Además de las expectativas, existen otras dos variables que determinan la tendencia a la realización de una conducta: el valor del reforzamiento y las situaciones psicológicas específicas que influyen tanto en el valor como en las expectativas del reforzamiento. Por ende a menor rango de opciones conductuales disponibles, mayor será la utilidad de los constructos propuestos en la Teoría del Aprendizaje social para predecir una conducta, puesto que el número de conductas alternativas es menor. A pesar de la intencionalidad de Rotter de presentar el Locus de Control del reforzamiento como una multideterminación de la conducta, los estudios avanzan bajo una sola variable del modelo, situada en la expectativa de carácter general conocida como Locus de control del reforzamiento. Es decir, el Locus de Control, es una cognición de tipo expectativa generalizada que da cuenta del historial de reforzamiento de la persona y que se refiere a la independencia/dependencia de los resultados respecto de la conducta⁹⁷.

Ante esto, Rotter define el Locus de Control en 1966 de la siguiente manera:

Quando una persona percibe que un refuerzo sigue a una acción suya pero que el refuerzo no es contingente a esa acción, entonces en nuestra cultura se percibe típicamente como el resultado del azar, el destino que está bajo el control de otras personas con poder, o como algo impredecible debido a la gran complejidad de las fuerzas que lo causan. Cuando una persona interpreta un evento de esta manera, llamamos a esto una creencia en el control externo. Si la persona percibe que el evento es contingente a su propia conducta o a sus características relativamente permanentes, llamamos a esto una creencia en el control interno⁹⁸.

A partir de esto, el Locus de Control hace referencia a una expectativa generalizada de control sobre los refuerzos, permitiendo clasificar los sujetos, en función de ésta, en internos o externos.

⁹⁷ LINARES Eva, Los juicios de Control sobre los agentes de Salud: Variable moduladora de la Calidad de vida de los enfermos de cáncer de pulmón avanzado sometidos a tratamiento paliativo. Trabajo de Grado. Doctor en Psicología. Bellaterra España. Universidad Autónoma de Barcelona. Departamento de Psicología de la Educación. 2001. 12 p.

⁹⁸ ROTTER Julián, Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Citado por, LINARES Eva, Los juicios de Control sobre los agentes de Salud: Variable moduladora de la Calidad de vida de los enfermos de cáncer de pulmón avanzado sometidos a tratamiento paliativo. Trabajo de Grado. Doctor en Psicología. Bellaterra España. Universidad Autónoma de Barcelona. Departamento de Psicología de la Educación. 2001. 15 p.

Locus de control interno, desde esta clasificación, los sujetos tendrían la expectativa de que los resultados que obtienen son contingentes o causados por sus conductas o por sus propias características personales. Percibiéndose como capaces de influir en su propio destino, de transformar una situación adversa, o de aumentar su probabilidad de éxito. La percepción de control sobre la situación incrementa la motivación para afrontar la misma, por lo que es esperable que los sujetos internos se sientan más implicados, comportándose ante la situación de forma más activa. En otras palabras, “los sujetos que tienen una sensación de control sobre los refuerzos que reciben se denominan personas con Locus de Control Interno”⁹⁹

El locus de Control Externo por su parte, conceptualiza que los sujetos percibirían que las consecuencias de sus conductas dependen de factores ajenos a su control, como la suerte, el destino o la participación de otras personas. No reconociendo en sí, la capacidad de alterar el curso de los eventos y de influir con sus acciones en el control de las contingencias de refuerzo que seguirán a su comportamiento. Así, los sujetos que creen que los refuerzos que reciben son independientes de las propias acciones reciben el nombre de personas con Locus de Control Externo¹⁰⁰.

Ante esta exposición teórica que Rotter introdujo en la ciencia psicológica, aparece para afianzar su material, en el año de 1966, la primera escala de locus de control denominada, Escala de Locus de Control I-E para adultos compuesta por un número de subescalas específicas como el logro, el afecto, entre otras. Luego, años más tarde, se quiso refinar la escala, convirtiéndose en la conocida escala, inventario o cuestionario de Locus de Control de Rotter, que consta de ítems bajo dos polaridades. Interno y externo. Esta publicación, fue una de las tres publicaciones mas citadas de la época en el Social Science Scitation Index.

Ante todo este desarrollo de los hallazgos Rotterianos, se hace evidente que solo se tiene en cuenta un tipo de consecuencia de la conducta del sujeto los refuerzos. Es por esto que, Lefcourt en 1980 propone una nueva conceptualización así:

⁹⁹ ROTTER, J. B. Internal Versus External Control of Reinforcement: A Case History of a Variable. En: American Psychologist. [en línea] Vol. 45, 1990; p. 489-493. Disponible en <<http://mres.gmu.edu/readings/PSYC557/Rotter1990.pdf>>

¹⁰⁰ Ibid. p. 493.

El locus de control, es de una parte, una expectativa generalizada respecto de la conexión entre las características personales y/o las acciones y, de otra, de los resultados esperados.

Una expectativa generalizada de control externo es una creencia difusa de que los resultados son independientes de los esfuerzos personales. Una expectativa generalizada de control interno es la creencia de que los resultados son contingentes con las acciones¹⁰¹.

Este aporte amplió el número de pruebas que pretenden medir la expectativa del Locus de control en los sujetos.

5.5.5 Implicaciones de la Psicología del control en Psicología de la salud – situaciones de enfermedad- Ante el diagnóstico inesperado de una enfermedad de carácter terminal y de conducta y seguimiento paliativo se generan en el sujeto sentimientos ansiosos y depresivos, rompiendo ese curso estable que existe entre el individuo afectado y su entorno, apareciendo conductas no guiadas por los resultados sino por los efectos de esta, creando un proceso de victimización y vulnerabilidad. Volver a la normalidad implica adaptarse al sentimiento de vulnerabilidad y tener sensación de control sobre el evento negativo. En todo caso, el enfrentarse a un diagnóstico médico de tipo terminal, considera algunas fases que propician una sensación de control interno o externo dependiendo de la expectativa del sujeto. Estas son¹⁰²:

Fase 1. Respuesta inicial de choque y desconcierto, donde se producen reacciones de incredulidad, negación del diagnóstico y un sentimiento de gran desesperanza.

Fase 2. Respuesta de disforia caracterizada por un gran malestar e irritabilidad. Se manifiesta preocupación por el futuro familiar y por el incumplimiento en algunas metas propuestas.

¹⁰¹ LEFCOURT, H. Humor: the Psychology of Living Buoyantly. New York Boston Dordrecht London Moscow: Kluwer Academic/Plenum Publishers. Vol. 4, 2000. 213 p. Citado por. FRANCO Jennifer. Síndrome de Bournout y Locus de Control en el personal de la clínica universitaria Bolivariana de la ciudad de Medellín. Trabajo de grado Psicología. Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín Colombia, 2006. 47 p.

¹⁰² LINARES. Op cit., 45 p.

Fase 3. La persona acepta la situación poniendo en marcha estrategias de afrontamiento, entre estas la más importante, la reorganización de los estilos de vida. Fase donde el control objetivo es importante ya que, el mantenimiento del agente controlador disminuye la ansiedad y la depresión. Control interno y externo importante ya que se replantea la ausencia de enfermedad no solo en el sujeto sino también en su entorno.

De esta manera, es posible identificar las fases por las cuales el sujeto que se ve expuesto a una patología de carácter terminal debe enfrentar, propiciando en el paciente la estructuración de estrategias de afrontamiento ya sea que se encuentren mediadas por un control de carácter interno o externo. Lo importante, radica en el hecho de lograr reestructurar y adoptar aquellos nuevos esquemas cognitivos que faciliten pautas de conducta y comportamiento adaptativos que permitan generar nuevas expectativas de vida en dos sentidos muy importantes para el sujeto, el primero: en el sentido de lograr un equilibrio tanto emocional como físico que le permita en alguna medida al paciente, continuar con el cumplimiento de sus compromisos y deberes dada su condición de ser social. En segunda medida: lograr asimilar y tolerar apropiadamente la patología, teniendo una disposición positiva en cuanto a su nueva condición y sus nuevas responsabilidades para mantener un nivel y una calidad de vida aceptable.

6. METODOLOGIA

6.1 TIPO DE ENFOQUE

En esta investigación se utilizó un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental de investigación, este tipo de estudios “se realizan sin manipular deliberadamente las variables, es decir, se trata de investigaciones donde no se hace variar intencionalmente las variables independientes; simplemente se observan fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos”¹⁰³.

6.2 TIPO DE ESTUDIO

En la presente investigación, se utilizó un diseño de investigación de tipo descriptivo-correlacional. Este tipo de estudios no controla la variable independiente, ni realiza manipulación experimental, así como tampoco asigna los sujetos a los grupos; su primordial propósito, es la descripción. Por tanto se puede definir como descripción el “observar, describir y documentar diversos aspectos de una situación que ocurre de modo natural” y por correlación el “determinar el grado en que dos variables se correlacionan entre sí”.¹⁰⁴

6.3 POBLACION

La población blanco está integrada por 52 pacientes mayores de 18 años de edad, que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis como consecuencia de padecer insuficiencia renal crónica en la Clínica Medilaser de la ciudad de Neiva Huila.

El acceso a la población se realizó mediante el convenio que tiene la Clínica con la Universidad Surcolombiana para ingreso de estudiantes de la Facultad de Salud como medio para realizar sus prácticas e investigaciones.

¹⁰³ HERNANDEZ Roberto. FERNANDEZ, Carlos, BAPTISTA, Pilar. Metodología de La investigación. Mc Graw Hill. Segunda edición. México, 1998.

¹⁰⁴ POLIT Denise y HUNGLER Bernadette. Investigación científica en ciencias de la salud. México 1997 M Graw-Hill.p.23.

Criterios de inclusión.

- Pacientes que se encuentran recibiendo tratamiento -hemodiálisis- en la Clínica Medilaser de la ciudad de Neiva.
- Pacientes mayores de 18 años con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis.
- Pacientes con un periodo de tratamiento de hemodiálisis igual o mayor a un mes, tiempo en el que han adquirido un conocimiento de los medicamentos, alimentos y asistencias a las hemodiálisis que deben seguir.
- Pacientes con insuficiencia renal crónica que se encuentran en hemodiálisis que acepten participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de exclusión

- Pacientes con insuficiencia renal crónica que se encuentran recibiendo hemodiálisis mayores de 80 años de edad.
- Pacientes con limitaciones cognitivas
- Pacientes con enfermedades neurodegenerativas
- Pacientes con enfermedades psiquiátricas
- Pacientes con limitaciones fonológicas y auditivas

6.4 MUESTRA

Para determinar la muestra se llevo a cabo un muestreo no probabilístico, donde se escogieron los pacientes según el interés de la investigación, es decir, de todos los pacientes que recibían tratamiento de hemodiálisis en la Unidad Renal en el momento de la aplicación de los instrumentos, solo 52 de ellos cumplían con los criterios de inclusión.

6.5 VARIABLES

La conceptualización de las variables de este estudio se hizo con el fin de tener en claro qué se pretendía medir en el momento de la aplicación de las pruebas. A su vez, los cuadros realizados con la conceptualización de las variables existentes en este estudio propendían por el buen desarrollo de la investigación evitando errores en el proceso estadístico y de análisis de resultados. Para tal fin, se tuvo

en cuenta básicamente el aporte teórico para el alcance práctico de los resultados que arrojan dichas variables.

Para tal fin, se conceptualizan inicialmente las variables sociodemográficas, operacionalizadas desde el aporte que le dan a la investigación sobre la información personal de los pacientes en hemodiálisis ya que influyen en relación con los resultados de las dos pruebas que se aplicaron.

Seguidamente se conceptualizan las variables de la prueba o inventario de Locus de Control de Rotter, bajo sus dos expectativas a medir. Locus de Control Externo y Locus de Control interno. En esta se indica la medición del foco o locus de control en los pacientes en hemodiálisis.

Por último, se hace la conceptualización de la variable, actitud hacia la adhesión al tratamiento en sus dimensiones: plan alimentario, ingesta de líquidos, toma de medicamentos y asistencia a hemodiálisis. Esta conceptualización abarca la actitud de los pacientes hacia la adhesión en su tratamiento hemodialítico, de terminado por los parámetros que se cumplen por cada dimensión.

6.6. CONCEPTUALIZACION DE VARIABLES

Cuadro 2. Operacionalizacion de variables sociodemográficas.

Variable	Definición conceptual	dimensiones	Definición de dimensiones	Escala de medición.
Sociodemográficas	Datos específicos que permiten conocer información personal, social y económica de una población	edad	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta el momento actual.	Ordinal.
		genero	Conjunto de comportamientos asociados al sexo.	nominal
		Estrato socioeconómico	Nivel de clasificación de la población con características similares en cuanto a grado de riqueza y calidad de vida	ordinal
		Estado civil	Relación jurídica o por afinidad que se tiene con una persona.	Nominal.
		Nivel de escolaridad	Grado de educación que ha recibido la persona de acuerdo a lo estipulado por niveles.	Ordinal.

Cuadro 3. Operacionalización de la variable Locus de Control.

Variable	Definición conceptual	dimensiones	Definición operacional	Escala de medición.
Locus de control	Grado con que el individuo cree controlar su vida y los acontecimientos que influyen en ella. En términos generales, constituye una expectativa generalizada o una creencia en la que se vive, relacionada con la previsibilidad y estructuración del mundo.	Locus de control interno	Numero de contingencias que el sujeto tiende a atribuir entre la propia conducta y la aparición de determinados resultados	Escala intervalo
		Locus de control externo	Numero de contingencias que el sujeto tiende a atribuir bajo el control de otras personas o son incontrolables.	Escala intervalo

Cuadro 4. Operacionalización de la actitud hacia la adhesión al tratamiento.

Variable	Definición conceptual	dimensiones	Definición operacional	Escala de medición.
Actitud hacia la Adhesión al tratamiento	Actitud hacia la propagación o el mantenimiento de un programa de tratamiento, la asistencia a citas de seguimiento, el uso correcto de la medicación prescrita, el realizar cambios apropiados en el estilo de vida o la evitación de conductas contraindicadas.	Dieta alimentaria.	Ingesta de alimentos indicados por el nutricionista que por su valor nutritivo tienden a no producir efectos secundarios en la salud del paciente con IRC.	Escala intervalo
		Toma de medicamentos.	Ingerir en horarios programados ciertos medicamentos que contribuyen a la estabilización y manejo controlado de la IRC.	Escala intervalo

Cuadro 4. (Continuación).

Variable	Definición conceptual	dimensiones	Definición de dimensiones	Escala de medición
Actitud hacia la Adhesión al tratamiento	Actitud hacia la propagación o el mantenimiento de un programa de tratamiento, la asistencia a citas de seguimiento, el uso correcto de la medicación prescrita, el realizar cambios apropiados en el estilo de vida o la evitación de conductas contraindicadas.	Ingesta de líquidos.	Toma de líquidos o alimentos húmedos de manera controlada.	Escala intervalo
		Asistencia a la hemodiálisis.	Cumplimiento de la cita a hemodiálisis tres veces a la semana por cuatro horas aproximadamente dependiendo del funcionamiento del riñón y la maquina.	Escala intervalo

6.7 INSTRUMENTOS

Para efectos del desarrollo de la presente investigación se aplicaron dos pruebas para recolectar la información: el inventario de locus de control interno y externo de Rotter (1966), y la escala de actitud tipo Likert de adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis, que fue construida por los estudiantes del programa de psicología de la Universidad Surcolombiana: Olga Patricia Tao Oviedo, José Anselmo Arango Pizarro, Jorge Andrés Ávila Cruz y Jeison Alexander Fierro Ortiz, quienes realizaron la presente investigación

6.7.1 inventario de rotter sobre locus de control interno-externo L.E.I Escala unidimensional desarrollada por Rotter, utiliza opción de respuesta forzada (escoger entre A o B).

Es un inventario de personalidad que evalúa el constructo Locus de Control, que implica un tipo específico de atención acerca de las causas y las consecuencias de la conducta. El Locus de Control puede adoptar una posición Interna y/ o Externa. El primer caso corresponde a aquellas atribuciones de causalidad hechas por el sujeto respecto a que el manejo de las situaciones depende de él, de sus habilidades y capacidades (Locus de Control Interno), en tanto que el segundo implica que el sujeto piensa que las causas y consecuencias de sus conductas están gobernadas por fuerzas ajenas a sí mismo, tales como el azar, la suerte, otras personas, instituciones, entre otras (Locus de Control Externo). La finalidad del inventario consiste en explorar la expectativa generalizada de control de los refuerzos por parte del individuo.

Este instrumento cuenta con 21 ítems y se califica de la siguiente manera: el puntaje esta dado por la sumatoria de control externo (puntuaciones 1), así, puntuaciones inferiores a 11 presentan ubicación de control interno y por ende puntuaciones superiores ubican en locus de Control Externo¹⁰⁵.

¹⁰⁵CHAVARRO alba y CHAVEZ Marcela. Autoestima, locus de Control y roles de género. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá Colombia, Trabajo de grado en Psicología, (2005). 79 p.

Según Jennifer Franco y colaboradores:

En los estudios de Rotter con esta prueba, se evidenció que las personas con un Locus de Control Interno, son aquellos que explican su conducta debido a factores internos controlables, tienden a seleccionar respuestas del tipo A. Los sujetos con un Locus de Control Externo, explican su conducta debido a factores externos incontrolables, tienden a seleccionar respuestas del tipo B¹⁰⁶.

La publicación de esta prueba se dio por la validación concurrente de constructo y predictiva, arrojando en todas estas resultados satisfactorios. Esta prueba ha sido acertada, ampliada y vuelta analizar factorialmente arrojando similares resultados¹⁰⁷.

Tabla 1. Confiabilidad y validez del Inventario de Locus de Control de Rotter (1966).

Fiabilidad	Numero de los elementos.
Alfa: 0.76.	21 ítems. 2 factores.

Fuente. Tesis Doctoral: Eva Juan Linares. Bellaterra España. Universidad Autónoma de Barcelona. Departamento de Psicología de la Educación. 2001.

Según este resultado el inventario de Locus de Control de Rotter posee la validez y confiabilidad aceptable para ser aplicado¹⁰⁸.

¹⁰⁶ FRANCO Jennifer, et al. Síndrome de Bournout y Locus de Control en el personal de la clínica universitaria Bolivariana de la ciudad de Medellín. Trabajo de grado Psicología. Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín Colombia, 2006. 53 p.

¹⁰⁷ ROTTER, J. B. Internal Versus External Control of Reinforcement: A Case History of a Variable. En: American Psychologist. [en línea] Vol. 45, 1990; p. 491. Disponible en <<http://mres.gmu.edu/readings/PSYC557/Rotter1990.pdf>>

¹⁰⁸ LINARES Eva, óp. cit., p. 26.

Tabla 2. Confiabilidad y validez del inventario de Locus de Control de Rotter (1966), según aplicación a los pacientes con insuficiencia renal crónica en la clínica Medilaser.

Alfa de Cronbach	N de elementos
,702	21

Fuente: Propia.

De acuerdo a los resultados de la aplicación del inventario a los 52 pacientes de la Clínica Medilaser de la ciudad de Neiva, la confiabilidad y validez de la prueba es aceptable, similar a la anteriormente expuesta.

6.7.2 Escala de actitud hacia la adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica. El instrumento para medir la actitud hacia la adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis se construyó tipo escala Likert. Para construirla, lo primero que se realizó fue definir el objeto actitudinal; que es la actitud hacia la adhesión al tratamiento de hemodiálisis, luego se elaboró los enunciados que integran la actitud hacia la adhesión para lo cual se construyeron 60 enunciados de los cuales 29 son favorables, es decir que van en beneficio de la actitud hacia la adhesión y 31 desfavorables que van en contra de la actitud hacia la adhesión, estos enunciados están divididos en cuatro dimensiones; ingesta de líquidos, toma de medicamentos, cumplimiento del plan alimentario y asistencia al tratamiento de hemodiálisis en la institución.

El instrumento, fue sometido a la revisión de su contenido por parte de tres jueces expertos por su trayectoria y estudios en Psicología de la Salud, ellos son: Psicólogo Mario Clavijo Bolívar, con una experiencia de ocho años en la consulta psicológica particular y seis años en el campo de la academia donde se ha desempeñado como jefe y docente del Programa de Psicología de la Universidad Surcolombiana, docente de la Universidad Cooperativa de Colombia en el Programa de Psicología, con intereses académicos en el área de la Psicología de la Salud. Como segundo juez se contó con la colaboración de la Psicóloga Ángela

María Méndez, docente, jefe de Prepráctica de la asignatura Psicología de la Salud y Asesora de práctica de la ESE Villa Vieja del programa de psicología de la Universidad Surcolombiana con una experiencia aproximada de seis años en el tema de la salud y como ultimo juez que hizo la revisión, la Psicóloga Adriana Tamayo, Psicóloga de la Cruz Roja Colombiana sede Neiva; con siete años de experiencia en esta institución en la atención psicológica a pacientes con Enfermedad Renal y docente de la Universidad Antonio Nariño.

Estos jueces se basaron en la siguiente calificación: Cada ítem se calificaba de 1 a 5, teniendo en cuenta la pertinencia, coherencia, redacción y relevancia de los 60 ítems construidos para medir la actitud hacia la adhesión al tratamiento. Posteriormente se realizó un análisis estadístico con la puntuación obtenida por cada juez, en la que cada ítem que presentó una puntuación de 5 en todos sus aspectos anteriormente mencionados se eliminó, debido a que estos tendrían tendencias a ser demasiado evidentes para medir la actitud hacia la adhesión al tratamiento en la población en estudio. Además de lo anterior, los ítems que puntuaban 1 en todas sus aspectos, tendrían demasiada dificultad para medir la actitud hacia la adhesión al tratamiento en la población, por ende se eliminaron. El resultado final de la selección de ítems que cumplieron con los parámetros para pertenecer al instrumento de actitud hacia la adhesión al tratamiento, se obtuvo mediante el promedio o media obtenida que arrojó un resultado entre 12 y 18 puntos, dejando como resultado 37 ítems.

Se aplicó una prueba piloto administrada a una muestra de nueve personas con Insuficiencia Renal Crónica en hemodiálisis en la Cruz Roja Colombiana seccional Huila. Según análisis estadísticos se determinó que el instrumento de adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, consta de 21 ítems con un alfa de Cronbach de 0.72.

Para la determinación de las categorías de los ítems, en esta escala se utilizaron las siguientes; Cada enunciado es presentado seguido de una escala de estimación (rating scale) que consiste en una graduación que va desde "totalmente de acuerdo" hasta "totalmente en desacuerdo", incluyendo grados intermedios, con respecto a la afirmación, "parcialmente de acuerdo y parcialmente en desacuerdo".

La aplicación a los 52 pacientes de la Unidad Renal de la Clínica Medilaser se realizó de forma administrada, de igual manera como se practico en la prueba piloto. La confiabilidad de la prueba se determinó mediante el Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach. La validez de la prueba está determinada por la consistencia interna de los ítems.¹⁰⁹

Tabla 3. Estadístico de confiabilidad alfa de cronbach para escala tipo likert de actitud hacia la adhesión al tratamiento.

Alfa de Cronbach	N de elementos
,709	21

Fuente: Propia.

La calificación de los ítems se establece de acuerdo a la favorabilidad o desfavorabilidad de la actitud hacia la adhesión al tratamiento, es decir que, si el ítem se considera que es desfavorable, la actitud hacia la adhesión se califica de 1 a 4, conforme a las opciones de respuestas y de 4 a 1 si el ítem es favorable con respecto a la actitud hacia la adhesión al tratamiento de hemodiálisis. Para obtener estas puntuaciones que califican la actitud hacia la adhesión al tratamiento de los pacientes, se utilizó el procedimiento de puntuación de las Escalas Likert sumando los valores alcanzados respecto de cada frase. Por ello “se denomina escala aditiva. Una puntuación se considera alta o baja según el número de ítems o afirmaciones”¹¹⁰. Se tomó como puntuación mínima posible 21 y máxima 84, porque hay 21 afirmaciones o ítems; tanto la puntuación mínima como la puntuación máxima se obtienen del producto de estas por las calificaciones de 1 a 4 asignadas a cada ítem. De esta manera es posible identificar cuando la actitud

¹⁰⁹ OVIEDO, Heidi Celina, Revista Colombiana de Psiquiatría, Aproximación al uso del coeficiente Alfa de Cronbach.2005, vol. XXXIV, no.004, p. 572-580.

¹¹⁰ HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto, COLLADO FERNANDEZ, Carlos. LUCIO BAPTISTA, Pilar. Metodología de la Investigación, México D.F., 2008, p.346.

hacia la adhesión al tratamiento es muy desfavorable, más bien bastante desfavorable, sumamente favorable y muy favorable¹¹¹.

Para determinar el grado de actitud hacia la adhesión de los pacientes se tiene en cuenta el promedio resultante de la división entre la puntuación total de la escala de cada paciente y el número de afirmaciones o ítems, entonces una puntuación se analiza en el continuo de 1 a 4 siendo 1 una actitud muy desfavorable, 2 una actitud desfavorable, 3 una actitud favorable y 4 una actitud muy favorable hacia la adherencia al tratamiento.

6.8 PROCEDIMIENTO.

Para el desarrollo de la presente investigación, se tuvieron en cuenta las siguientes fases de trabajo.

- Identificación de una problemática o fenómeno social de interés.
- Planteamiento de la respectiva pregunta de investigación.
- Investigación de estudios antecedentes relacionados.
- Desarrollo del marco teórico.
- Diseño de investigación.
- Identificación de la población blanco.
- Búsqueda y selección de instrumentos: inventario del locus de control de Rotter y creación de la escala tipo likert de actitud hacia la adhesión.
- Evaluación a la escala de actitud hacia la adhesión por parte de jueces expertos en psicología de la salud.
- Selección de la muestra para la aplicación de la prueba piloto correspondiente a la escala tipo likert de Actitud hacia la adhesión al tratamiento.
- Recolección de la información.
- Proceso de análisis de la información.
- Establecimiento de conclusiones del estudio.
- Establecimiento de recomendaciones del estudio.

¹¹¹ HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto, COLLADO FERNANDEZ, Carlos. BAPTISTA, Pilar. Metodología de la Investigación, México D.F., 2008, p.347.

7. ASPECTOS ETICOS.

Antes que nada, es de suma importancia hablando en términos de ética y respeto por los pacientes participantes en la presente investigación, hablar de la experiencia de observación, apoyados en las consideraciones y compromisos éticos que demanda la naturaleza de este trabajo, donde se reconoce la importancia de incluir las necesidades de los pacientes observadas durante el ejercicio de aplicación de los instrumentos y que serán aspectos a tener en cuenta en el proceso de interpretación de los resultados obtenidos, discusión y recomendaciones.

Es por esto, que para realizar este estudio investigativo se tiene en cuenta, que el paciente que asiste a las sesiones de hemodiálisis en su condición de ser humano, presenta una serie de características que demandan de los autores de la presente investigación antes que nada, el más profundo respeto y consideración, en el entendido que el desarrollo de la dinámica investigativa no puede en ningún momento ser una excusa que justifique el actuar antitético y desprolijo por parte de las personas que componen el equipo investigativo y que se encuentran en constante interacción personal e interpersonal con los pacientes que asisten a sus sesiones. Es de suma importancia, entender y atender ética y profesionalmente aquellos espacios en los que el proceso de aplicación de los instrumentos destinados para este estudio, producen en su desarrollo el reflejo de estados emocionales negativos como: tristeza, desesperanza, desesperación, angustia, rabia, temor, impotencia, entre otros y también estados positivos como: esperanza, deseo de superación, aceptación, afrontamiento y deseos de vivir.

Cuando se presenta en el paciente ese reflejo de sus sentimientos tanto negativos como positivos, los cuales fueron elicitados por la dinámica descrita en el apartado inmediatamente anterior, es cuando el quehacer de la psicología, demanda al investigador ser competente en su saber y su hacer ante las circunstancias características de una demanda o exposición de sus necesidades por parte del paciente, dado que es un momento y un espacio donde este se siente acompañado y con la tranquilidad de complementar y solidificar su proceso de afrontamiento a través de la retroalimentación y acompañamiento que el investigador puede llevar a cabo gracias al proceso catártico y a un proceso de

establecimiento de empatía y rapport previo que facilite la adopción de confianza y compromiso del paciente en el desarrollo de las tareas respectivas.

De esta manera, para el desarrollo de este trabajo y teniendo en cuenta lo anteriormente estipulado, se conto con la ley 1090 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones, tomando inicialmente el apartado que declara: “el psicólogo aborda la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos”¹¹². Por consiguiente, el trabajo investigativo requiere, que el psicólogo, al utilizar técnicas de evaluación, éstas estén debidamente estandarizadas, respetando la confidencialidad de los resultados y el debido derecho de los participantes en conocerlos, manteniendo un debido proceso en el manejo de estos procedimientos.¹¹³

De igual manera, en esta investigación se utilizan dos test de aplicación a los 52 pacientes con Insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, contando con un test debidamente estandarizado –Inventario de Locus de Control de Rotter- con una confiabilidad y validez debidamente comprobada. A su vez, se cuenta con un test construido por los investigadores –Escala de actitud hacia la adhesión al tratamiento- el cual fue estandarizado mediante procedimientos científicos debidamente comprobados. Dicho test, cumple con los procesos de estandarización, validez y confiabilidad. Estos test poseen los requisitos según lo reglamentado en el Artículo 46 del código deontológico del profesional de Psicología¹¹⁴.

Manteniendo, el respeto por la integridad física y mental de los pacientes de la Unidad renal que participaron de este estudio, se tiene en cuenta a su vez la Resolución número 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas,

¹¹² COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1090 (06 de Septiembre de 2006). Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Bogotá D:C: 2006. 3 p.

¹¹³ Ibid., p. 3.

¹¹⁴ Ley 1090. Op., cit. 8 p.

técnicas y administrativas para la investigación en salud, teniendo en cuenta los siguientes artículos¹¹⁵:

ARTÍCULO 5: En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

ARTICULO 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

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

De acuerdo a la participación de los pacientes de la unidad renal de la clínica Medilaser de la ciudad de Neiva, se tuvo en cuenta dicha autorización mediante consentimiento informado que cumple con los requisitos estipulados por la ley como son el conocimiento de¹¹⁶

La justificación y los objetivos de la investigación.

Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales.

Las molestias o los riesgos esperados.

Los beneficios que puedan obtenerse.

Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.

¹¹⁵ COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPUBLICA. Resolución 8430 (04 de octubre de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 1993. 3 p.

¹¹⁶ Ibid., p. 4.

La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.

La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

Todos los criterios anteriormente estipulados fueron sustentados de manera escrita y verbal, aclarando las dudas de los pacientes, dejando en claro el propósito de la investigación y el manejo adecuado de la información que se obtiene.

Finalmente el desarrollo total de esta investigación se lleva a cabo mediante principios éticos de dignidad y respeto por los pacientes que brindaron su información a este estudio, por lo tanto prevalece su bienestar y sus derechos como lo estipula la ley¹¹⁷.

¹¹⁷ Ley 1090 de 2006, op. Cit. 7p.

8. RESULTADOS

En este apartado, se encuentra en primera medida una descripción de los datos sociodemográficos en donde se observaran las tablas de edad, genero, estrato socioeconómico, estado civil y escolaridad, cada una de estas en lo correspondiente a los pacientes que participaron en la investigación. Como segundo punto, se encuentran las pruebas de normalidad en las que se hallan los datos obtenidos en la aplicación del inventario del locus de control de Rotter y los datos de la escala de actitud hacia la adhesión al tratamiento.

Como aspecto a seguir, se encontraran con las puntuaciones obtenidas del inventario del locus de control a los 52 pacientes de la clínica Medilaser y seguido a esto, las graficas de comparaciones de medias correspondientes al locus de control externo y locus de control interno, donde se observa una prueba T para las variables genero, se continúan con Anova de un factor para los datos sociodemográficos de escolaridad estrato socioeconómico y estado civil, para cada apartado respectivamente.

De igual forma, se podrán observar las puntuaciones obtenidas de la escala de actitud hacia la adhesión al tratamiento a los 52 pacientes de la Clínica Medilaser, seguidas de igual forma, de sus graficas con sus comparaciones de medias de prueba T y Anova de un factor.

Posterior a la revisión, por separado de cada uno de estos aspectos se encontrarán con las respectivas correlaciones de edad con locus externo, interno y actitud hacia la adhesión. Como punto final, las correlaciones de locus externo e interno con la actitud hacia la adhesión al tratamiento.

Teniendo en cuenta los datos sociodemográficos recogidos en la escala de actitud hacia la adhesión al tratamiento y en el cuestionario de Locus de Control, se encontró la siguiente información, mediante el paquete estadístico SPSS (versión 15.0).

8.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN A HEMODIALISIS.

Tabla 4. Descriptivos de la edad de los pacientes que participaron en la investigación.

N	52
	0
Media	58,27
Mediana	60,00
Moda	61
Desv. típ.	12,547
Mínimo	24
Máximo	80

Fuente: Propia

La muestra está conformada por 52 pacientes que oscilan entre los 24 y 80 años de edad. Teniendo como promedio de edad los pacientes 58 años de edad. La mayoría de los pacientes se encuentran en 61 años de edad.

Tabla 5. Distribución del género de los pacientes participantes de la investigación.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
FEMENINO	20	38,5	38,5	38,5
MASCULINO	32	61,5	61,5	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Fuente: Propia.

Con relación a la variable género se observa, que la mayor parte de la muestra son hombres presentando una proporción de 61. 5% contra un 38.5% de las mujeres.

Tabla 6. Distribución por estrato socioeconómico de los pacientes que participaron en esta investigación.

Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
1	18	34,6	34,6	34,6
2	29	55,8	55,8	90,4
3	4	7,7	7,7	98,1
4	1	1,9	1,9	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Fuente: propia.

El 55,8% de los pacientes se encuentran en estrato 2, mientras que el 1,9% de los pacientes se encuentran en estrato alto es decir 4. En estrato 1 se encuentran 18 pacientes mientras que en estrato tres hay 4 pacientes. Por lo tanto se observa que la mayoría de los pacientes pertenecen a los estratos más bajos 1 y 2 con un porcentaje del 90.4%, contra un 9.6%, porcentaje que representa los pacientes que pertenecen a los estratos 3 y 4.

Tabla 7. Distribución por estado civil de los pacientes que participaron en esta investigación.

Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje	acumulado
SOLTERO	7	13,5		13,5
CASADO	34	65,4		65,4
DIVORCIADO	7	13,5		13,5
VIUDO	4	7,7		7,7
Total	52	100,0		100,0

Fuente: Propia.

Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en su mayoría se encuentran casados (65,4%), mientras que en un 4% son viudos y con un 13,5% son solteros y divorciados respectivamente.

Tabla 8. Distribución por escolaridad de los pacientes que participaron de esta investigación.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PRIMARIA	29	55,8	55,8	67,3
BACHILLER	11	21,2	21,2	88,5
TECNICA	1	1,9	1,9	90,4
UNIVERSITARIA	5	9,6	9,6	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Fuente: propia.

De los pacientes que participaron de esta investigación, se encontró que en mayor proporción se encuentran en nivel de escolaridad primaria y bachiller, mientras que en minoría se encuentran en nivel de escolaridad técnico y universitario. Lo anterior se relaciona con la distribución por estrato socioeconómico donde predominan los pacientes de los estratos 1 y 2 en lo que tiene que ver con las oportunidades económicas.

8.2 PRUEBA DE NORMALIDAD

8.2.1 Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para el Inventario de Locus de Control de Rotter (1966).

		TLC
	N	52
Parámetros normales(a,b)	Media	11,77
	Desviación típica	3,579
Diferencias más extremas	Absoluta	,157
	Positiva	,142
	Negativa	-,157
	Z de Kolmogorov-Smirnov	1,129
	Sig. asintót. (bilateral)	,156

Fuente: Propia.

Según esta prueba de normalidad, indica que los datos arrojados por la aplicación del Inventario de Locus de Control se ajustan a una distribución normal, por lo tanto se pueden utilizar pruebas paramétricas para su análisis estadístico.

8.2.2 Prueba de normalidad para la escala de actitud hacia la adhesión al tratamiento.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		PROMEDIO ADH
N		52
Parámetros normales(a,b)	Media	3,4885
	Desviación típica	,31290
Diferencias más extremas	Absoluta	,097
	Positiva	,056
	Negativa	-,097
Z de Kolmogorov-Smirnov		,697
Sig. asintót. (bilateral)		,716

a La distribución de contraste es la Normal.

b Se han calculado a partir de los datos

Fuente: Propia.

Según esta prueba de normalidad, indica que los datos arrojados por la aplicación de la escala de actitud hacia la Adhesión al Tratamiento, se ajustan a una distribución normal, por lo tanto se pueden utilizar pruebas paramétricas para su análisis estadístico.

8.3 PUNTUACIONES OBTENIDAS DEL INVENTARIO LOCUS DE CONTROL DE ROTTER APLICADO A LOS 52 PACIENTES DE LA CLÍNICA MEDILASER.

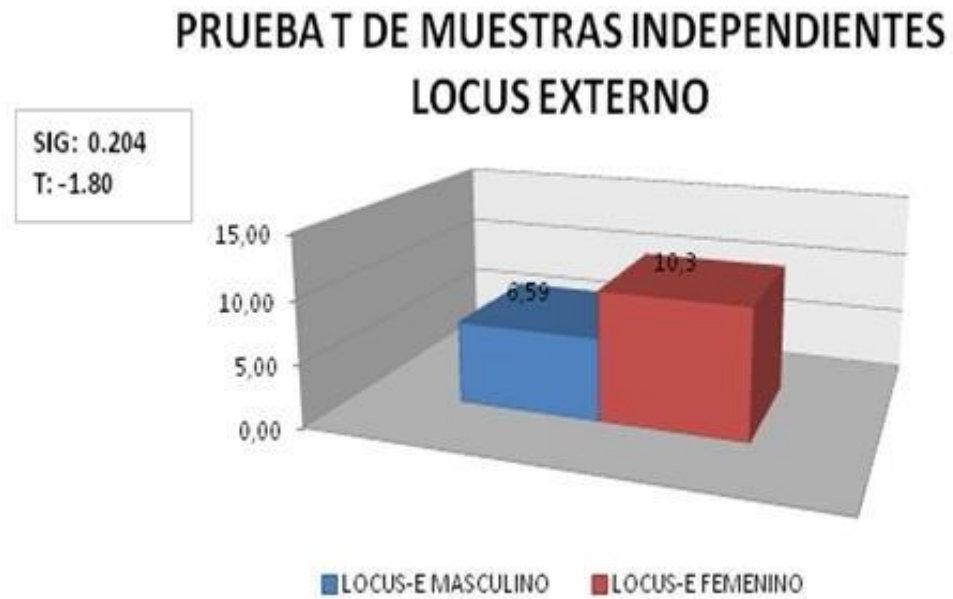
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
7	9	17,3	17,3	17,3
8	6	11,5	11,5	28,8
9	3	5,8	5,8	34,6
10	5	9,6	9,6	44,2
11	1	1,9	1,9	46,2
12	3	5,8	5,8	51,9
13	3	5,8	5,8	57,7
14	6	11,5	11,5	69,2
15	7	13,5	13,5	82,7
16	7	13,5	13,5	96,2
18	1	1,9	1,9	98,1
19	1	1,9	1,9	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Fuente. Propia.

De acuerdo a la calificación que se hace de los resultados de la aplicación del Locus de control de Rotter, es decir, puntuaciones superiores o iguales a 11 refiere Locus de Control externo y por ende inferiores a 11 locus de control interno. Se encontraron los siguientes resultados: los pacientes en su mayoría se encuentran bajo la expectativa de locus de control externo con un total de 29 pacientes y en minoría en locus de control interno con un total de 23 pacientes.

8.4 COMPARACION DE MEDIAS PARA LOCUS DE CONTROL EXTERNO.

Grafica 1. Prueba t para Locus de Control Externo y Género.



Fuente: propia.

El género femenino en la escala de Locus de Control Externo, presenta una mayor tendencia hacia el Locus Externo que el género masculino, pero sin un valor de significación óptimo.

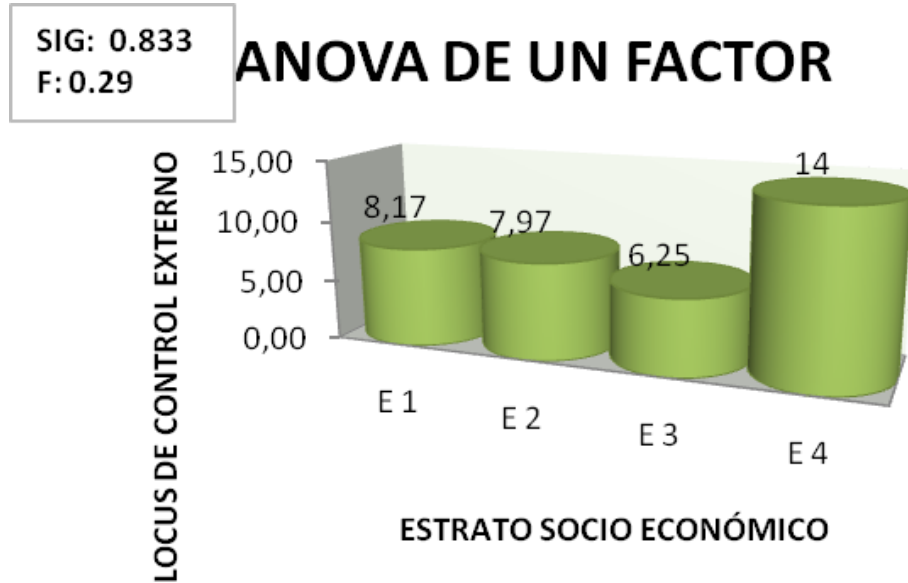
Grafica 2. Anova de un factor para locus de control externo y escolaridad.



Fuente. Propia.

Aunque, la tendencia al Locus de Control Externo es mayor en los pacientes que no presentan ningún tipo de escolaridad, también lo presentan los universitarios, sin embargo esta diferencia presenta una significancia de .458.

Grafica 3 Anova de un factor para locus de control externo y estrato socioeconómico.

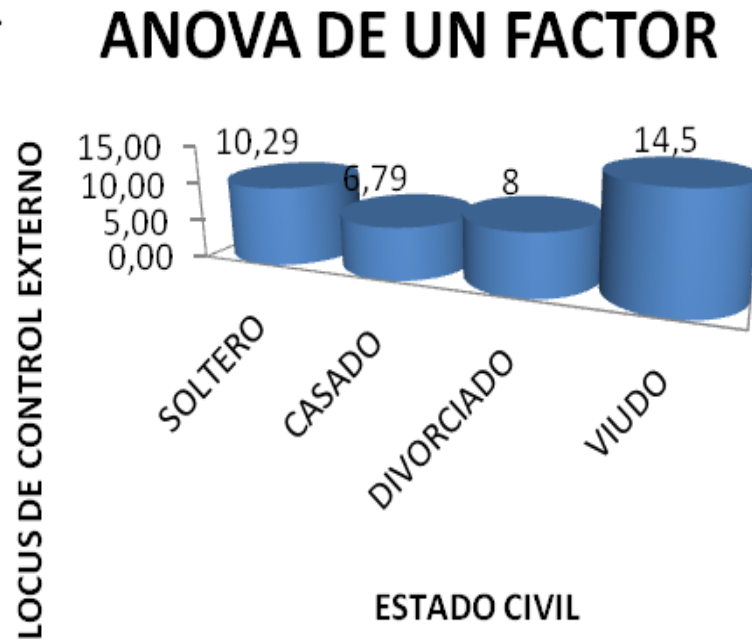


Fuente. Propia.

Los pacientes pertenecientes al estrato socioeconómico 4, presentan mayor tendencia al locus externo con respecto a los estratos 1, 2 y 3, sin embargo esta diferencia presenta una significancia de .833.

Grafica 4. Anova de un factor locus de control externo y estado civil.

SIG: 0.194
F: 1.63

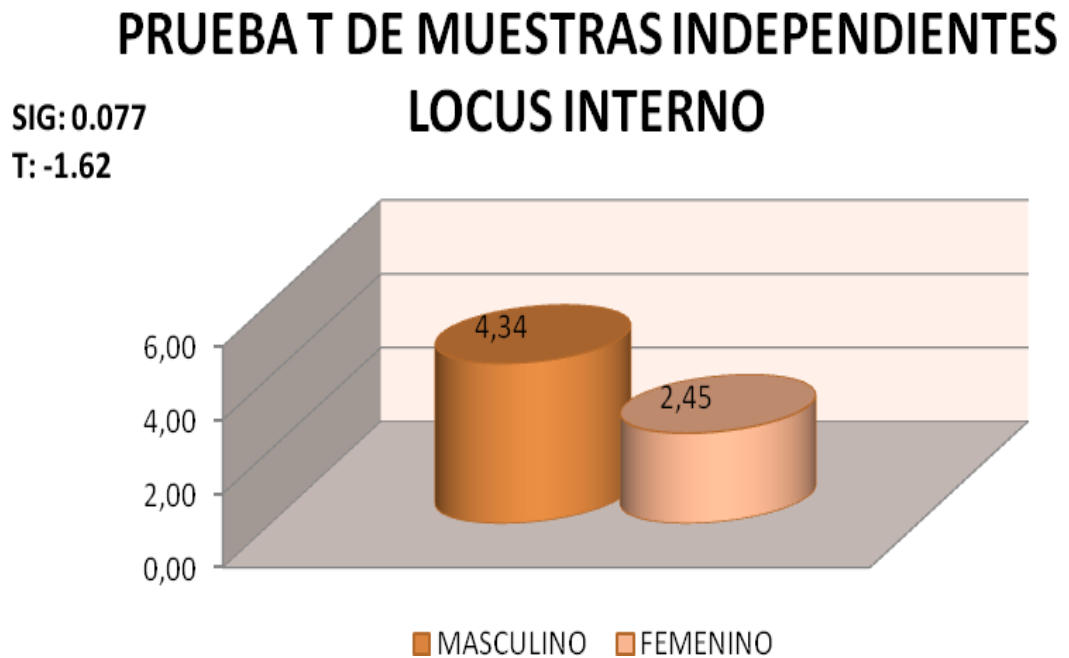


Fuente: propia.

En la grafica Locus de Control Externo se observa, que los pacientes con estado civil viudo y soltero, presentan una mayor tendencia hacia el locus externo con respecto a los pacientes con estado civil divorciado y casado, sin embargo esta diferencia presenta una significancia de .194.

8.5 COMPARACION DE MEDIAS PARA LOCUS DE CONTROL INTERNO.

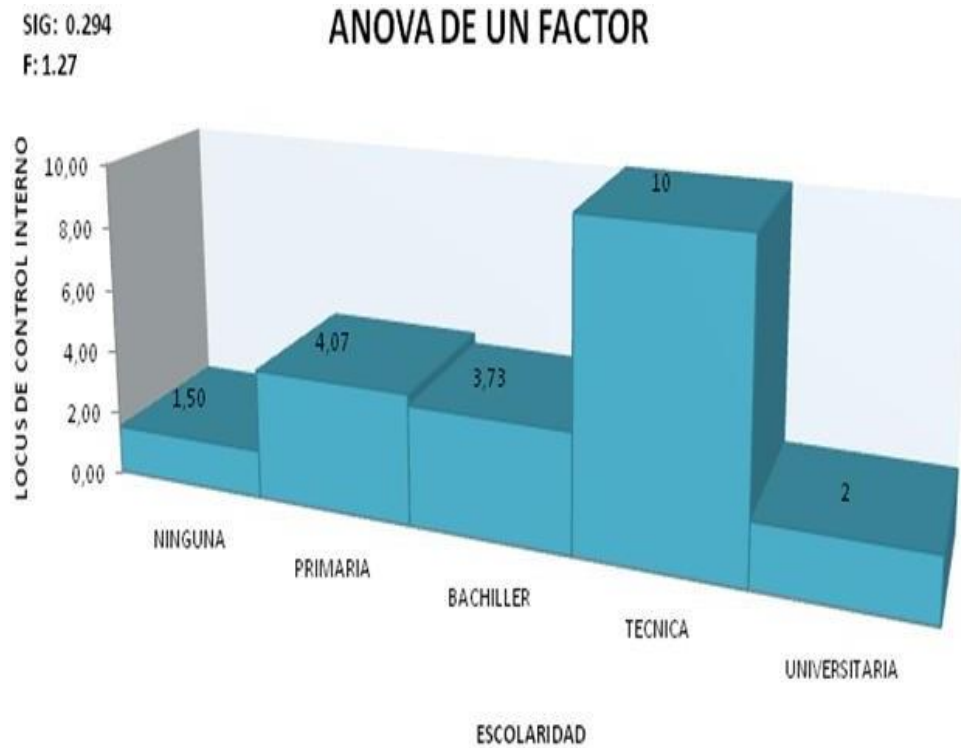
Grafica 5. Prueba t para Locus de Control interno y Genero



Fuente: Propia.

El género masculino en la escala de Locus de Control Interno, presenta una mayor tendencia hacia el Locus Interno que el género femenino, pero sin un valor de significación optimo.

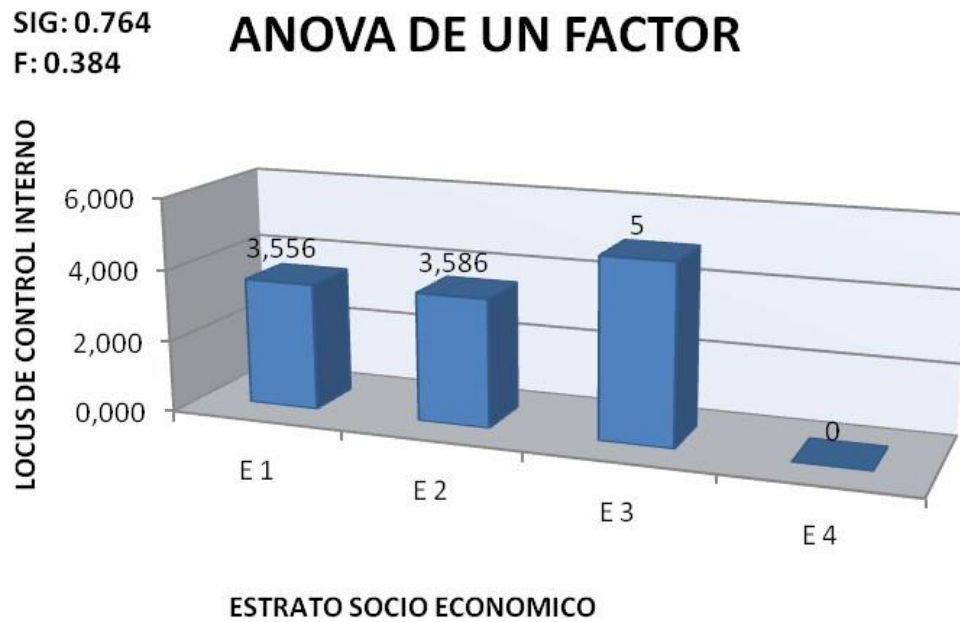
Grafica 6. Anova de un factor, Locus de Control interno y escolaridad.



Fuente. Propia.

La tendencia al Locus de Control Interno, es mayor en los pacientes que presentan un nivel de escolaridad técnico, sin embargo esta diferencia presenta una significancia de .294.

Grafica 7. Anova de un factor, Locus de Control Interno y estrato socioeconómico.



Fuente: Propia.

Los pacientes pertenecientes al estrato socioeconómico 3, presentan mayor tendencia al locus interno con respecto a los estratos 1, 2 y 4, sin embargo esta diferencia presenta una significancia de .764.

Grafica 8. Anova de un factor, Locus de control Interno y estado civil.



Fuente. Propia.

En la grafica Locus de Control Interno se observa, que los pacientes con estado civil casado, presentan una mayor tendencia hacia el locus interno con respecto a los pacientes con estado civil viudo, soltero y divorciado, sin embargo esta diferencia presenta una significancia de .224.

8.6 PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LA ESCALA DE ACTITUD HACIA LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO APLICADO A LOS 52 PACIENTES DE LA CLÍNICA MEDILASER.

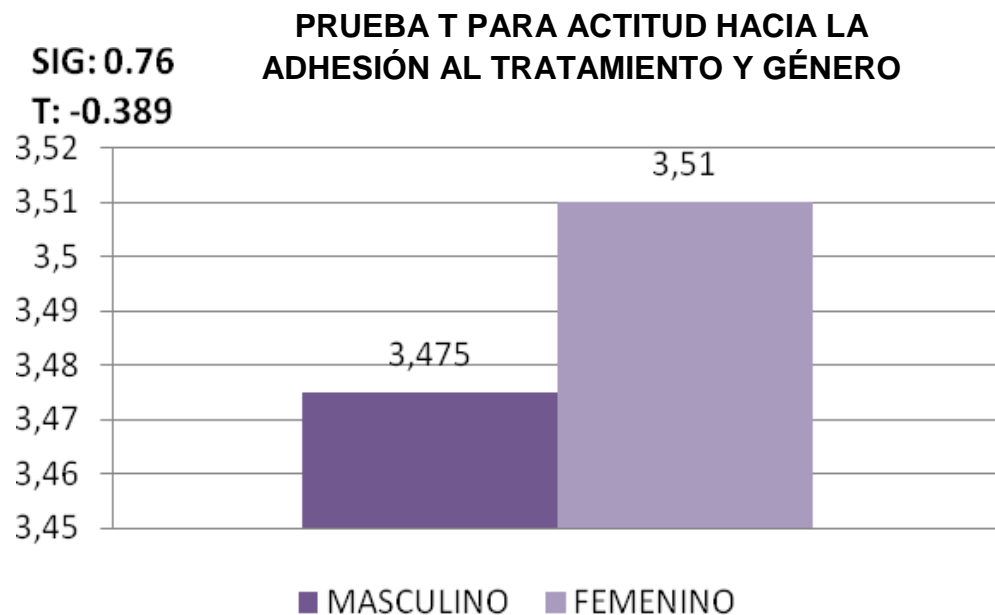
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2,70	1	1,9	1,9	1,9
2,90	2	3,8	3,8	5,8
3,00	3	5,8	5,8	11,5
3,10	2	3,8	3,8	15,4
3,20	3	5,8	5,8	21,2
3,30	5	9,6	9,6	30,8
3,40	6	11,5	11,5	42,3
3,50	7	13,5	13,5	55,8
3,60	5	9,6	9,6	65,4
3,70	6	11,5	11,5	76,9
3,80	5	9,6	9,6	86,5
3,90	5	9,6	9,6	96,2
4,00	2	3,8	3,8	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Fuente. Propia.

Para determinar el grado de actitud hacia la adhesión de los pacientes se tiene en cuenta el promedio resultante de la división entre la puntuación total de la escala de cada paciente y el número de afirmaciones o ítems, entonces una puntuación se analiza en el continuo de 1 a 4 siendo 1 una actitud muy desfavorable, 2 una actitud desfavorable, 3 una actitud favorable y 4 una actitud muy favorable hacia la adhesión al tratamiento. De acuerdo a las calificaciones anteriores y a las puntuaciones obtenidas por cada paciente se encontró que estos tienden hacia una actitud muy favorable hacia la adhesión ya que en promedio están entre una actitud favorable y muy favorable.

8.7. COMPARACIÓN DE MEDIAS PARA LA ESCALA DE ACTITUD HACIA LA ADHESION AL TRATAMIENTO.

Grafica 9. Prueba T para actitud hacia la adhesión al tratamiento y Genero.



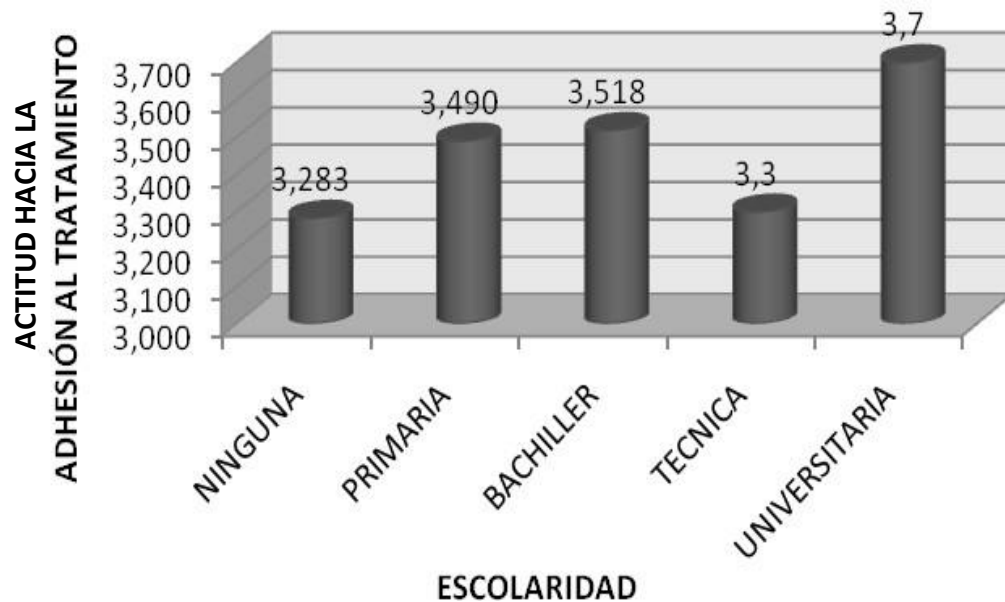
Fuente. Propia.

El género femenino en la escala de actitud hacia la adhesión al tratamiento, presenta una actitud favorable hacia la adhesión con respecto al género masculino, pero sin un valor de significación óptimo

Grafica 10. Anova de un factor, actitud hacia la adhesión al tratamiento y escolaridad.

SIG: 0.258
F: 1.370

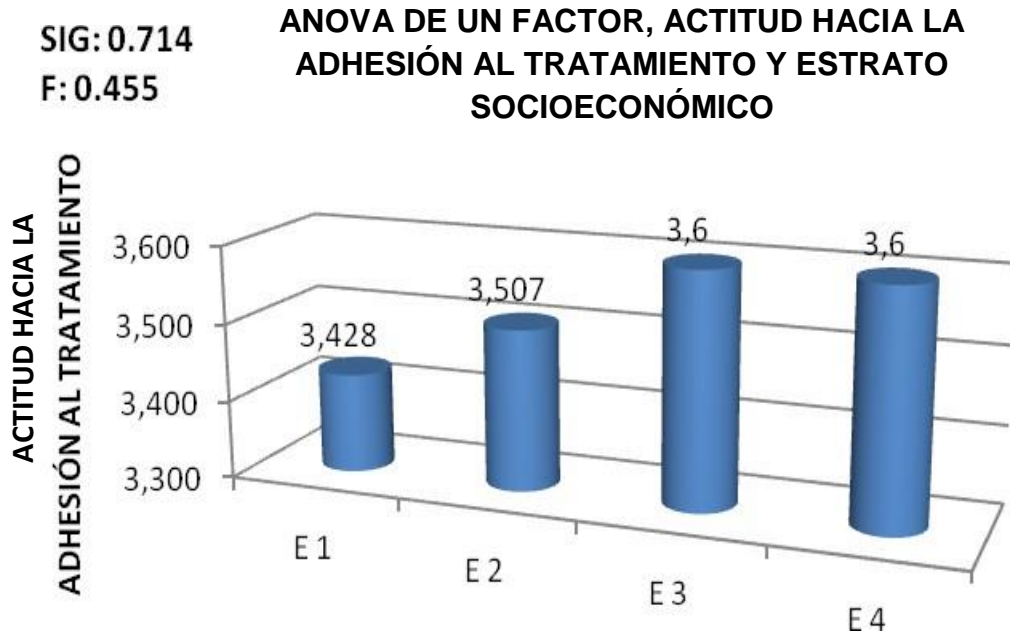
**ANOVA DE UN FACTOR, ACTITUD HACIA LA
ADHESIÓN AL TRATAMIENTO Y ESCOLARIDAD**



Fuente: Propia.

En la grafica, actitud hacia la adhesión al tratamiento, los pacientes con un nivel de escolaridad universitaria, presentan una actitud muy favorable hacia la adhesión con respecto a los pacientes con un nivel de escolaridad técnica y sin escolaridad, sin embargo esta diferencia presenta una significancia de .259.

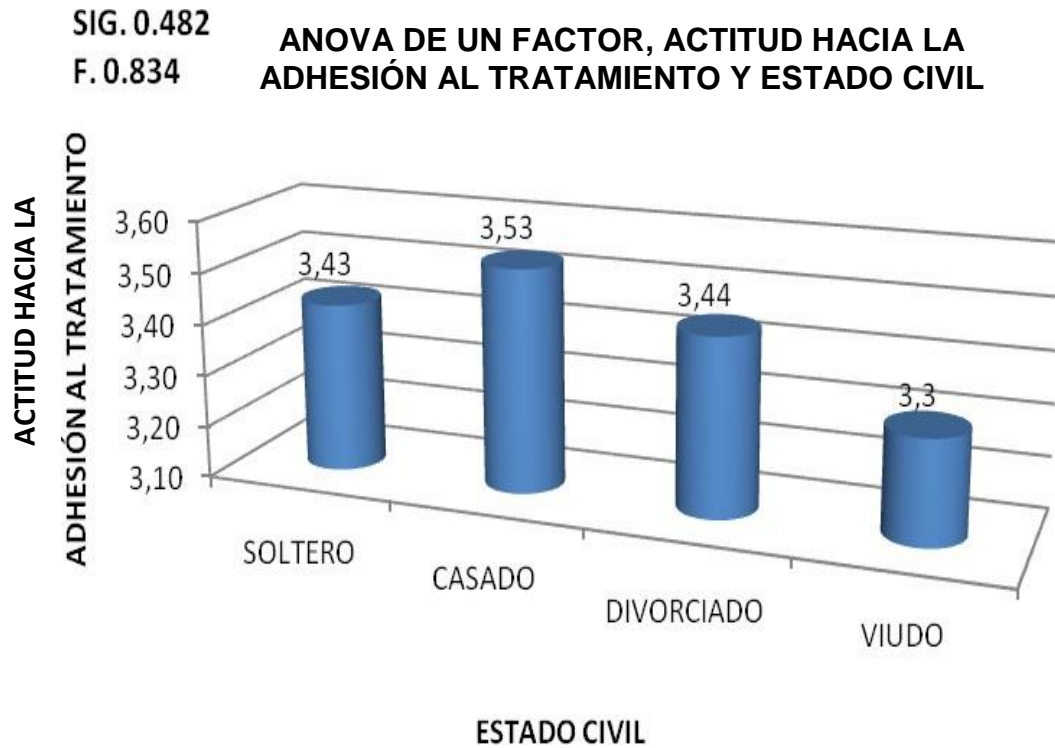
Grafica 11. Anova de un factor, actitud hacia la adhesión al tratamiento y estrato socioeconómico



Fuente. Propia.

Los pacientes pertenecientes al estrato socioeconómico 3 y 4, presentan una actitud muy favorable hacia la adhesión al tratamiento con respecto a los estratos 1 y 2, sin embargo esta diferencia presenta una significancia de .714.

Grafica 12. Anova de un factor, actitud hacia la adhesión al tratamiento y estado civil



Fuente: propia.

En la escala de actitud hacia la adhesión al tratamiento, los pacientes con estado civil casado y divorciado, presentan una actitud favorable hacia la adhesión al tratamiento con respecto a los pacientes con estado civil soltero y viudo, pero sin un nivel de significación óptimo.

8.8 CORRELACIONES.

Tabla 9. Correlación entre edad y locus de control externo

		EDAD	LOCUS-E
EDAD	Correlación de Pearson	1	-,163
	Sig. (bilateral)		,249
	N	52	52
LOCUS-E	Correlación de Pearson	-,163	1
	Sig. (bilateral)	,249	
	N	52	52

Fuente: propia.

En la tabla se observa, que no existe relación significativa entre la edad y el locus de control externo en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Sin embargo se observa una correlación negativa, lo que puede sugerir, que a medida que aumenta la edad en el paciente será menor la orientación hacia el Locus de Control Externo.

Tabla 10. Correlación entre edad y locus de control interno

		EDAD	LOCUS.-I
EDAD	Correlación de Pearson	1	,178
	Sig. (bilateral)		,207
	N	52	52
LOCUS.-I	Correlación de Pearson	,178	1
	Sig. (bilateral)	,207	
	N	52	52

Fuente: propia.

En la tabla se observa, que no existe relación significativa entre la edad y el locus de control interno en los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Sin embargo, la correlación es positiva, lo que puede sugerir que

a mayor edad mayor sería la orientación del paciente hacia un Locus de Control Interno.

Tabla 11. Correlación entre la edad y la actitud hacia la adhesión al tratamiento

		EDAD	PROMEDIO ADH
EDAD	Correlación de Pearson	1	-,182
	Sig. (bilateral)		,197
	N	52	52
PROMEDIO ADH	Correlación de Pearson	-,182	1
	Sig. (bilateral)	,197	
	N	52	52

Fuente. Propia.

En la tabla, se observa que no existe relación significativa entre la edad y la actitud hacia la adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Se observa que la correlación es negativa, lo que puede sugerir, que a mayor edad disminuirá la actitud favorable del paciente hacia el tratamiento.

Tabla 12. Correlación entre locus de control externo y la actitud hacia la adhesión al tratamiento

		LOCUS-E	PROMEDIO ADH
LOCUS-E	Correlación de Pearson	1	,099
	Sig. (bilateral)		,485
	N	52	52
PROMEDIO ADH	Correlación de Pearson	,099	1
	Sig. (bilateral)	,485	
	N	52	52

Fuente. Propia.

En la tabla, se observa que no existe relación significativa entre el locus de control externo y la actitud hacia la adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Se observa una correlación de carácter positivo, lo que puede sugerir, que a mayor orientación hacia el Locus de Control Externo, la actitud hacia la adhesión al tratamiento será más favorable.

Tabla 13. Correlación entre locus de control interno y la actitud hacia la adhesión al tratamiento.

		LOCUS.-I	PROMEDIO ADH
LOCUS.-I	Correlación de Pearson	1	-,152
	Sig. (bilateral)		,282
	N	52	52
PROMEDIO ADH	Correlación de Pearson	-,152	1
	Sig. (bilateral)	,282	
	N	52	52

Fuente: Propia.

En la tabla, se observa que no existe relación significativa entre el locus de control interno y la actitud hacia la adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal en tratamiento de hemodiálisis. Sin embargo, se observa una correlación de carácter negativo, lo cual puede sugerir, que a mayor orientación hacia el Locus de Control Interno, la actitud hacia la adhesión al tratamiento será menos favorable en el paciente.

9. DISCUSION.

Este estudio fue realizado con pacientes que presentan insuficiencia renal crónica y que asisten a hemodiálisis en la clínica Medilaser en la ciudad de Neiva, se conto con la participación de 52 de estos, en donde se buscaba determinar la relación entre locus de control y la actitud hacia la adhesión al tratamiento; los datos fueron obtenidos a través de la aplicación del inventario de locus de control de Rotter y la escala tipo likert de actitud hacia la adhesión al tratamiento.

Teniendo en cuenta la variable genero, se observa que las mujeres presentaron una mayor orientación en comparación con los hombres hacia el locus de control externo. Lo cual sugiere, que la orientación femenina hacia el Locus Externo puede estar mediada por aspectos como: preocupación por causar una adecuada impresión a través de su imagen física y receptividad positiva a las recomendaciones dadas por el personal de salud, sin embargo estos resultados no tienen un valor estadístico significativo.

Tomando en cuenta las variables locus de control y género estudiados en esta investigación, no se encontraron diferencias significativas, lo expuesto anteriormente se evidencia con Krampen y Wieberg¹¹⁸, quienes opinan que generalmente, las mujeres obtienen puntajes más elevados en externalidad y los hombres en internalidad, sin embargo eso se refuta con investigaciones realizadas por Girardi, Diaz-Loving y Andrade Palos¹¹⁹, quienes afirman que las mujeres tienden más a la internalidad y los hombres a la externalidad.

De igual manera, se observa que las mujeres presentaron una actitud favorable hacia la adhesión al tratamiento en comparación con los hombres, pero sin un valor significativo. Estos resultados pueden evidenciar que la mujer puede presentar una actitud confiable y razonable con respecto al tratamiento que recibe y a los resultados del buen manejo de este.

¹¹⁸MOLINA ABOLNIK, M. Sintomatología depresiva y locus de control en adultos. En : Tesis . Psicología con orientación Clínica, Universidad de las Américas Puebla. [base de datos en línea]. [consultado 14 dic. 2010]. Disponible en <http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/mocl/molina_a_m/capitulo4 .pdf>

¹¹⁹Ibíd.

El hallazgo positivo encontrado entre las variables genero y actitud hacia la adhesión al tratamiento, permite aportar al estudio realizado en Santiago de Chile: “se sugiere que en el futuro se puedan realizar investigaciones que establezcan si existe relación entre adherencia al tratamiento y la variable genero, ya que se ha encontrado una relación entre ambas y la falta casi absoluta de investigaciones y trabajos al respecto”¹²⁰. Ante esto se amplía la información que ellos requerían mediante los hallazgos de esta investigación.

Complemento a lo anteriormente expuesto, se ha estudiado durante años la adhesión dependiendo de las variables sociodemográficas, teniendo en cuenta que los estudios han arrojado conclusiones significativas en cuanto a este ya que lo encontrado evidencia que los varones corren mayores riesgos de no adhesión con dependencia de la edad¹²¹.

En cuanto a la variable escolaridad, se observa que los pacientes que no poseen ningún grado de escolaridad demostraron una mayor tendencia hacia el locus de control externo, en comparación con los pacientes que tienen un nivel técnico de escolaridad, quienes demostraron una mayor tendencia hacia el locus de control interno. Ante esto, se puede considerar que la educación técnica puede propiciar en el paciente cierto grado de control personal debido al manejo que se le pueda dar a la apropiación de lo que se aprenda en el transcurso de lo aprendido en la posterior vida laboral. Estos hallazgos no tuvieron un valor estadístico significativo. Lo expuesto anteriormente expone la tendencia sobre el hecho de que a medida que aumenta el nivel de preparación escolar la percepción sobre la atribución de los éxitos y fracasos tiende a internalizarse¹²².

Lo anterior sugiere, que a medida que las personas tienen la posibilidad de adquirir niveles de escolaridad superiores, el conjunto de pensamientos y

¹²⁰CEPEDA, Carolina., op.cit. p.15.

¹²¹ KUGLER, et al. Citado por: Contreras, F. et al. Calidad de vida, estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica. En: Psicología y Salud, Universidad Veracruzana, Xalapa México. Vol. XVIII. No.002, p.179.

¹²²LABORÍN ÁLVAREZ, Jesús Francisco., et. al. Composición del locus de control en dos ciudades latinoamericanas. En : Psicología desde el Caribe. [En línea]. No. 22 (2008) [consultado 14 dic. 2010]. Disponible en <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=21311866006>>

creencias se estructuran y fundamentan en la percepción subjetiva de autocontrol mediada por su orientación hacia el locus de control interno.

Por otra parte, se observo que los pacientes con nivel de escolaridad universitario poseen una actitud muy favorable hacia la adhesión al tratamiento, con respecto a los pacientes con educación técnica y sin escolaridad. Probablemente, entre mayor sea el grado de intelectualidad y aprendizaje, mejora la actitud hacia la adhesión por los conocimientos que se adquieren en el ámbito de la ciencia independientemente de cuál sea el área a seguir. De igual manera, factores como el empleo de un tiempo importante en la educación, la posibilidad de laborar y desempeñarse profesionalmente, son aspectos que pueden operar de manera positiva en la adopción de una actitud muy favorable hacia la adhesión al tratamiento de hemodiálisis, con el propósito de que el paciente renal a pesar de su situación, pueda alcanzar y manejar un nivel de vida satisfactorio.

Respecto a estas dos variables con lo expuesto por la Organización Mundial de la Salud en el año 2003, con relación a la escolaridad, en donde se encontró que el analfabetismo y el bajo nivel académico predisponían a la falta de adhesión al tratamiento. Lo expuesto por la OMS, podría referenciarse que los pacientes renales con nivel de escolaridad universitario, poseen gracias a la academia de carácter profesional un sentido de autorreconocimiento y autovaloración que potencia su individualidad, posición ante la familia y la sociedad como un ser humano que gracias al manejo de una actitud muy favorable a la adhesión al tratamiento, puede desempeñarse como un profesional integro, competente y útil a su contexto social.

En cuando al estrato socioeconómico, se observa que los pacientes de estrato cuatro presentaron una mayor orientación hacia el locus de control externo, con respecto a los pacientes de los estratos uno, dos y tres. Probablemente, la estabilidad económica que se afianza en los estratos altos considera el foco de control a nivel externo por el grado de confianza que puede ejercer en el paciente los profesionales que lo atienden ya que se conoce plenamente el buen nivel intelectual que tienen estas personas y las personas que le acompañan.

Esta afirmación permite relacionarse con lo descrito por Lachman y Weaver¹²³, que si bien es cierto, las personas con bajos ingresos tenían fuertes creencias en la existencia de factores externos que limitaban su vida, es también posible encontrar en algunas ocasiones individuos de altos ingresos, que presenten un nivel bajo de control.

Por otra parte, en la actitud hacia la adhesión al tratamiento, observamos que los pacientes que pertenecen a los estratos tres y cuatro presentan una actitud muy favorable hacia la adhesión al tratamiento comparados con los pacientes de los estratos uno y dos. Es posible que al pertenecer a los estratos 3 y 4, la condición económica de los pacientes sea superior a la de los pacientes de los estratos 1 y 2, lo cual facilita en gran medida el manejo de una actitud muy favorable, ya que será más fácil el acceso y manejo de aspectos de importancia como: las dietas alimentarias, el transporte a los sitios de las sesiones de hemodiálisis y la estabilidad en cuanto a la afiliación a las entidades prestadoras de los servicios de salud.

Lo anterior se relaciona con lo descrito por la Organización Mundial de la Salud en el 2004, en la cual se hace referencia, a que factores, entre los cuales se encuentra, el estado socioeconómico y el pertenecer a países en vía de desarrollo, tienen efectos considerables sobre la adherencia¹²⁴. Además, se considera que la posición socioeconómica en la que se encuentran estos pacientes, les permite afrontar fácilmente aspectos como el transporte a las unidades renales donde se les practica el proceso de hemodiálisis, adquisición de los alimentos que componen sus dietas específicas, acceso a medicamentos de alta calidad, entre otras. El hecho de que los pacientes tengan la posibilidad de suplir satisfactoriamente sus necesidades básicas, implica el manejo de una sensación de bienestar y seguridad tanto física como psicológica que permite al paciente renal adoptar una actitud muy favorable hacia la adhesión al tratamiento. Para la variable estado civil, se observa que los pacientes viudos y solteros presentaron una mayor orientación hacia el locus de control externo en

¹²³PALOMAR LEVER, Joaquina. VALDÉS TREJO, Laura M. Pobreza y Locus de Control. En *Interamerican Journal of Psychology*. [En línea]. Vol. 38, No. 2, p. 225-240 (2004). Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/284/28438209.pdf>

¹²⁴ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. En: *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. [En línea]. (2003) [consultado 14 dic. 2010]. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf>

comparación con los pacientes divorciados y casados. lo cual puede ser posible, por el hecho de que los pacientes viudos y solteros pueden manejar ciertos niveles de libertad respecto a la responsabilidad en sus deberes conyugales, familiares y sociales, lo cual facilita, la disponibilidad para experimentar y disfrutar nuevas experiencias de vida que pueden llegar a ser consideradas como placenteras por el paciente.

Esto se evidencia claramente en el estudio realizado por Vera Noriega, donde se encontró que las personas que no tienen ninguna compañía o que no tienen ningún nexo personal tiende a externalizar y a disminuir sus expectativas con base en lo personal. Igualmente, este tipo de persona tiende a integrarse en grupos donde se piensa y se planea es con base en un colectivo¹²⁵.

Por otra parte, son los pacientes casados y divorciados quienes presentaron una actitud favorable hacia la adhesión al tratamiento, lo cual no se evidencio en los pacientes solteros y viudos. Es posible que de nuevo aspectos como la posibilidad de una experiencia positiva de tipo conyugal y por ende familiar, aporten de manera puntual en la adopción por parte del paciente de una actitud favorable hacia la adhesión al tratamiento.

Por lo tanto, según Arenas “los solteros y viudos tienden a no adherirse al tratamiento hemodialítico porque no tienen una expectativa de vida y por ende esta es más deteriorada”¹²⁶.

Finalmente, y citando las correlaciones de este estudio, se hallo que el locus de control y la actitud hacia la adhesión no tienen relación significativa, por lo tanto son variables que no se influyen entre si y que no depende una de la otra. Ante esto, es factible decir que en situaciones de enfermedad, como en este caso, de patología terminal, “la principal motivación del paciente es la cura o eliminación de la enfermedad, pero también puede ser el control o el progreso de la misma, es decir, controlar su progresión, los efectos secundarios de la enfermedad, controlar

¹²⁵ VERA, J, et al. Locus of control, self-concept, and orientation toward success in aged adults of the northern of Mexico. Universidad de Sonora. En: revista, Enseñanza e investigación en Psicología. Vol.14. No. 1, p. 119-135.

¹²⁶ VERA J. óp., cit., p. 130.

el estado anímico y mantener una calidad de vida básica”¹²⁷. Para este caso, se puede considerar que los pacientes están, mas guiados a buscar la cura de su enfermedad y no al control de esta, ya sea por la pobre información o por algún tipo de expectativas.

De igual manera, al hablar de la actitud hacia la adhesión al tratamiento y su relación con otras variables como son las sociodemográficas tampoco se halló una relación significativa por lo que se puede apreciar que, ante estudios anteriormente realizados, no se ha podido encontrar que variables influyen notoriamente en la adhesión. Ante esta situación, las características sociodemográficas que han sido altamente estudiadas y que han hecho un aporte importante en el estudio de la adhesión, no predicen de manera consistente el cumplimiento de las prescripciones médicas¹²⁸.

¹²⁷ BAREZ VILLORIA, óp. Cit., p.54.

¹²⁸ VERA J. óp. Cit., p.167.

10. CONCLUSIONES.

Teniendo en cuenta los objetivos planteados en la presente investigación, las conclusiones fueron las siguientes

- No se halló correlación significativa entre el Locus de Control y la actitud hacia la adhesión al tratamiento, estos resultados evidencian que ninguna de estas variables tienen influencia entre sí y que por lo tanto la actitud de los pacientes hacia la adhesión no depende de su tipo de locus de control, sea externo o interno.
- No se halló una correlación significativa que indique relación entre las variables edad, locus de control interno y externo. Lo cual indica, que estas variables estudiadas en la investigación, no tienen ningún tipo de relación y por lo tanto no influyen en la actitud de los pacientes hacia la adhesión al tratamiento.
- Según las medias obtenidas estadísticamente, el género femenino presenta una mayor orientación hacia el locus de control externo. Sin embargo no existe una diferencia significativa.
- A pesar de que a nivel general no se hallaron diferencias estadísticas significativas, los pacientes que no tienen escolaridad, demostraron una mayor tendencia hacia el locus de control externo, en contraste con los pacientes que tienen un nivel técnico de escolaridad.
- Los pacientes evaluados que pertenecen a estratos inferiores (1,2 y 3) presentaron una menor orientación al locus de control externo con respecto a los pacientes que están en el estrato socioeconómico 4. Sin embargo no existe una correlación significativa.
- Los pacientes viudos y solteros, presentaron una mayor orientación hacia el locus de control externo con respecto a los pacientes divorciados y casados.

- En cuanto al locus de control interno y género, encontramos que el género masculino estuvo orientado hacia el locus interno con respecto al femenino. Sin embargo no existe una correlación significativa.
- Caso contrario a los pacientes con orientación hacia el locus de control externo, los pacientes con nivel de escolaridad técnico, presentan mayor tendencia hacia el locus de control interno. Sin embargo no existe una correlación significativa.
- Los pacientes pertenecientes al estrato 3, demostraron una mayor tendencia hacia el locus de control interno, en contraste con los pacientes que pertenecen al estrato socioeconómico 4. Sin embargo no existe una correlación significativa.
- En contraposición a los pacientes orientados al locus de control externo, los pacientes casados y divorciados presentan una mayor tendencia al locus de control interno. Sin embargo no existe una correlación significativa.
- De los pacientes evaluados las mujeres obtuvieron una puntuación superior, lo cual indica una actitud favorable hacia la adhesión al tratamiento. Sin embargo no existe una correlación significativa.
- Se evidencio que las personas con un nivel de escolaridad universitario tienen una actitud muy favorable en la adhesión al tratamiento en contraposición con los pacientes que tienen escolaridad técnica y los que no poseen ninguna. Sin embargo no existe una correlación significativa.
- Se hallo que los pacientes que pertenecen a los estratos 3 y 4, presentan una actitud muy favorable hacia la adhesión al tratamiento con respecto a los pacientes que pertenecen a los estratos 1 y 2. Sin embargo no existe una correlación significativa.

- Se evidencio que los pacientes casados y divorciados, presentaron una actitud favorable hacia la adhesión al tratamiento, lo cual no se evidencia en los pacientes solteros y viudos. Sin embargo no existe una correlación significativa.

11. RECOMENDACIONES.

En el presente estudio se investigo acerca de la posible relación que existía entre el locus de control y la actitud hacia la adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Si bien es cierto, no se encontró una relación significativa entre estas dos variables mencionadas, es muy importante, exponer inicialmente en el presente capítulo algunos aspectos que específicamente hacen parte del material teórico que componen algunos de los estudios que se tuvieron en cuenta como antecedentes, los cuales no fueron tenidos en cuenta, para el posterior desarrollo del presente trabajo investigativo y que posiblemente tuvieron algún grado de incidencia en el resultado final encontrado.

El primero de estos aspectos, expone la importancia de tener en cuenta que la relación entre las variables mencionadas, depende de la atención hospitalaria que se presta a los pacientes, donde dicho aspecto se convierte en una variable de importancia a tener en cuenta para futuros ejercicios investigativos.

El siguiente aspecto, expone que la relación de las variables en cuestión depende del tiempo transcurrido en el tratamiento, siendo dicho aspecto importante también para ser tenido en cuenta en el desarrollo de futuros trabajos de investigación que tengan como objetivo principal establecer si existe relación entre el Locus de Control presente en el paciente y su actitud hacia la adhesión al tratamiento.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, podemos decir que a partir de los resultados obtenidos, se abren muchas opciones investigativas, donde sea posible abarcar a estos pacientes y su patología, desde nuevas perspectivas individuales y sociales con el propósito de que las nuevas estrategias de intervención que se implementen, permitan el diseño y aplicación de herramientas que permitan mejorar la calidad de la salud física y psicológica de los pacientes

- Es muy importante desarrollar nuevos estudios donde a través del trabajo interdisciplinario se involucre a los profesionales de la salud que manejan este tipo de patologías y específicamente desde la psicología de la salud, tener en cuenta el trabajo de los psicólogos, el cual según lo manifestado por los pacientes durante el desarrollo de la investigación, es sumamente valorado y se hace necesario una vez que el acompañamiento por parte de un profesional de la psicología, permite a los pacientes un espacio de encuentro con sí mismo, que permita la reelaboración y resignificación de su estado de salud físico y psicológico actual, que permita al paciente enfrentar sus temores e inseguridades con respecto a su desempeño a nivel familiar, de pareja, laboral y social.
- Debido a que se evidenció que los pacientes casados y divorciados presentan una actitud favorable hacia la adhesión al tratamiento, es posible observar que es de gran importancia diseñar y desarrollar trabajos específicos de psico-orientación y acompañamiento dirigidos a los familiares y cuidadores, con el propósito de generar conciencia sobre la importancia que tiene su relación cercana con los pacientes como grupo de apoyo afectivo-emocional, en la construcción de una actitud positiva hacia la adhesión al tratamiento.
- De igual manera fue posible establecer que los pacientes que pertenecen a los estratos 3 y 4 presentaron una actitud muy favorable hacia la adhesión al tratamiento con respecto a los pacientes que pertenecen a los estratos 1 y 2, por esta razón, es de suma importancia la promoción, diseño y aplicación de políticas públicas específicas que apoyen al paciente con insuficiencia renal crónica que presenta serios inconvenientes de carácter económico, lo cual impide de manera puntual que se le garantice su derecho a llevar una vida digna y un nivel de calidad de vida satisfactorio.
- Por último, pero no menos importante, se trata de exponer la necesidad de cuando sea necesario llevar a cabo la aplicación de algún tipo de instrumento o tener algún tipo de interacción con los pacientes, se tengan muy en cuenta algunas condiciones como: la hora, el lugar, condiciones de comodidad del paciente renal, estado de salud y estado anímico actual, variables que deben de ser manejadas adecuadamente, con el propósito de desarrollar apropiada y satisfactoriamente el trabajo investigativo.

BIBLIOGRAFIA

ACOSTA Cecilia, et al. Revista Colombiana de Enfermería, Vol. III, Año 3, (2008), p.2.

ACOSTA Paola, CHAPARRO Leidy y REY Cesar. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que son sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. En: Revista Colombiana de Psicología, No. 17, 2008, p. 16-27.

ACOSTA ASAAD, Cecilia. Et al. Adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica a las sesiones de hemodiálisis del Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., 2006 2007. En: Revista colombiana de enfermería. [en línea]. Vol. 3, (2008).

ALVAREZ Fernando, Factores asociados al estado de salud percibido de los pacientes en hemodiálisis Crónica. En: Congreso, ponencia del XXV congreso de la sociedad española de enfermería nefrológica (3: 2002), Memorias, Madrid España, p. 64-68.

AVENDAÑO, L. Hernando. *et al.* Nefrología Clínica: Causas de insuficiencia renal crónica y sus mecanismos de progresión. 2 ed. Madrid: Editorial panamericana, 2003. 18 p.

ALARCON, Luis Flórez, "Psicología De La Salud" En: Psicología Científica.com. [En línea]. (2004). Disponible en <<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-141-psicologia-de-la-salud.pdf>>

BLANCO RUBIO, Luis Alberto. Trasplante renal: dilemas y bioéticas. En: Repertorio de medicina y cirugía. [En línea]. Vol. 18, Nº 2 (2009). [Consultado 6 de dic. 2010]. Disponible en <http://www.fucsalud.edu.co/repertorio/pdf/vol18-02-2009/82-85.pdf>

BAREZ VILLORIA milagros. Relación entre percepción de Control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama. Tesis Doctoral. Madrid España. Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de Psicología. 2002. 25 p.

BARRA ALMAGIA, Enrique. Psicología De La Salud: Desarrollo De La Psicología De La Salud. 2003. Santiago, Chile. 2003. 14 p.

BETANCOURT, Diego, *et al.* "Lineamientos De Política De Salud Mental Para Colombia". En: Ministerio De La protección Social Y Fundación FES Social. [En línea]. (2010). [Consultado 4 diciembre de 2010]. Disponible en <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Lineamientos/Forms/Temtica.aspx>

CASTRO Jordi, IZQUIERDO Silvia, ¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tiene las emociones sobre la salud?. En: Anales de Psicología. [en línea] Vol. 10, No. 2 (1994). [consultado el 30 de Noviembre de 2010]. Disponible en < http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/03-10_2.pdf>

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Resumen preparado por la Sociedad Colombiana de Nefrología, FEDESALUD y otras entidades.2006.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía para el manejo de la Enfermedad Renal Crónica. [en línea]. [consultado el 14 de Agosto de 2009]. Disponible en <http://www.fedesalud.org.co/GUIA%20DE%20ATENCIÓN%20ERC%20version%20oficial.pdf>

COLOMBIA, CONGRESO EPIDEMIOLOGICO COLOMBIANO DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRASMISIBLES, Memorias, (2009 Bogota, Colombia), Bogotá Colombia, Ministerio de la Protección Social 2009.

CEPEDA Carolina, et al. Locus de Control y Adherencia al tratamiento en personas con insuficiencia renal crónica. En: Revista Ciencia Psicológica. [en línea]. Vol. 1, No. 1 (2007) p. 1-

7. Disponible en <http://www.fcsucentral.cl/variados/files/file/publicaciones/cienciapsicologia_01/01_cienciapsicologica_01.pdf>

CHAVARRO Alba, CHAVEZ Marcela, Autoestima, Locus de Control y roles de género asociados al embarazo en un grupo de adolescentes de la localidad de Usme. Trabajo de grado en Psicología, Bogotá Colombia, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Psicología, 2000.

CLINICA RENAL Colombiana: Riesgo de progresión en Insuficiencia Renal Crónica, [en línea] (2005). [consultado el 12 de Agosto de 2010]. Disponible en <http://www.clinicarenal.org/index.php?option=com_content&view=article&id=12:riesgo-de-progresion-en-insuficiencia-renal-cronica&catid=4:noticias-clinicas>

CONTRERAS Françoise, et al. Universitas Psychologyca: Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. En: Scielo [en línea]. Vol.5, No. 3. [consultado el 13 de Marzo de 2010]. Disponible en <http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S165792672006000300005&script=sci_arttext&tlng=pt>.

DELPRATO, D. J. Y MIDGLEY, B. D. (1992). Some fundamentals of B. F. Skinner's behaviorism [Algunos fundamentos sobre el conductismo de B. F. Skinner]. American Psychologist. Special Reflections on B.F.Skinner and psychology, Vol. 47(1507-1520).

ESPINOSA, Juan Carlos. *Et al.* Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. En: *Psicología y Salud*. [en línea]. Vol. 18, No. 2 (2008). [consultado 7 dic. 2010]. Disponible en <<http://www.alapsa.org/v2/revista/index.php/psicologiaysalud/article/viewFile/7/6>>

FRANCO Jennifer, et al. Síndrome de Bournout y Locus de Control en el personal de la clínica universitaria Bolivariana de la ciudad de Medellín. Trabajo de grado Psicología. Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín Colombia, 2006. 53 p

GARCIA, Diego León. *Et al.* Guía y modelo de atención de la enfermedad renal crónica-ERC-: Definición de términos-glosario. Bogotá: Fundación para la investigación y el desarrollo de la salud y la seguridad social, 2005. 51 p.

HERNANDEZ Roberto. FERNANDEZ, Carlos, BAPTISTA, Pilar. Metodología de La investigación. Mc Graw Hill. Segunda edición. México, 1998.

HULKA, B.S., Casse, J.C. y Kupper, L.L. (1976a) Disparities between medications prescribed and consumed among chronic disease patients, in L. Lasagna (ed.), Patient Compliance. Mount Kisco. NY: Futura Publishing. pp. 123-152. Citado por: MARKS, et al. Op. cit., p. 335 – 336

LINARES Eva, Los juicios de Control sobre los agentes de Salud: Variable moduladora de la Calidad de vida de los enfermos de cáncer de pulmón avanzado sometidos a tratamiento paliativo. Trabajo de Grado. Doctor en Psicología. Bellaterra España. Universidad Autónoma de Barcelona. Departamento de Psicología de la Educación. 2001. 12 p.

LIBERTAD, Martin Alfonso. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. En: Revista Cubana de Salud Pública. [en línea]. Vol. 30 n. 4 (2004). [Consultado 4 dic. 2010]. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662004000400008&lang=pt

MARKS, F. David. *Et al.* Psicología de la salud: teoría investigación y practica. 2008. Bogotá: El manual moderno S.A de C.V., 2008. 22 p.

MEBARAK, Moisés, et al. “Salud mental; Un Abordaje Desde La Perspectiva Actual De La Psicología De La Salud”. En: Psicología Desde El Caribe.[En línea]. N° 23, (2009). [Consultado 4 dic. 2010]. Disponible en <http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/psicologia_caribe/23/05%20SALUD%20MENTAL.pdf>

MOSQUERA Mario. Comisión para la Organización Panamericana de la Salud. [en línea] 2003. Disponible en <
http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera_2003.pdf>

MORA FRENK, Julio. Et al. Guía Tecnológica No. 16: Sistema de Diálisis Peritoneal. En: Centro nacional de excelencia tecnológica en salud. [En línea]. (2004). [consultado 7 de diciembre de. 2010]. Disponible

ORTIZ P, Manuel y ORTIZ P, Eugenia. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. En: Rev. Méd Chile, Santiago. [En línea] v.135 n.5 (2007). Disponible es <
<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n5/art14.pdf>>

OVIEDO, Heidi Celina, Revista Colombiana de Psiquiatría, Aproximación al uso del coeficiente Alfa de Cronbach.2005, vol. XXXIV, no.004, p. 572-580.

PAEZ Amelia, OFRE Marcos y ASPIROZ Carmen, Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Trabajo de Grado Psicolog@. Buenos Aires Argentina: Universidad Nacional de San Luis Argentina. Facultad de Ciencias Humanas –Área de Psicobiología-. 2008, p. 117-124.

POLIT Denise y HUNGLER Bernadette. Investigación científica en ciencias de la salud. México 1997 M Graw-Hill.

PEREZ FONTAN M y RODRIGUEZ CARMONA, A. Estrategias de selección de modalidad de diálisis en pacientes candidatos a trasplante renal. Una cuestión de paso corto y vista larga. En: Revista Nefrología. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología [En línea]. (2010). Consultado 6 de dic. 2010]. Disponible en<<http://www.revistanefrologia.com/revistas/P5-E44/P5-E44-S1811-A10128.pdf> >

PHARES, E. Jerry. Psicología Clínica. Conceptos, Métodos y Prácticas. 1997. México: Manual Moderno. 1999, p. 457.

RIVERA F. Ángela Sofía, et al. Baxter Healthcare Corporation Division Renal. EN: 1ª adaptación para BAXTER Colombia. División renal. Opciones de Tratamiento. 2008, p.4.

ROTTER, J. B.. Internal Versus External Control of Reinforcement: A Case History of a Variable. En: American Psychologist. [en línea] Vol. 45, 1990; p. 489-493. Disponible en < <http://mres.gmu.edu/readings/PSYC557/Rotter1990.pdf>>

ROTTER, J. B. Internal Versus External Control of Reinforcement: A Case History of a Variable. En: American Psychologist. [en línea] Vol. 45, 1990; p. 491. Disponible en < <http://mres.gmu.edu/readings/PSYC557/Rotter1990.pdf>>

VALDERRAMA F, et al. Revista Nefrología: Mala Adherencia a la dieta en hemodiálisis, síntomas ansiosos y depresivos. En: Nefrología. [en línea] Vol. 22. No. 2 (2007) 246 p. Disponible en <<http://www.revistanefrologia.com/revistas/P1-E194/P1-E194-S132-A3499.pdf>>

VARELA MACEDO Magdalena y MATA VILLALBA Lourdes. Diferencia del Locus de Control en niños, niñas, de siete y nueve años. En: Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Vol. 7. No. 2 (2004); p. 92.

VENADO ESTRADA, Aida. Et al. Insuficiencia renal crónica. En: unidad de proyectos especiales. [en línea]. (2009). [Consultado 6 de dic. 2010]. Disponible en < http://www.medicinaysalud.unam.mx/temas/2009/02_feb_2k9.pdf >

ANEXOS

Anexo A. Consentimiento para participar en la presente investigación.

TITULO DEL ESTUDIO.

Locus de Control y actitud hacia la Adhesión al Tratamiento en pacientes con insuficiencia Renal Crónica que reciben tratamiento de Hemodiálisis.

ESTUDIO DE INVESTIGACION.

Yo, _____, he sido invitado a participar en la siguiente investigación, la cual se realizara bajo la supervisión de los estudiantes de Psicología; José Anselmo Arango, Jeison Alexander Fierro, Jorge Andrés Ávila Cruz y Olga Patricia Tao Oviedo, y a la vez de un asesor interno asignado por el comité de investigación del Programa de Psicología de la Universidad Surcolombiana.

PROPOSITO.

El propósito del presente estudio es establecer si existe relación entre Locus de Control y la actitud hacia la Adherencia al tratamiento en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC), que reciben tratamiento de Hemodiálisis.

DURACION.

Mi participación del presente estudio será aproximadamente de 45 minutos.

PROCEDIMIENTOS.

He sido informado que durante el transcurso del presente estudio se realizara lo siguiente:

Participare en la aplicación de dos test de forma escrita donde se recogerá información sobre Locus de control interno y externo, a su vez se aplicara una escala tipo Likert sobre la actitud hacia la Adherencia al Tratamiento.

PARTICIPANTES.

Yo seré, uno de las 52 personas que harán parte del presente estudio investigativo. Todos los participantes serán personas que se someten a Hemodiálisis por Insuficiencia Renal Crónica.

RIESGOS:

Según la resolución No. 008430 del 4 de Octubre de 1993 del Ministerio de Salud en ejercicio de sus atribuciones legales, en especial las conferidas por el decreto 2164 de 1992 y la ley 10 de 1990; esta investigación se clasifica como:

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

BENEFICIOS.

El participar en esta investigación no tendrá un beneficio directo para mi, sin embargo los resultados que se desprendan del siguiente estudio pudieran servir al futuro entendimiento de los factores psicológicos y de salud que suelen presentarse en personas con Insuficiencia Renal Crónica que se someten a Hemodiálisis.

CONFIDENCIALIDAD.

He sido informado de que se hará todo el esfuerzo posible por mantener la confidencialidad de mis resultados en el presente estudio. Solamente personas autorizadas podrán tener acceso a la información suministrada en el presente estudio. Si los resultados del presente estudio son publicados en ningún momento mi nombre será incluido. En todo momento mi identidad y mis datos personales permanecerán de forma confidencial.

DERECHO A NO PARTICIPAR.

Yo entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin que esto conlleve ningún tipo de penalidad. También entiendo que los investigadores tienen todo el derecho retirarme del estudio en cualquier momento.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

He leído completamente el presente consentimiento y doy fe de que entiendo este completamente. Todas las preguntas respecto al presente consentimiento y al estudio han sido respondidas de manera satisfactoria. Estoy de acuerdo en participar en el presente estudio de investigación.

Nombre del participante _____

Firma _____

Fecha: _____

Anexo B. Inventario de locus de control de rotter (1966).

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGIA**

No. EN LA BASE DE DATOS _____

Este instrumento tiene por objetivo observar la actitud hacia el tratamiento que tienen los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que asisten a Hemodiálisis. La información que usted suministre es completamente CONFIDENCIAL Y ANONIMA.

EDAD _____ NIVEL DE ESCOLARIDAD _____

GENERO: Femenino _____ Masculino _____

ESTRATO SOCIOECONOMICO _____

FECHA DE APLICACIÓN _____

ESTADO CIVIL _____

Este es un cuestionario para encontrar la forma como ciertos acontecimientos importantes en nuestra sociedad afectan a diferentes personas. Cada ítem consiste en un par de alternativas enumeradas a o b, por favor seleccione una alternativa de cada par (solo una) hacia la cual usted se siente más interesado. Asegúrese de seleccionar la que usted realmente crea que es más válida y no aquella que usted piensa que debería escoger o aquella que usted le gustaría que fuera verdad. Esta es una medida de creencia personal, obviamente no hay respuestas buenas ni malas. Por favor responda cuidadosamente pero no gaste mucho tiempo en ningún ítem. Asegúrese de encontrar una respuesta para cada ítem. En ocasiones puede encontrar que usted cree en ambas alternativas o en ninguna de ellas, en este caso asegúrese de seleccionar aquella hacia la cual se sienta más interesado. También trate de responder a cada ítem independientemente, no se deje influenciar por sus respuestas previas.

1	A	Los niños tienen problemas porque sus padres los castigan demasiado.
	B	El problema con la mayoría de los niños, hoy en día, es que sus padres son muy complacientes con ellos.
2	A	Con el correr del tiempo la gente consigue el respeto que se merece en este mundo.
	B	Desafortunadamente el mérito de un individuo, a menudo pasa desapercibido, sin importar el esfuerzo para conseguirlo.
3	A	No importa el esfuerzo que hagas, simplemente a algunas personas no les gustas.
	B	Las personas quienes no pueden lograr gustarle a otros, no saben relacionarse con la gente.
4	A	Lo hereditario juega el papel más importante para determinar la personalidad.
	B	Son las experiencias de uno en la vida las que determinan cómo eres.

5	A	Yo he descubierto a menudo que lo que va a pasar realmente ocurre.
	B	Confiar en el destino nunca ha sido tan bueno para mí como tomar una decisión para una acción definida.
6	A	El ciudadano corriente puede tener influencia en las decisiones del gobierno.
	B	Este mundo esta dirigido por las pocas personas que están en el poder y no hay mucho que los ciudadanos menores puedan hacer.
7	A	Cuando hago planes estoy casi seguro que puedo realizarlos.
	B	No siempre es sensato planear cosas a largo plazo porque muchas cosas cambian y pasan a ser cosas de buena o mala suerte.
8	A	Hay algunas personas que simplemente no son buenas.
	B	Hay algo de honestidad en todo el mundo.
9	A	En mi caso conseguir lo que quiero tiene poco o nada que ver con la suerte.
	B	Muchas veces tenemos que decidir qué hay que hacer tirando una moneda.
10	A	En la medida que los asuntos del mundo son interesantes, la mayoría de nosotros somos las víctimas de fuerzas que no podemos ni entender ni controlar.
	B	Tomar una parte activa en los asuntos políticos y sociales hacen que la gente pueda controlar los eventos del mundo.
11	A	La mayoría de la gente no se da cuenta hasta qué punto sus vidas son controladas por sucesos accidentales.
	B	La suerte, realmente no hay tal cosa.
12	A	Uno siempre debería admitir sus errores.
	B	A menudo, es mejor tapar sus errores.
13	A	Es difícil saber si realmente le gustas a una persona o no.
	B	Cuantos más amigos tú tengas, depende de que tan buena persona seas.
14	A	Con el correr del tiempo las cosas malas que nos pasan son balanceadas por las cosas buenas.
	B	La mayoría de los infortunios son el resultado de falta de habilidad, ignorancia, pereza o todas tres.
15	A	Con esfuerzo suficiente nosotros podemos suprimir la corrupción política.
	B	Es muy difícil para las personas controlar lo que los políticos deciden en la oficina.
16	A	Un buen líder espera que la gente decida por sí misma qué debe hacer.
	B	Un buen líder deja muy claro para todos cual es el trabajo de cada uno.
17	A	Muchas veces siento que tengo poca influencia sobre las cosas que me pasan.
	B	Es imposible en mi opinión que la oportunidad o la suerte jueguen un papel importante en mi vida.
18	A	La gente está sola porque no trata de ser amigable.
	B	No es muy importante tratar de complacer a las personas, si les gustas.
19	A	Hay mucho énfasis en lo atlético en el bachillerato.
	B	Los deportes en equipo son una excelente manera de estructurar el carácter.
20	A	Lo que me pasa es consecuencia de lo que yo haga.
	B	Algunas veces siento que no tengo control suficiente sobre la dirección que está

		tomando mi vida.
21	A	La mayoría de las veces no puedo entender la forma en que se comporten los políticos.
	B	Con el correr del tiempo la gente es responsable de los malos gobiernos a nivel nacional y a nivel local.

Anexo C. Escala tipo likert de actitud hacia la adhesión al tratamiento.

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGIA**

No. EN LA BASE DE DATOS_____

Este instrumento tiene por objetivo observar la actitud hacia el tratamiento que tienen los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que asisten a Hemodiálisis en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. La información que usted suministre es completamente CONFIDENCIAL Y ANONIMA.

EDAD____NIVEL DE ESCOLARIDAD_____
GENERO: Femenino_____Masculino_____ESTRATOSOCIOECONOMICO_____
FECHA DE APLICACIÓN_____ESTADO CIVIL_____

Instrucciones.

Respecto a cada una de las siguientes afirmaciones, usted deberá señalar el grado de acuerdo o desacuerdo teniendo en cuenta la siguiente escala:

TA: Totalmente de acuerdo
PA: Parcialmente de acuerdo
PD: Parcialmente en desacuerdo
TD: Totalmente en desacuerdo

	TA	PA	PD	TD
Tengo dificultades para llevar la dieta con todo el rigor que el nutricionista prescribe.				
Seguir adecuadamente la dieta mejora mi estado de salud.				
Practico de forma rigurosa el plan alimentario como lo especifico el (la) nutricionista.				
No puedo evitar consumir alcohol en fechas especiales.				
Necesito que alguien me recuerde los horarios en que debo tomar los medicamentos.				
Me molesta no poder consumir las bebidas que me gustan.				
Tomo bebidas alcohólicas a escondidas de mi familia.				
La frecuencia de la hemodiálisis en la semana es muy alta.				
La falta de dinero limita mi asistencia a la hemodiálisis.				
Evito tomar algunos medicamentos por sus efectos indeseados.				

Es bueno tomar abundante líquido cuando hace demasiado calor.				
En reuniones familiares puedo ingerir bebidas alcohólicas porque la situación lo amerita.				
El mal sabor del medicamento me desmotiva para tomarlo.				
Cuando asisto a la hemodiálisis me siento cansado y no quisiera volver				
Al asistir a la hemodiálisis me siento angustiado y no quisiera volver.				
Creo que es bueno tomar abundante líquido después de cada comida.				
Creo que el tratamiento de hemodiálisis es insuficiente para mi enfermedad.				
Creo que consumir bebidas alcohólicas no afecta mi estado de salud.				
Asistir a la hemodiálisis es perder el tiempo.				
Al terminar la primera sesión de la semana me siento motivado a continuar con las siguientes sesiones de hemodiálisis.				
Cuando me siento bien de salud pienso que no es necesario asistir a la hemodiálisis.				