

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



TESIS

**Locus de Control de la salud y Calidad de Vida percibida, en
pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica.**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

AUTORA:

Vargas Avalos Evelyn Miluska

ASESOR:

Dr. Arévalo Luna Edmundo

TRUJILLO – PERÚ

2014

**Locus de Control de la salud y Calidad de Vida
percibida, en pacientes con tratamiento de hemodiálisis
de una clínica.**

*A DIOS, por su infinito amor y misericordia para conmigo:
“El temor de Jehová es el principio de la sabiduría,
y el conocimiento del Santísimo es la inteligencia”
(Proverbios 9:10-11)*

*A mis abuelitos Salomón y Rosa quienes velan por mí desde
pequeña y me demuestran su amor incondicional, quienes
confían en mí.*

*A mis padres, Judith y Jorge, por su amor incondicional y su
apoyo en las distintas facetas de mi vida. Por su paciencia y
comprensión.*

*A mi hermano Renzo por confiar y buscar en mí, su apoyo, por
considerarme su consejera y amiga.*

*A César quien siempre me motivó a ser mejor, a sobresalir en lo
que me gusta hacer, no sólo con palabras sino con lo mejor que
me pudo dar: su ejemplo.*

A mi familia por su presencia, preocupación y cariño.

*A todas las personas amigas con las que compartí y comparto
parte de mi vida, porque aprendí y aprendo de ellas; porque sé
que Dios se manifiesta a través de ellas.*

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por el regalo de ser su hija, la fortuna de tener una familia y el privilegio de la educación.

A mis abuelitos Salomón y Rosa, por darme siempre palabras de aliento y creer en mí.

A mis padres Jorge y Judith, quienes me apoyan hasta el día de hoy.

A la Directora de la Escuela de Psicología Dra. Sandra Mónica Olano Bracamonte, por su esmero y compromiso con nuestra formación.

A mis Asesores, Dr. Edmundo Arévalo Luna y Dra. Lucy Yglesias Alva por su profesionalismo, paciencia, tiempo y dedicación.

A mis profesores, ejemplos de personas y profesionales: Isabel Moya Chávez, Iris Palacios Cerna, Carmen Jaramillo Carrión y Ricardo Seminario Lavander, por sus clases motivadoras y exigencias.

A mis queridas amigas y ejemplos de profesionales: Margarita Perales Coronel y Marilia Castañeda Ruíz, por tener siempre los mejores consejos y buenos deseos para conmigo.

PRESENTACIÓN

Señores Miembros del Jurado, en cumplimiento de las normas que rigen la obtención de grados y Títulos de la Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana, Escuela Profesional de Psicología, pongo a su criterio profesional la evaluación del presente trabajo de investigación titulado: **“Locus de Control de la Salud y Calidad de Vida percibida, en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica”**, el cual presento con la finalidad de obtener el título profesional de Licenciada en Psicología.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la existencia o no de relación entre el locus de control de la salud y la calidad de vida percibida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una Clínica en la ciudad de Trujillo.

Agradezco por anticipado su tiempo, sugerencias y apreciaciones que brinden a la investigación.

Trujillo, Agosto del 2014

Br. Evelyn Miluska Vargas Avalos

RESUMEN

La presente investigación correlacional tuvo como objetivo establecer la relación entre el locus de control de la salud y la calidad de vida percibida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica. Se utilizó como instrumentos la escala multidimensional de locus de control (MHCL) de Wallston, Wallston y Devellis (1978) adaptado al español por Rodríguez Rosero, Carvalho y Dela (2002) y el cuestionario de salud SF-36 de Ware y Sherbourne (1992) traducido al español por Lugo A., García G. y Gómez R., (2005). La muestra fue representada por 168 pacientes de entre 21 y 75 años. Para el análisis de los datos se emplearon los estadísticos de Pearson y Spearman Brown. Al analizar los resultados se encontraron relaciones muy significativas, significativas y no significativas entre el locus de control de la salud y la calidad de vida percibida.

Palabras clave: locus de control, calidad de vida, correlación, hemodiálisis y paciente.

ABSTRACT

The present correlational investigation had as an objective to determine the relationship between health locus of control and perceived quality of life in patients with hemodialysis treatment of a clinic. The measuring instruments used were Health Locus of Control Scales (MHLC) of Wallston, Wallston y Devellis (1978) (Translate to the Spanish for Rodríguez Rosero, Carvalho and Dela (2002) and the Short Form-36 Health Survey (SF 36) of Ware y Sherbourne (1992) (Translate to the Spanish for Lugo A., Garcia G. and Gómez R., 2005). Population-it shows were represented by 168 patients, whose ages oscillated between 21 to 75 years. For the analysis of the data was used Pearson and Spearman Brown. Finally, the relationship between health locus of control and perceived quality of life was highly significant, significant and insignificant.

Key words: locus of control, quality of life, correlation, hemodialysis and patients.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO I MARCO METODOLÓGICO.....	15
1.1.- EL PROBLEMA	16
1.1.1.- Delimitación del problema	16
1.1.2.- Formulación del Problema	18
1.1.3.- Justificación.....	18
1.1.4.- Limitaciones	20
1.2.- OBJETIVOS.....	21
1.2.1.- Objetivo General	21
1.2.2.-Objetivos Específicos.....	21
1.3.- VARIABLES – INDICADORES.....	21
Variable de estudio 1.....	21
Variable de estudio 2.....	22
1.4.- HIPÓTESIS	22
1.4.1.- Hipótesis General.....	22
1.4.2.- Hipótesis específicas	22
1.5.- DISEÑO DE EJECUCIÓN	23
1.5.1.- Tipo de Investigación	23
1.5.2.- Diseño de investigación	23
1.5.3.- Población – Muestra	23
1.5.4.- Técnicas, Instrumentos, Fuentes e Informantes	27

1.5.5.- Procedimiento	34
CAPÍTULO II MARCO REFERENCIAL CIENTÍFICO	35
2.1.- ANTECEDENTES.....	36
2.2.- MARCO TEÓRICO	39
2.2.1.- Abordaje de la Insuficiencia Renal Crónica o Terminal	39
2.2.2.- Locus de Control.....	42
2.2.3.- Calidad de Vida.....	52
2.3.- MARCO CONCEPTUAL.....	65
2.3.1.- Locus de Control.....	65
2.3.2.- Locus de Control y la Salud	65
2.3.3.- Calidad de Vida.....	65
2.3.4.- Calidad de Vida y la Salud	65
CAPÍTULO III DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.....	66
CAPÍTULO IV DISCUSIÓN DE RESULTADOS	73
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	85
CAPÍTULO VI REFERENCIAS Y ANEXOS	91

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Tamaño Poblacional de los sujetos de estudio, según el origen del sistema de salud	24
Cuadro 2: Tamaño muestral de estudio, según el origen del sistema de salud	26
Cuadro 3: Tamaño muestral de estudio, según el factor género y edad.....	26
Cuadro 4: Tamaño muestral de estudio, según el soporte sociofamiliar.....	26

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Nivel de Locus de Control de la Salud, según escala.....	67
Tabla 2: Nivel de Calidad de Vida percibida, según escala	68
Tabla 3: Asociación entre la escala “Internalidad” del Locus de Control de la salud con la Calidad de Vida percibida	70
Tabla 4: Asociación entre la escala “Otros Poderosos” del Locus de Control de la salud con la Calidad de Vida percibida	71
Tabla 5: Asociación entre la escala “Azar” del Locus de Control de la salud con la Calidad de Vida percibida	72

ANEXOS

Anexo 1: Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov de la Escala de Locus de Control de la Salud	95
Anexo 2: Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov según escala del Cuestionario SF-36 de Calidad de Vida percibida	96
Anexo 3: Coeficientes de confiabilidad obtenido por el método de Mitades (par- impar) de la Escala Multidimensional de Locus de Control de la salud.....	97
Anexo 4: Coeficientes de confiabilidad obtenido por el método de Mitades (par- impar) del Cuestionario SF-36 de Calidad de Vida percibida.....	98
Anexo 5: Evaluación de ítems a través del coeficiente de correlación ítem-test de la Escala Multidimensional de Locus de Control de la salud.....	99
Anexo 6: Evaluación de ítems a través del coeficiente de correlación ítem-test del Cuestionario SF-36 de Calidad de Vida percibida.....	100
Anexo 7: Nivel de Locus de Control, según Tiempo de Diálisis.....	101
Anexo 8: Nivel de Calidad de Vida, según Tiempo de Diálisis.....	102
Anexo 9: Mediana de Locus de Control, según Género	103
Anexo 10: Mediana de Calidad de Vida, según Género	103
Anexo 11: Mediana de Locus de Control, según Edad.....	104
Anexo 12: Mediana de Calidad de Vida, según Edad.....	104
Anexo 13: Mediana de Locus de Control, según Grado de Instrucción	105
Anexo 14: Mediana de Calidad de Vida, según Grado de Instrucción	105
Anexo 15: Mediana de Locus de Control, según Lugar de Procedencia	106
Anexo 16: Mediana de Calidad de Vida, según Lugar de Procedencia	106
Anexo 17: Consentimiento informado	107
Anexo 18: Ficha Sociodemográfica.....	108
Anexo 19: Escala multidimensional de Locus de Control de Salud.....	110
Anexo 20: Cuestionario SF-36.....	112

INTRODUCCIÓN

La motivación para la realización del presente trabajo fue la preocupación por la actitud que presentan los pacientes que tienen insuficiencia renal, hacia sí mismos, la enfermedad y hacia los demás. Partiendo de la premisa que; el individuo es un ser holístico, por tanto, toda alteración, por mínima que sea, en cualquier aspecto, repercutirá a corto o largo plazo en todo su ser; es coherente afirmar que las actitudes que los pacientes tomen frente a su nuevo estilo de vida a causa de mencionada alteración degenerativa es decisiva en el mantenimiento y prolongación de sus vidas.

Cabe mencionar que, para cualquier persona, el atravesar por una enfermedad crónica o terminal trae como consecuencias cambios bruscos en el estilo de vida, como en la alimentación, la anatomía y funcionalidad del cuerpo, las relaciones sociales, el trabajo, la familia, y en la autoestima que comprometen su futuro y la forma como ellos viven su vida y cómo califican la calidad de esta.

Algunos pacientes que tienen una pobre percepción de control sobre sus vidas pueden verse directamente afectados con la llegada de una enfermedad de dicha magnitud, siendo crucial determinar qué tipo de locus de control de la salud impera en cada uno de ellos.

Por otro lado, también es muy importante considerar que los pacientes comparan sus vidas con las de otras personas que, pueden tener una enfermedad o no, otros perciben su calidad de vida en base a sus propias experiencias. En este estudio se ha trabajado con la calidad de vida relacionada a la salud, la cual tiene varias dimensiones, siendo esencial determinar cómo el paciente se encuentra en cada una de ellas para reforzar la o las que se encuentren en detrimento.

El presente estudio, pretendió determinar la relación entre el locus de control de la salud y la calidad de vida percibida, en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica.

La estructura de la investigación está dada por cinco capítulos. El primer capítulo denominado marco metodológico expone el planteamiento del problema, los antecedentes, la formulación, la justificación, las limitaciones, objetivos, variables, hipótesis, diseño de ejecución del problema científico y el procedimiento.

En el segundo capítulo denominado marco referencial científico encontramos los antecedentes y las teorías planteadas por Lawton y Rotter entre otros, sobre la calidad de vida percibida y el locus de control de la salud respectivamente. El capítulo tres abarca la presentación y descripción de los resultados, en el capítulo cuatro se encuentra la discusión de los resultados, incorporando los datos estadísticos, el marco teórico que sustenta la investigación y los antecedentes.

El capítulo cinco contiene las conclusiones y recomendaciones de la investigación y finalmente el capítulo seis da cuenta de las fuentes que han sido de consulta, de igual manera en este capítulo se ubican los anexos, en los que se presenta los instrumentos de recolección de datos, así como diversos cuadros, entre ellos, los referentes a la validez y la confiabilidad de los instrumentos.

CAPÍTULO I

MARCO METODOLÓGICO

1.1.- EL PROBLEMA

1.1.1.- Delimitación del problema

La Insuficiencia Renal Crónica y Terminal (IRCT) se ha situado como un importante problema de salud pública en el mundo. En los países de Latinoamérica se ha mostrado un progresivo desarrollo en el ámbito de la tecnología médica durante los últimos años en relación a los tratamientos sustitutivos de la función renal. La prevalencia en las diversas modalidades de tratamiento se ha incrementado de 119 pacientes por millón de población en 1991 a 258 pacientes por millón de población para 1998. En Latinoamérica, el acceso al tratamiento sustitutivo es limitado y no cubre las necesidades de la incidencia de la insuficiencia renal crónica, y los programas de trasplante son insuficientes con respecto a su demanda, ya que no se cuenta con estrategias específicas en la obtención de recursos para el financiamiento de estos tratamientos. (Mazzuchi; et al, 2000; citado en García, H. & Calvanece, N., 2007)

Es así que el paciente en tratamiento de hemodiálisis es un caso representativo de lo difícil que resulta hacerle frente a las enfermedades crónicas. Se ve obligado a adaptarse a una serie de cambios y estresores, inherentes a la enfermedad, que afectan su Calidad de vida percibida relacionada a la salud como son: la amenaza constante de muerte; la dependencia a máquinas y personal sanitario; complicaciones en el acceso vascular; restricciones dietéticas; alteraciones en el funcionamiento físico; cambios en las relaciones sociales, familiares y laborales; problemas económicos; limitaciones en el tiempo; disfunciones sexuales; entre otros (Pérez et al., 2009; citado en Alfaro, P., 2011). Esto puede ocasionarse porque, a pesar de que ha evolucionado la tecnología que permite una mayor sobrevivencia de los pacientes, muchos de ellos presentan cuadros de ansiedad y depresión. (Cukor, Cohen, Peterson & Kimmel, 2007; Kimmel, 2001; Moreno et al., 2004, citado en Alfaro, P., 2011)

Estos cuadros están relacionados al aumento del rango de suicidios en este tipo de pacientes, expresados en la no adherencia a la hemodiálisis, incumplimiento en las restricciones dietéticas e intentos suicidas directos. (Páez et al., 2009; citado en Alfaro, P., 2011)

De otro lado, Moreno et al. (2004; citado en Alfaro, P., 2011) señalan que una alta incidencia de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y Terminal está asociada a un descenso generalizado en la actividad física, disminución de actividades sociales y pérdida de energía para mantener sus actividades cotidianas y laborales. De este modo, es posible observar que estos cuadros se asocian a un deterioro en la calidad de vida, una salud más pobre y por tanto, a un aumento en los riesgos de mortalidad. (Páez et al., 2009 citado en Alfaro, P., 2011)

Estos sucesos no son ajenos a nuestro país, ya que en el Perú el 95% de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y Terminal se atiende en el seguro social EsSALUD. La incidencia de pacientes con IRCT ha ido creciendo aproximadamente en un 10% por año, cifra equivalente a 500-600 personas adicionales al año. Alrededor del 80% de pacientes con IRCT siguen un tratamiento de hemodiálisis. Debido a las inadecuadas condiciones de los hospitales del estado, no es posible que se den abasto para atender a la gran demanda de pacientes, por lo que se terceriza el servicio a clínicas privadas. (EsSALUD, 2006; citado en Alfaro, P., 2011)

Pese a este incremento de casos de IRCT en los últimos años, el estudio de locus de control de la salud y de Calidad de Vida percibida de estos pacientes es deficiente. Por ello, resulta fundamental conocer el impacto que está generando la enfermedad sobre ellos y conocer los factores que están influyendo en la actitud que los pacientes toman frente a la alteración degenerativa en mención.

Uno de estos factores es la percepción de control sobre la salud, ya que es conocido por las características de la hemodiálisis, que los pacientes pueden percibir que no tienen control sobre la enfermedad y que están a disposición del personal médico y de las máquinas. En nuestro estudio, el control de la salud está determinado por los mismos pacientes, una causa divina, mala suerte, o por el nivel de eficiencia del personal médico y sus cuidadores. Otro factor observable es la percepción que tiene el paciente acerca de su propia calidad de vida, cómo ellos la califican en base a sus propias experiencias o al compararse con otras

personas que pueden estar padeciendo una enfermedad similar o no (Paredes, 2005; citado en Alfaro, P., 2011). En esta investigación, existen diversos aspectos que engloban la calidad de vida de estos pacientes, tales como aspectos físicos, emocionales y mentales; así como los niveles, que varían entre muy bajo a muy alto, en cada uno de ellos.

En ese sentido, el Locus de Control de la Salud es un constructo de mucha utilidad para conocer si nuestra población de estudio, a pesar de las dificultades previamente descritas, aún guarda una sensación de control sobre su salud y primordialmente para saber cuál o cuáles son las dimensiones que resultan ser más provechosas para ellos. Conocer la relación entre el locus de control de la salud y la Calidad de Vida percibida ayudaría a mejorar el ajuste de estos pacientes al tratamiento, por lo que sería de gran utilidad para ellos mismos, sus familiares y el personal a cargo. (Alfaro, P., 2011)

Por lo mencionado anteriormente se espera encontrar relación entre las variables de estudio, ya que el grado en que creemos tener control sobre la enfermedad repercute en los cuidados y cumplimiento del tratamiento, además de la actitud que se tiene frente a la vida y cómo uno mismo percibe la calidad de ella.

1.1.2.- Formulación del Problema

¿Cuál es la correlación entre el Locus de Control de la salud con la Calidad de Vida percibida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica?

1.1.3.- Justificación

Debido a datos alcanzados en EsSalud (2006) que indican que en nuestro país la incidencia de pacientes con IRCT ha ido creciendo aproximadamente en un 10% por año, lo que, a su vez, denota una gran demanda de pacientes que sufren esta enfermedad degenerativa, y por ende, los hospitales del Estado no se dan abasto para atenderlos a todos. Así mismo, a causa de que existen consecuencias físicas y psicológicas para estas personas, siendo estas últimas las que pueden ser modificadas por el paciente, ayudándolo a mantener un estado de salud en

condiciones adecuadas, o por el contrario, sumergiéndolo en el más doloroso de los males; es que es de suma importancia que investigaciones como esta se mantengan, se comparen con otras y se desarrollen en condiciones óptimas. Por ello, los aportes resultantes del presente estudio ayudan a entender la influencia psicosocial que genera la prevalencia de un determinado locus de control, así como la percepción de una adecuada o deficiente calidad de vida en estos pacientes. Ante ello, Alfred Adler, en la teoría cognitivo conductual, acentuó la importancia de la actitud de la persona frente al ambiente, lo cual catalogó como fuertes influencias para el comportamiento; es decir, el paciente tiene el poder mental sobre sí mismo, si mantiene una actitud positiva frente a su enfermedad, la asumirá de mejor manera obteniendo mejores resultados a comparación de que si mostrara una actitud negativa frente a la misma.

El resultado de esta investigación da un diagnóstico sobre la situación de los pacientes de la clínica en estudio, así mismo, da sugerencias sobre cómo abordar los resultados de las pruebas, reforzando los aspectos positivos y debilitando los negativos del locus de control y de calidad de vida; garantizando, así, recursos humanos y materiales destinados a que los pacientes guarden una sensación de control sobre su salud y vean su vida en general desde un aspecto positivo, de tal forma que puedan ayudarse ellos mismos a mejorar y ajustarse al tratamiento. De esta forma, la presente investigación contribuye al paciente, su grupo familiar, personal de salud, investigadores, y en general, a ciudadanos y diversas autoridades a poseer una mayor conciencia social-humanitaria sobre la problemática en cuestión con el propósito de mantener vigente las recomendaciones dadas o crear diversos estilos de abordaje inmediato con pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Frente a ello, Bandura en la teoría social del aprendizaje, señala cómo los niños y los adultos funcionan cognitivamente respecto a sus experiencias sociales y cómo estas cogniciones influyen los comportamientos y el desarrollo de los mismos; esto quiere decir que, tanto los estilos de abordaje que demos los psicólogos, las palabras de aliento y apoyo emocional por parte de sus familiares o cuidadores, y las formalizaciones institucionales en pro de la prevalencia de un locus de control adecuado y una mejor calidad de vida que presente el centro médico donde se trate el paciente; influenciarán en la mejora de nuestros sujetos de estudio.

Dado que la fundamentación general de nuestro estudio se basa en lo estipulado por Rotter, en la teoría social del aprendizaje, al afirmar que los resultados de la salud de una persona se podrían mejorar mediante el desarrollo de un sentido de control personal sobre la vida es que mediante esta investigación y sus resultados, se pretende, por un lado, generar sensibilización sobre la importancia de un mayor lugar de control interno, y por otro, desarrollar programas de prevención y mejoramiento del locus de control de la salud y reforzar las áreas débiles de la calidad de vida que presenten los pacientes.

Por otro lado, mediante la investigación se desea aportar conocimiento científico. Si bien desde 1951 y desde la época de los antiguos griegos, con un auge en la década de los 90, se han logrado integrar y formalizar las definiciones y teorías sobre el locus de control y calidad de vida respectivamente; será fundamental la gestión del conocimiento que de estos se obtengan para ser aprovechados en su máxima expresión. Así, dado que la información recabada es fiable, los resultados podrán generalizarse a principios más amplios, contribuir a desarrollar o apoyar dichas teorías, es decir, ofrecer la posibilidad de la exploración fructífera de las variables en cuestión.

Además, los resultados obtenidos sirven de incentivo y documentación a otros investigadores que deseen realizar estudios sobre las variables y/o población en cuestión en centros de salud con características similares. En el conductismo social, Mead afirma que el hombre es un intérprete de su medio y de sus relaciones con los demás; es decir, que para que se den estudios confiables como este, el investigador tiene que decodificar el contexto del paciente, a nivel cognitivo, físico, emocional y social.

1.1.4.- Limitaciones

Las variables a estudiar son complejas y multidimensionales, por lo que limitan el trabajo en lo siguiente:

- Los resultados sólo podrán ser generalizados a la población investigada y como referencia a poblaciones similares.

- La descripción y análisis de las pruebas utilizadas para medir cada variable están basadas en la teoría de Locus de Control de la salud de Wallston, Wallston & Devellis y por la teoría de Calidad de Vida percibida de Ware & Sherbourne.

1.2.- OBJETIVOS

1.2.1.- Objetivo General

Determinar la correlación de los indicadores de Locus de Control de la Salud con las áreas de Calidad de Vida percibida, en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica.

1.2.2.-Objetivos Específicos

- Identificar el nivel por escala de Locus de Control de la salud, en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica.
- Identificar el nivel por escala de la Calidad de Vida percibida, en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica.
- Determinar la correlación de los indicadores (Interno, Otros Poderosos y Azar) de Locus de Control de la salud con las áreas (Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental) de Calidad de Vida percibida en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica.

1.3.- VARIABLES – INDICADORES

Variable de estudio 1

Locus de control de la salud, medido a través de la Escala Multidimensional de Locus de Control de la Salud (MHCL).

Indicadores:

- Interno
- Otros poderosos
- Azar

Variable de estudio 2

Calidad de Vida percibida, medida a través del Cuestionario de Salud SF-36.

Indicadores:

- Función Física
- Rol Físico
- Dolor Corporal
- Salud General
- Vitalidad
- Función social
- Rol Emocional
- Salud Mental

1.4.- HIPÓTESIS**1.4.1.- Hipótesis General**

Hi₁: Existe correlación significativa entre el Locus de Control de la salud con la Calidad de Vida percibida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica.

1.4.2.- Hipótesis específica

Hi₁: Se correlacionan significativamente los indicadores (Interno, Otros Poderosos y Azar) de Locus de Control de la salud con los indicadores (Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental) de Calidad de Vida percibida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica.

1.5.- DISEÑO DE EJECUCIÓN

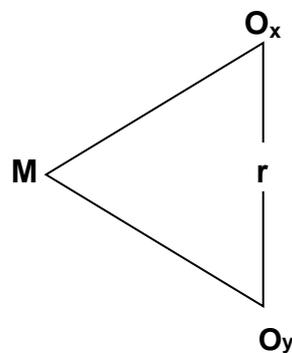
1.5.1.- Tipo de Investigación

El presente estudio de investigación es Sustantiva, toda vez que combina las características de la investigación pura y aplicada; es decir, se asuma una perspectiva teórica - científica, para describir y explicar un problema y al mismo tiempo, los resultados del estudio pueden ser de utilidad para la población sobre la que se realiza la investigación (Sánchez & Reyes, 2006).

1.5.2.- Diseño de investigación

El tipo de diseño de esta investigación es Descriptivo-Correlacional. Es Descriptivo ya que estudia un determinado fenómeno sin intención de manipularlo, sino que detalla el modo cómo se manifiesta. Y es Correlacional debido a que tiene como propósito, medir el grado de relación que existe entre dos variables de interés en una muestra de sujetos (Sánchez y Reyes, 2006).

Puede ser esquematizado de la siguiente forma:



Dónde:

M: Pacientes con tratamiento de hemodiálisis

Ox: Locus de Control de la Salud

Oy: Calidad de Vida percibida

r: Relación entre las variables

1.5.3.- Población – Muestra

1.5.3.1.- Población

La población del estudio estuvo conformada por 199 pacientes que padecen Insuficiencia Renal Crónica y Terminal, cuyas edades están comprendidas entre

los 21 y 75 años, y que, asistieron a la clínica en condición de tratamiento de hemodiálisis; en los meses de marzo a junio del 2014.

Criterios de Inclusión:

- Edad comprendida entre 21 y 75 años.
- Tener como mínimo 1 mes dializándose en la Clínica.
- Seguir su tratamiento de marzo a junio del 2014.
- Pacientes que cumplan los turnos mañana, tarde o noche.
- Haber completado todos los ítems de los instrumentos.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes en estados confusionales o graves.
- Pacientes que no quisieron colaborar.

Cuadro 1:

Tamaño poblacional de los sujetos de estudio, según el origen del sistema de salud.

ESSALUD		SIS	
N	%	N	%
106 ^a	53	93 ^b	47
199-100%			

Nota. Fuente: Pacientes con tratamiento de hemodiálisis, Clínica del Riñón Santa Lucía

^a Se aprecia que el número de pacientes pertenecientes a EsSalud es mayoritario.

^b La cantidad de pacientes pertenecientes al SIS es minoritario.

1.5.3.2.- Muestra

Para determinar el tamaño de muestra se hizo uso del muestreo aleatorio simple con afijación proporcional que es un muestreo probabilístico, donde cada uno de los elementos de la población tiene la misma probabilidad de constituir la muestra, y se aplicó, dada homogeneidad de los elementos que conforman la población, bajo estudio para los fines de la investigación; cuya fórmula es la siguiente:

$$n_0 = \frac{z^2 PQ}{E^2}, \quad \text{reajustándose a}$$

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}, \quad \text{dónde}$$

n_0 : Tamaño preliminar de muestra

P : Proporción de pacientes con la característica de interés.

E : Error de muestreo

N : tamaño de población

n : tamaño de muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se asumió una confianza del 95% ($Z=1.96$), un error de muestreo de 3.0% ($E=0.03$), y una varianza máxima ($PQ=0.25$) para asegurar un tamaño de muestra lo suficientemente grande respecto al tamaño de la población ($N=199$) de los referidos pacientes.

$$n_0 = \frac{1.96^2(0,25)}{0,03^2}$$

$$= 1067,1$$

$$n = \frac{1067,1}{1 + \frac{1067,1}{199}}$$

$$n = 168$$

por tanto la muestra está conformada por 168 pacientes, que fueron seleccionados aleatoriamente de la referida población en estudio.

Cuadro 2:*Tamaño muestral de estudio, según el origen del sistema de salud.*

ESSALUD		SIS	
F	%	F	%
90 ^a	54	78 ^b	46
168-100%			

Nota. Fuente: Pacientes con tratamiento de hemodiálisis, Clínica del Riñón Santa Lucía.^a Se aprecia que el número de pacientes evaluados pertenecientes a EsSalud es mayoritario.^b La cantidad de evaluados pertenecientes al SIS es minoritario.**Cuadro 3:***Tamaño muestral de estudio, según el factor género y edad.*

Género	ESSALUD				SIS			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
Edad	F	%	F	%	F	%	F	%
21-40	5	12	4	8	7	21	5	11
41-60	25 ^c	58	28 ^c	60	18 ^c	53	27 ^c	62
61-75	13	30	15	3	9	26	12	27
Total	43 ^b	100	47 ^a	100	34 ^b	100	44 ^a	100

Nota. Fuente: Pacientes con tratamiento de hemodiálisis, Clínica del Riñón Santa Lucía.^a Se aprecia que el número de pacientes mujeres es mayoritario tanto para EsSalud como para el SIS.^b La cantidad de pacientes varones es minoritario tanto para EsSalud como para el SIS.^c Existe mayor cantidad de pacientes cuyas edades oscilan entre los 41 y 60 años tanto para EsSalud como para el SIS.**Cuadro 4:***Tamaño muestral de estudio, según el soporte sociofamiliar*

Nivel de soporte socioeconómico	N°	%
Solo	10	06
Con familia nuclear	109 ^a	65
Con esposa	17	10
Con otros familiares	29	17
Con amigos	03	02
Total	168	100

Nota. Fuente: Pacientes con tratamiento de hemodiálisis, Clínica del Riñón Santa Lucía.^a Se aprecia que los pacientes que viven dentro de una familia nuclear son mayoritarios.

1.5.4.- Técnicas, Instrumentos, Fuentes e Informantes

1.5.4.1 Técnica

Evaluación Psicométrica

1.5.4.2 Instrumentos

1. ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE LOCUS DE CONTROL

a) Ficha técnica de la Escala Multidimensional de Locus de Control

Este instrumento fue desarrollado por Wallston, Wallston & Devellis en el año 1978. Se ha desarrollado para aprovechar las creencias de que la fuente de refuerzos para las conductas relacionadas con la salud es principalmente interna, una cuestión de azar, o el control de otros poderosos. Una de las adaptaciones al español fue la que se hizo con una muestra colombiana en el año 2002 por Rodríguez Rosero, Carvalho y Dela.

El ámbito de aplicación de la escala está dirigida para pacientes y población en general que se desempeñan en un nivel de lectura, como mínimo, de octavo grado; es decir, personas de 13 años a más. Consta de 18 ítems y su aplicación puede ser individual o colectiva. El tiempo de duración es variable, teniendo de estimado un tiempo entre 5 a 10 minutos. Las áreas que se evalúan son Interno, Otros Poderosos y Azar.

b) Descripción del Instrumento

La estructura del inventario es de 18 ítems, distribuidos en tres dimensiones. La primera, locus de control interno, la segunda dimensión es locus de control de salud otros poderosos, y la tercera es locus de control de salud de casualidad o azar, cada uno consta de 6 reactivos.

Los 18 ítems del instrumento cubren las siguientes dimensiones:

Locus de control de salud interno se refiere a la creencia de que la salud o enfermedad dependen de uno mismo, esta área se evalúa a través de los ítems: 1, 6, 8, 12, 13, 17.

Un locus de control de salud externo sería la creencia de que la salud no depende de uno mismo o que se puede ejercer poco control sobre ella, se divide en dos dimensiones:

Locus de control de salud otros poderosos, se refiere a la creencia que la salud depende de otras personas (médicos u otros profesionales de la salud) esta área se evalúa a través de los ítems: 3, 5, 7, 10, 14, 18.

Locus de control de salud de casualidad o Azar donde la salud depende del destino o azar, área evaluada a través de los ítems: 2, 4, 9, 11, 15, 16.

La puntuación de cada sub escala consiste en la suma de los valores marcados en cada ítem de la sub escala (los cuales pueden ir de 1 a 6), cuanto mayor sea el valor, mayor es la creencia de que cada dimensión controle la salud. Todas las sub escalas son independientes unas de otras. Por lo tanto se obtienen tres puntajes, no siendo posible obtener un “puntaje total” de la MHLC.

El criterio elegido para interpretar la información fue una división por quintiles, donde los puntajes del 6-11 fueron considerados como una Muy Baja creencia en cada una de las dimensiones, de 12-17 se consideró Relativamente Baja, de 18-24 se consideró Promedio, de 25-30 se consideró Relativamente Alta, y por último el rango 31-36 fue considerado Muy Alto.

c) Validez

La validez o exactitud definen que el instrumento mide aquello para lo que fue diseñado. En cuanto a la Validez del instrumento original se obtuvo que las dimensiones interna y de otros poderosos no correlacionaban entre sí ($r=,12$), la de otros poderosos y del azar sólo estaban correlacionados débilmente ($r=,20$) y las dimensiones interna y de casualidad correlacionaban negativamente ($r=-,29$)

(Wallston, Wallston & Devellis, 1978; citado en Alfaro, P., 2011). Además, siguiendo con la validez de constructo, se mostró que la dimensión interna estaba relacionada positivamente ($r=,40$) y la dimensión del azar negativamente ($r=-,28$) con un pequeño autoreporte sobre el estado de salud (Wallston, 2005; citado en Alfaro, P., 2011).

En la adaptación Colombiana, la confirmación de que estamos midiendo lo que nos proponemos fue hecho mediante un análisis de componentes principales donde los tres factores explicaban un 42.8% de la varianza total (Alfaro, P., 2011).

En cuanto a la validación actual, realizada en esta investigación, se hizo a través del método Ítem-test de Pearson, alcanzando coeficientes de correlación que oscilan entre ,48 a ,82; para ello se trabajó con la población muestra de 168 pacientes (Ver Anexo 05).

d) Confiabilidad

La consistencia de una prueba también llamada confiabilidad, supone el grado en el que la aplicación repetida de un instrumento de medición al mismo fenómeno genera resultados similares. En cuanto a la confiabilidad del instrumento original, se obtuvo un alfa de Cronbach de ,77 para la dimensión interna; ,67 para la de Otros Poderosos y ,75 para la de casualidad o azar (Alfaro, P., 2011).

En la adaptación colombiana el alfa de Cronbach fue de ,53 para dimensión interna; ,71 para la de otros poderosos y ,72 para la dimensión del azar o casualidad (Alfaro, P., 2011).

En cuanto a la fiabilidad de la prueba con los datos alcanzados en esta investigación, se utilizó el estadístico de Pearson en el Método de Mitades (Par-Impar) consecutivamente al resultado, se aplicó el estadístico de Spearman Brown, alcanzando los siguientes coeficientes en las escalas, garantizando así, la consistencia de la prueba: Locus de Control de la Salud Interno ,64; Locus de Control de la Salud Otros Poderosos ,56 y Locus de Control de la Salud de Casualidad o Azar ,59 (Ver Anexo 03).

2.- CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

a) Ficha técnica del Cuestionario de Salud SF-36

Este instrumento fue desarrollado por Ware & Sherbourne en el año 1992, en el *Health Institute New England Medical Center de Boston, Massachusetts*, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (MOS). Una de las adaptaciones al español fue la que se hizo en Instituciones de Salud de Medellín, Colombia en el año de 2005 por tres médicos, dos de ellos especialistas en medicina física y psiquiatría, y el tercero magister en salud pública: Lugo A.; García G. y Gómez R. El ámbito de aplicación del cuestionario está dirigido para pacientes y población en general cuyas edades oscilen entre los 14 años a más, y que sepan leer y escribir o que se encuentren óptimamente en sus funciones vitales. Consta de 36 ítems, y su aplicación puede ser individual o colectiva. El tiempo de duración es variable, teniendo como estimado de tiempo 20 – 30 minutos. Las áreas que se evalúan son Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental.

b) Descripción del Instrumento

La estructura del inventario es de 36 ítems, distribuidos en ocho escalas que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento.

Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas:

Función Física: Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos; esta área se evalúa a través de los ítems: 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j.

Rol Físico: Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del

deseado, o limitando el tipo de actividades que se pueden realizar o la dificultad de las mismas; esta área se evalúa a través de los ítems: 4a, 4b, 4c, 4d.

Dolor Corporal: Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar; esta área se evalúa a través de los ítems: 7, 8.

Salud General: Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual, las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar; esta área se evalúa a través de los ítems: 1, 11a, 11b, 11c, 11d.

Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo; esta área se evalúa a través de los ítems: 9a, 9e, 9g, 9i.

Función Social: Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual; esta área se evalúa a través de los ítems: 6, 10.

Rol Emocional: Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo; esta área se evalúa a través de los ítems: 5a, 5b, 5c.

Salud Mental: Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general; esta área se evalúa a través de los ítems: 9b, 9c, 9d, 9f, 9h.

Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. El ítem 2 no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36.

Respecto a la calificación, los ítems y las escalas del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuantos mayores sean, mejor estado de salud. El rango de las puntuaciones para cada escala oscila de 0 a 100. El Enfoque Rand: transforma el puntaje a escala de 0 a 100. Pregunta de 3 categorías se puntúan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntúan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100. Los ítems no respondidos no se consideran.

Algunas investigaciones (Laos, 2010; Salas, 2009; Torres, 2011; citado en Alfaro, P., 2011) han utilizado una división por quintiles para los puntajes de la prueba, donde los puntajes del 0-19 fueron considerados como una calidad de vida Muy baja, del 20-39 se consideró Relativamente baja, de 40 a 59 se consideró Promedio, del 60-79 se consideró Relativamente alta, y por último el rango de 80 a 100 fue considerado como Muy alto. Cabe mencionar que el cuestionario no está diseñado para proporcionar un índice global, aunque en ocasiones se han propuesto puntuaciones resumen de salud física y de salud mental, mediante la combinación de las respuestas de los ítems.

c) Validez

La validez o exactitud definen que el instrumento mide aquello para lo que fue diseñado. En cuanto a la Validez del instrumento original, el cuestionario mostró buena discriminación entre grupos de gravedad, correlación moderada con indicadores clínicos y alta con otros instrumentos de CVRS. Respecto a la validez predictiva, se ha encontrado que el cuestionario funciona como un predictor importante de mortalidad (Alfaro, P., 2011).

En la adaptación colombiana, la confirmación de que estamos midiendo lo que nos proponemos fue hecha mediante la obtención de la Consistencia Interna, efectuándose para ello un riguroso análisis para la selección de los indicadores. Así mismo se lograron ítems con un nivel de confianza de un mínimo de ,48 hasta ,82. (Lugo, L.; García, H. y Gómez, C.; 2005)

En cuanto a la validación actual, realizada en esta investigación, se hizo a través del método Ítem-test de Pearson, alcanzando coeficientes de correlación que oscilan entre ,45 a ,95; para ello se trabajó con la población muestra de 168 pacientes (Ver Anexo 06).

d) Confiabilidad

La consistencia de una prueba también llamada confiabilidad, supone el grado en el que la aplicación repetida de un instrumento de medición al mismo fenómeno genera resultados similares. En cuanto a la fiabilidad del instrumento original, esta se determinó a través del análisis de consistencia interna, mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach. Este coeficiente superó el valor mínimo recomendado de ,70 para todas las dimensiones en la mayoría de investigaciones, salvo en la dimensión de Función Social, siendo las más favorecidas las dimensiones de Rol Físico, Función Física y Rol Emocional, llegando a alcanzar valores hasta de ,90 (Mendoza, 2007; Vilagut et al., 2005; citado en Alfaro, P., 2011).

En la adaptación colombiana, el cuestionario mostró su fiabilidad en todos los grupos (mayor de ,70). El coeficiente de Cronbach de las escalas fue mayor que ,80 (el mínimo aceptado internacionalmente es ,70). Los valores mayores de ,90 fueron para Rol Físico, Dolor Corporal y Salud Mental (Lugo, L.; García, H. y Gómez, C.; 2005).

En cuanto a la fiabilidad de la prueba con los datos alcanzados en esta investigación, se utilizó el estadístico de Pearson en el Método de Mitades (Par-Impar) consecutivamente al resultado, se aplicó el estadístico de Spearman Brown, alcanzando los siguientes coeficientes en las escalas, garantizando así, la consistencia de la prueba: Función Física ,85; Rol Físico ,92; Dolor Corporal ,61; Salud General ,54; Vitalidad ,74; Función Social ,55; Rol Emocional ,93 y Salud Mental ,58 (Ver Anexo 04).

1.5.5.- Procedimiento

En primer lugar, se realizaron las coordinaciones con las autoridades del Centro de Salud origen de la población-muestra (Clínica del Riñón Santa Lucía de la ciudad de Trujillo). Luego se procedió a solicitar el consentimiento informado de los participantes evaluados del centro de salud y/o de los familiares.

Seguidamente se aplicaron los instrumentos para la recogida de datos. Previo a ello, se realizaron estudios de validez y confiabilidad de la Escala Multidimensional de Locus de Control MHLC y del Cuestionario de Salud SF 36, alcanzado índices adecuados.

Posteriormente se analizaron los resultados estadísticamente y se establecieron los niveles por escala, tanto de locus de control como de calidad de vida. Así mismo de las correlaciones entre las escalas de ambas pruebas siguiendo nuestros objetivos planteados.

Consecuentemente se realizó la discusión e interpretación de los hallazgos encontrados.

Finalmente se elaboró el informe respectivo de acuerdo a las normas del reglamento de Investigación de la Escuela de Psicología.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL CIENTÍFICO

2.- MARCO REFERENCIAL CIENTÍFICO

2.1.- ANTECEDENTES

2.1.1.- A nivel Internacional

Quesada D. y Tamayo G. (2012) en la Universidad Autónoma de Manizales, investigaron la “Calidad de vida relacionada con salud en personas con limitación en las actividades de la movilidad del Municipio de Neiva”. Los objetivos fueron establecer las características de calidad de vida relacionada con la salud y relacionarlas con variables sociodemográficas, de discapacidad y variables propias de la pertenencia al programa de atención integral a la discapacidad del Municipio de Neiva, se utilizó la primera versión al español del SF 36. Respecto a los resultados; las dimensiones del SF 36 con mejor puntaje fueron salud mental, vitalidad y función social. Se encontraron puntuaciones promedios bajas en dimensiones como función física, rol emocional y rol físico. La ocupación tuvo relación significativa con la dimensión de salud general ($p < 0,00$) y la correlación fue regular ($\eta^2 0,471$). La dimensión de dolor corporal fue presentó relaciones estadísticamente significativas con la limitación para caminar (p valor $0,022$), para estar de pie (p valor $0,021$) y para estar sentado (p valor $0,010$), sin embargo la fuerza de la asociación fue positiva pero muy débil ($\eta^2 \leq 0,17$).

Contreras, F. y et. al. (2007) en el Acta Colombiana de Psicología, investigaron los “Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis” en ella, tuvieron como propósito observar si los estilos de afrontamiento asumidos por un grupo de 41 pacientes con IRC guardan relación con su calidad de vida. Para ello, utilizaron los instrumentos SF-36 y CAE. Se observó un deterioro importante en la calidad de vida de estos pacientes; no obstante, su funcionamiento social se encontró preservado. De acuerdo con los resultados, el afrontamiento focalizado en la solución de problemas correlacionó positivamente con salud mental, mientras que la auto-focalización negativa se asoció inversamente con la mayoría de las dimensiones de calidad de vida evaluadas. La evitación y la religiosidad, como estilos de

atontamiento, presentaron resultados distintos a los hallados por otros autores. Se discuten las implicaciones de estos hallazgos.

García, H. y Calvanece, N. (2007) en la Universidad Metropolitana Simón Bolívar, investigaron la “Calidad de vida percibida y locus de control en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal: diálisis y trasplante renal”; en ella, formularon como objetivo fundamental el identificar y comparar la calidad de vida percibida de un grupo de sesenta pacientes sometidos a los diferentes tratamientos sustitutivos de la función renal. Los instrumentos que utilizaron fueron una adaptación y validación realizada al cuestionario “Kidney Disease Transplantation Questionnaire” KDTQ, y las escalas de locus de control interno y el locus de control de salud de otros con poder de la EMLCS. De los resultados obtenidos, el grupo de los pacientes trasplantados presenta los mejores índices de calidad de vida en las dimensiones física, psicoemocional, social, mayor bienestar subjetivo y menores trastornos emocionales que los pacientes en diálisis, hemodiálisis, y en diálisis peritoneal ambulatoria continua. Del análisis de asociación el locus de control: interno y externo atribuidos a otros con poder, se asocia con esta variable en los trasplantados.

Mera, M. (2007) en la Universidad Austral de Chile, investigó la “Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis”. Allí, presenta como propósito de su investigación el valorar la Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis, en el Centro Médico Dial-Sur, de la ciudad de Osorno. Para la recolección de los datos utilizó un instructivo, el Cuestionario de Antecedentes Personales y el Cuestionario de Salud SF-36. Fue aplicado a 22 pacientes. Respecto a los resultados, se puede concluir: que el Área Estado Funcional es percibida como de Regular a Mala (60,7%); el Área de Bienestar como Buena (40,9%), la Percepción de Salud General como Buena (31,8%) y el Cambio de Salud en el tiempo como Muy Buena (45,54%). En general se concluyó que la percepción de la calidad de vida es Buena. Los factores que se consideran tienen influencia en esta percepción son: escolaridad,

presencia de red de apoyo, estado civil, procedencia, patologías crónicas asociadas y tiempo en hemodiálisis.

Contreras F. y et al. (2006) en *Universitas Psychologica*, estudiaron la “Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis” en ella, asumieron el propósito de describir la calidad de vida de un grupo de 33 pacientes en tratamiento de hemodiálisis y observar si esta presentaba características distintas en función de la adhesión al tratamiento. Utilizaron el cuestionario de salud SF-36 y registraron datos bioquímicos y clínicos con base en los cuales los especialistas reportaron su criterio médico de adhesión. Observaron un deterioro importante en las dimensiones evaluadas, no obstante la función social se encontró preservada. Los resultados de la prueba t de Student para grupos independientes mostraron diferencias significativas en función física, entre los pacientes con y sin adhesión al tratamiento (n = 19 y n = 13 respectivamente). Así mismo, el primer grupo reportó mejor calidad de vida relacionada con salud mental, mientras que el segundo con aspectos físicos. Se discuten las implicaciones de estos hallazgos.

2.1.2.- A nivel Nacional

Alfaro, P. (2011) en la Pontificia Universidad Católica del Perú, investigó la “Calidad de vida relacionada a la salud y locus de control de la salud en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis” en ella, estudia la relación entre el Locus de Control de la salud (LCS) y la Calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en un grupo de pacientes con IRCT, en tratamiento de hemodiálisis. La muestra estuvo constituida por un grupo de 100 pacientes, entre 20 y 70 años, de cuatro centros de diálisis de la capital. Para medir la CVRS se usó el Cuestionario de Salud SF-36, adaptado por el equipo de Alonso (1995) y para medir el LCS se empleó la Escala Multidimensional de Locus de Control (EMLC) en la versión de Rodríguez-Rosero, Carvalho y Dela (2002). Los resultados de CVRS indican que las dimensiones de Función Física, Dolor Corporal, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental tienen una incidencia más elevada de puntajes relativamente altos o muy altos. Y respecto LOC, que un mayor locus interno y

una menor orientación externa, ya sea de otros poderosos o de casualidad, están asociados a mejores niveles de CVRS en diversas dimensiones.

Buiza, C. y et. al. (2006) en Essalud, Arequipa realizó la “Evaluación de la Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica” su investigación tuvo como objetivo tener una percepción global de la satisfacción en un determinado número de dimensiones clave con un énfasis particular en el bienestar del individuo. Se aplicó el Cuestionario Genérico de la Calidad de Vida SF- 36; a los integrantes de una muestra, según los grupos de estudio comprendió un total de 136 pacientes, que exhiben edades que oscilan entre 14 a 85 años con una media de 58.81 años. En cuanto a los resultados, la valoración global del estado de salud, para el grupo de investigación tiene en un 52.06 % en promedio una apreciación de buena calidad de vida; independientemente del modelo de atención en tanto que la percepción de la salud general informada por estos pacientes con respecto a las perspectivas de su salud en el futuro y la resistencia a enfermarse, es regular a baja. El rol físico alcanzó una de las medias más bajas de la población en estudio, se pudo observar que más de un 70% de los pacientes declaró que su salud física interfiere en el desempeño de su trabajo.

2.2.- MARCO TEÓRICO

2.2.1.- Abordaje de la Insuficiencia Renal Crónica o Terminal

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) o enfermedad renal terminal, es un problema de salud que implica el deterioro progresivo e irreversible del 90-95% de la función renal, siendo preciso instaurar un tratamiento sustitutivo con Diálisis o Trasplante para mantener la vida de los pacientes. (Mera, M., 2007, p.11)

Más específicamente, la IRC es la pérdida irreversible del filtrado glomerular de los riñones. Cabe mencionar que, en las fases iniciales de ésta, los pacientes suelen permanecer asintomáticos (etapa de disminución de la reserva renal). Cuando el filtrado glomerular es inferior a 30 ml/min. pueden aparecer

ciertos síntomas propios del síndrome urémico, como cansancio y pérdida del bienestar en relación con la anemia, así como alteraciones metabólicas (acidosis) y del metabolismo fosfocálcico. Por debajo de 15 ml/min es frecuente la aparición de síntomas digestivos tales como náuseas y pérdida del apetito; en fases más tardías aparecen síntomas cardiovasculares como disnea o edema; y neurológicos como es la dificultad para concentrarse, insomnio o somnolencia. La fase de Insuficiencia Renal Crónica Terminal se alcanza con un filtrado glomerular inferior a 5 ml/min. momento en el que el uso de la diálisis es inevitable. (Mera, M., 2007, p.11)

Este trastorno puede ser provocado por enfermedades sistémicas como Diabetes Mellitus, Glomerulonefritis crónica, Píelonefritis, Hipertensión no controlada, Obstrucción del tracto urinario, Lesiones Hereditarias como nefropatía poliquística, Trastornos Vasculares, infecciones, medicamentos o agentes tóxicos. (Mera, M., 2007, p.11)

Es así que, con todas las complicaciones que trae este problema de salud, el destino de estas personas, si no son tratadas, es tarde o temprano, la muerte. Sin embargo, este destino ha cambiado en forma espectacular con el advenimiento de los procedimientos de sustitución de la función renal mediante la Diálisis y el Trasplante Renal. Además, ambos tratamientos son complementarios; de manera que un paciente en Diálisis Crónica puede ser candidato a un trasplante y por otro lado, frente a un fracaso del trasplante, el paciente puede retornar a un programa de diálisis. Además, la implementación del trasplante renal permite aumentar los cupos disponibles para dializar a nuevos pacientes. (Cisternas y col., 1990, citado en Mera, M., 2007, p.11)

Por otro lado, se entiende que el objetivo del tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica es retener la función renal y mantener la homeostasis lo más posible, por ello debe identificarse y tratarse todos los factores que complican el problema y los que son reversibles (Mera, M., 2007, p.11). Así, surge la terapia de diálisis, que se utiliza en medicina como un método de depuración extrarrenal en las situaciones de uremia aguda y crónica.

En la práctica clínica existen dos tipos de diálisis según la membrana semipermeable utilizada. La Diálisis Peritoneal que utiliza el peritoneo (membrana natural); mientras que la diálisis con riñón artificial o Hemodiálisis, emplea dializadores fabricados por la industria con membranas artificiales (acetato de celulosa y otras). Con respecto a la Hemodiálisis (HD), el riñón artificial fue introducido por primera vez en una clínica por Kolff y Berk en 1942, para tratar la Insuficiencia Renal Aguda. Luego en 1960, gracias al desarrollo de los accesos vasculares (cánula arterio-venosa y luego fístula interna) se inició la Diálisis de mantención en pacientes crónicos. (Mera, M., 2007, p.12)

Para realizar este procedimiento se requiere que los pacientes posean un acceso vascular. Así desde la arteria puede salir la sangre hacia la máquina donde se realiza el proceso de HD y regresa luego por la vena del paciente; también es necesario para la depuración de la sangre, un filtro de HD con líneas arteriales y venosas; un líquido de diálisis que debe ser preparado con agua tratada con bajo contenido en solutos y bacterias, al que se agrega cantidades similares de aniones y cationes a los que se encuentran en la sangre, además de la máquina de HD. (Mera, M., 2007, p.12)

Aunque la HD con riñón artificial no haya podido corregir todos los problemas de la Insuficiencia Renal Crónica; la depuración de “toxinas urémicas” y la ultrafiltración son suficientes para mantener una Calidad de Vida adecuada, incluso con capacidad de trabajo, pero cabe recalcar que hay funciones metabólicas y endocrinas del riñón que no puede sustituir la hemodiálisis. (Cisternas y col., 1990, citado en Mera, M., 2007, p.12)

Por ello, aunque la esperanza de vida de los pacientes haya mejorado notablemente con los procedimientos de Diálisis y Trasplante Renal, la IRCT es una condición que amenaza la vida seriamente, con morbilidad y mortalidad elevadas. (Torres, 1993, citado en Mera, M., 2007, p.12)

Así, las personas sometidas a hemodiálisis crónica están preocupadas porque su estado médico es imprevisible y sus vidas están perturbadas. Debido a esto es frecuente que tengan problemas económicos, dificultades para conservar

su trabajo, disminución del deseo sexual e impotencia, depresión por llevar la vida de enfermos crónicos y temor a la muerte. Si se trata de un sujeto joven le preocupará el matrimonio, tener hijos y la carga que puede presentar su trastorno para la familia.

Además, el estilo de vida reglamentado que se precisa a causa de la diálisis frecuente y la restricción en el consumo de líquidos y alimentos suele ser desmoralizante para el paciente y su familia (Brunner Y Suddarth, 1998, citado en Mera, M., 2007, p.12). La diálisis impone modificaciones en el estilo de vida familiar. El tiempo que debe dedicarse a ella (dos a tres veces a la semana durante 3 a 4 horas aproximadamente) reduce las actividades sociales y puede originar conflictos, frustración, sensaciones de culpabilidad y depresión en la familia. Por ello es frecuente que familiares y amigos consideren al enfermo como una “persona marginal”, con una esperanza de vida limitada. También suele ser difícil que el paciente, cónyuge y familia expresen la ira y otros sentimientos negativos, que, si bien son normales en esta situación, con frecuencia son profundos y abrumadores, de manera que se requiere asesoría y psicoterapia. (Mera, M., 2007, p.13)

Todos estos factores derivados de la condición patológica del paciente como la implicancia que tiene en su estado psicológico y social, repercuten directamente en la calidad de vida de los mismos y en la forma cómo ellos enfrentan su enfermedad.

2.2.2.- Locus de Control

2.2.2.1.- Evolución y descripción del constructo de locus de Control

La primera descripción del constructo del Locus de Control (LOC) se debe a Phares (1951, citado en Heredia, J., 2002, p.7), quién demostró que las personas diferían en cómo daban respuesta a sus experiencias de éxito o fracaso. Más adelante, Rotter (1954, citado en Heredia, J., 2002, p.7), inició el estudio de este constructo desde el punto de vista teórico y hacia la década de los setenta, inicia el estudio a nivel empírico mediante investigaciones descriptivas y experimentales (Lefcourt 1987, citado en Heredia, J., 2002, p.7).

De esta manera, Rotter (1954, citado en Heredia, J., 2002, p.7), propuso en su teoría la existencia de dos fuentes de control: una externa y otra interna; la primera se presenta durante el proceso de desarrollo y adaptación del individuo al medio social, y la segunda se desarrolla a medida que el sujeto madura a nivel cognoscitivo y asimila las normas sociales impuestas por el medio. Posteriormente Rotter en 1962, introduce la teoría del control interno y externo, la cual propone que el individuo busca la causa que determina los hechos, circunstancias o acciones en el ambiente, o lo hace internamente. (Vivas y cols, 1998, citado en Heredia, J., 2002, p.7)

Luego, en 1966, Rotter describió el LOC como la explicación y descripción de las creencias más o menos estables del propio comportamiento del individuo. Esta teoría daba explicación a tres partes interconectadas: una filosofía social, una teoría de la personalidad y técnicas con las que se modifican la conducta. Esto supone que las personas se entienden mejor cuando se encaminan hacia sus objetivos, construyen su propia descripción de la realidad a partir de lo que han aprendido y se benefician de la adaptación, un mecanismo para manejar el mundo en el que se mueven. De igual forma propone una fórmula general, según la cual, el potencial para que una conducta ocurra, debe existir una situación psicológica específica en función de la “expectativa” de que dicha conducta llevará a un reforzamiento particular en esa “situación”, y el “valor” que tiene para el sujeto dicho reforzamiento. Esta fórmula introduce tres conceptos básicos: Expectativa de refuerzo, valor del refuerzo y situación psicológica. (Leal y cols., 1999, citado en Heredia, J., 2002, p.8).

Así, la expectativa de refuerzo se define como la probabilidad que el individuo ve, que un refuerzo particular ocurra en función de una conducta específica propia. El valor del refuerzo estaría dado por el grado de preferencia de una persona hacia un refuerzo en especial para que éste suceda, teniendo en cuenta que las probabilidades de ocurrencia de todos los refuerzos fueran iguales. Mientras que la situación psicológica hace referencia al modo como el sujeto percibe y valora la situación (Pérez 1984, citado en Heredia, J., 2002, p.8).

En el caso de nuestros pacientes, la conducta que tomarían estaría dada por las acciones que ellos realicen para lograr la expectativa de salud que anhelan, como: seguir con su dieta, acudir a su tratamiento, tener revisiones periódicas con el nefrólogo, entre otros. La expectativa de refuerzo se daría por los resultados beneficiosos del tratamiento, puesto que estos pacientes anhelan mejorar su salud; el valor del refuerzo sería la preferencia que tiene el paciente para obtener esos resultados beneficiosos del tratamiento, ellos escogerían mejorar o mantenerse estables; y la situación psicológica se establecería por la importancia que los pacientes tienen por lograr esos resultados beneficiosos, lo cual significaría la mejoría o estabilidad de su salud.

Levenson, en 1974 (citado en Heredia, J., 2002, p.8) da una nueva definición del constructo describiéndolo como: “el grado hasta el cual una persona percibe los eventos de su propia vida como consecuencia de sus propias acciones o como resultado de su propia acción, o como resultado de la acción de fuerzas externas; por lo tanto, una persona es interna en la medida en que se siente responsable del control de su propia conducta”.

Posteriormente, Rotter y Sarbin (1975, citado en Heredia, J., 2002, p.8), en otro estudio, proponen dos fuentes de control básico: por un lado externo, identificado en la formación temprana de los individuos que durante la infancia sufren un proceso de formación y adaptación a su contexto social; y la otra fuente de control surge a medida que el individuo asocia situaciones similares identificando las conductas aprobadas en su contexto social. Es por esto, que gracias a la interiorización el sujeto logra identificar comportamientos específicos que le permiten predecir las reacciones aprobadas o reprobadas ante una conducta. (Cifuentes y cols 1994, citado en Heredia, J., 2002, p.8).

Siguiendo a Rotter (1975, citado en Heredia, J., 2002, p.8), quien define al Locus de control como “la creencia que tiene el individuo acerca de si existe relación o no, entre su comportamiento y los refuerzos que percibe, identificando la internalidad como los eventos o conductas atribuidas a sí mismo, y la externalidad definida como la percepción de eventos o conductas que han sido generadas por la suerte, azar u otras personas”; es que puede afirmarse esta

teoría en nuestra población de estudio. Estos pacientes presentan la certeza de que el mantenimiento de su salud o la gravedad de su enfermedad dependen de ellos mismos (internalidad), o se atribuye a causas externas como los médicos y personal de salud, sus familiares o cuidadores, así como al destino, suerte, o acción divina.

Posteriormente, en trabajos como los de Jonson, Larid & Wason (1977, citado en Heredia, J., 2002, p.9) o los de Harris y Mónaco (1978, citado en Heredia, J., 2002, p.9), se plantea una perspectiva del proceso de atribución bajo la integración del trabajo con la psicología social, de la personalidad y cognoscitiva. Desde este punto de vista una concepción adecuada del proceso de atribución causal requiere el conocimiento de que cualquier evento o comportamiento por sí mismo es ambiguo con respecto a la asignación de causa, es decir, dado cualquier evento, existe un gran número de factores posibles que lo causan (Cifuentes y cols, 1994, citado en Heredia, J., 2002, p.9). Este autor presenta relación con lo afirmado por Kendal respecto a la atribución de causalidad, ya que este último postula que debe tenerse en cuenta que un evento o conducta es ambiguo con respecto a la asignación de su causa, es decir, que hay multitud de factores que se han procesado internamente. En efecto, un paciente puede estar la mayor parte del tiempo asistiendo a su tratamiento de hemodiálisis pero manifestando un severo caso de depresión. Las causas pueden ser múltiples: puede ser que hace poco le hayan diagnosticado insuficiencia renal crónica o terminal y aún no acepta su realidad; por otra parte puede tener muchos años dializándose y sólo vea que empeora; así mismo, si es joven puede mirar con pesimismo su futuro, y si es anciano, puede ver cada vez más cerca la muerte.

Cabe mencionar que a finales de los años cincuenta, surge la tercera generación de la psicología conductual, la cual se denominó Conductismo Social, la misma que respondía a la necesidad de una filosofía teórica del comportamiento social humano, reconociendo como principal exponente a Staats (Barrientos 1994, citado en Heredia, J., 2002, p.9). Durante esa generación, nació el constructo de Locus de Control planteado por Rotter (1954, citado en Heredia, J., 2002, p.9), dentro de la teoría del rol que se compone por conceptos relacionados, tales como: variables, antecedentes internos y externos; acción

cognoscitiva mediadora en la cual se interpreta la información, se identifican las demandas del medio, las expectativas sobre sus actos y la congruencia del rol social con el Locus de Control desarrollado por el individuo, sea interno o externo. (Barrientos 1984, citado en Heredia, J., 2002, p.9).

Luego, en 1972, Bandura (citado en Heredia, J., 2002, p.9) señaló que las fuentes de socialización primaria ejercen un control externo del individuo (como los padres, familiares, grupos de amigos y la escuela). Plantea, además, que con el proceso de socialización secundaria, el sujeto va adquiriendo su representación de valores y principios que le permiten hacer una atribución de su conducta tanto a agentes internos como externos que, en últimas, fundamenta el Locus de Control que ha desarrollado.

Por su parte, Kendal (1981, citado en Heredia, J., 2002, p.10), integró los puntos de vista de los psicólogos sociales, de la personalidad y cognoscitivos, para llegar a la conceptualización de los estilos atribucionales y presentar una perspectiva novedosa del proceso de atribución (Vivas y cols., 1998, citado en Heredia, J., 2002, p.10). Según Kendal, para conceptuar la atribución de causalidad debe tenerse en cuenta que, como se mencionó, un evento o conducta es ambiguo con respecto a la asignación de su causa, es decir, que hay multitud de factores que se han procesado internamente (Doku y cols, 2002, citado en Heredia, J., 2002, p.10). Los estilos atribucionales, son entonces, las tendencias a hacer clases particulares de inferencias causales a través del tiempo y de las diferentes situaciones, es decir, la consistencia de los contenidos atribucionales es dada particularmente por el individuo (Lefcourt 1981, citado en Heredia, J., 2002, p.10).

En resumen, el LOC se refiere a las creencias relativamente estables de los individuos, relacionadas con su capacidad para lograr afectar sus experiencias (Lefcourt, 1984, citado en Heredia, J., 2002, p.10). Es decir, algunas personas con puntos de vista pesimistas extremos (externalidad) pueden no creer que exista algo que puedan hacer para lograr afectar lo que les sucede en la vida. Por otra parte, las personas con un LOC interno, tienen una mayor probabilidad a persistir frente a los obstáculos y se mantienen firmes en su búsqueda de objetivos.

Puesto que se consideran a sí mismas capaces de afectar las consecuencias, se esfuerzan para hacer que los resultados salgan en la forma como ellas desean (Heredia, J., 2002, p.10).

2.2.2.2.- Teorías sobre el constructo Locus de Control

Se han sugerido tres enfoques en la concepción de la atribución causal como influencia sobre el locus de control; desde lo cognoscitivo, lo social y el conductismo social.

a) La teoría cognitiva social

Proviene de la teoría social del aprendizaje, que tiene sus raíces en los años sesenta; y la cual en 1988 Bandura lanza oficialmente en su publicación “Fundamentos del pensamiento y la acción social: una teoría cognitiva social”. El desarrollo de la teoría fue bajo la tutela de la psicología comportamental introducida por John Watson en 1930, la cual apoyaba que el comportamiento se puede explicar en términos de actos observables que son susceptibles de descripción. (Crosble - Brunett y Lewis, 1993; Thomas, 1990, citado en Heredia, J., 2002, p.11)

La psicología social también hizo grandes aportes a la teoría. En 1890, William James, habló sobre el “yo social” y su interacción con factores personales y ambientales. Este trabajo se desarrolló más a fondo por Kurt Lewin (1890 – 1937), con la teoría de campo de la Gestalt que se focalizó en el individuo y los procesos de figura-fondo. (Heredia, J., 2002, p.11)

Por su parte, Alfred Adler (1870 – 1937), introdujo varios conceptos que aún hoy se mantienen en la teoría; postuló que el comportamiento de una persona es motivado en sus acciones por la búsqueda constante de alcanzar una meta (Crosble - Brunett y Lewis, 1993, citado en Heredia, J., 2002, p.11), lo cual es cierto, y se muestra en nuestra población de estudio; estos pacientes, al padecer de insuficiencia renal crónica o terminal tendrán una meta en común: seguir viviendo. Alfred Adler también acentuó la importancia de la actitud de la persona

frente al ambiente, lo cual catalogó como fuertes influencias sobre el comportamiento. Es en este postulado que se fundamenta la dimensión “Otros Poderosos” del Locus de Control de la salud, ya que se evidencia una determinada actitud frente al mundo circundante de estos pacientes. Ellos, al creer que la estabilidad de su estado de salud o el declive de ésta dependen en gran medida de la acción y cuidados que tengan con ellos los médicos, personal de salud, familiares o cuidadores, descuidan su propio accionar en pro de su bienestar, tomando una actitud neutral o desinteresada frente a su tratamiento. Es decir, los pacientes creen que no importa lo que ellos mismos hagan por mejorar su estado de salud, quienes tienen el poder de mantenerlos estables o no son los médicos y cuidadores.

Alfred Adler, además, asumió los pensamientos, sensaciones y comportamientos de la persona como elementos de constante transacción entre el individuo y sus alrededores físicos y sociales, lo que convierte a estos factores como elementos de mutua influencia (Heredia, J., 2002, p.11).

b) La teoría social del aprendizaje

Fue lanzada en 1941 por Dollard y Miller, siendo esta una teoría que incorporó dentro de los principios del aprendizaje términos como refuerzo, castigo, extinción e imitación de modelos (Crosble – Brunett y Lewis, 1993, citado en Heredia, J., 2002, p.11). La teoría intentó explicar cómo tanto animales como humanos modelan sus comportamientos de acuerdo a los refuerzos ambientales que reciben. Según Dollard y Miller (1941, citado en Heredia, J., 2002, p.12), el comportamiento humano es motivado por mecanismos impulsores o motivadores, y respuestas que son reacción a dichos estímulos.

La perspectiva actual de la teoría social del aprendizaje, se refiere a subconjuntos de la teoría misma, que se basan en principios sociales del aprendizaje que ponen énfasis en variables cognitivas, mientras que el conductismo radical se basa únicamente en la unidireccionalidad existente entre E-R (Estímulo-Respuesta), lo que representa al comportamiento humano como una reacción simple a los estímulos ofrecidos por el exterior; la teoría social del aprendizaje afirma que entre E-R existe un mediador (cognición humana), que

puede de cierta manera ejercer control sobre los estímulos y las respuestas dadas a éstos. A esta última afirmación se suscriben varios autores (Woodward 1982, Jones 1989, Perry y cols 1990, Thomas 1990, Crosble-Brunett y Lewis 1993, citado en Heredia, J., 2002, p.12), que comparten las siguientes acepciones:

- Las consecuencias de la respuesta influyen la posibilidad que una persona realice un comportamiento determinado en una situación dada.
- Los seres humanos aprenden comportamientos no sólo cuando los realizan personalmente, sino también cuando los observan en otras personas. Este tipo de aprendizaje se llama "Aprendizaje vicario".
- Los individuos aprenden más fácilmente comportamientos que se identifiquen con su modelo de comportamiento. Es decir, que la identificación con comportamientos de otras personas depende del grado de similitud con las propias conductas.

Por su lado, Rotter, se centró en la aplicación de la teoría a la psicología clínica, desde allí introdujo las ideas de aprendizaje a las nociones de refuerzo y lugar geométrico de control interno o externo, lo que refería a cambios influidos por uno mismo o influenciados por el medio o por personas externas. Según Rotter, los resultados de la salud de una persona se podrían mejorar mediante el desarrollo de un sentido de control personal sobre la vida (Rotter, 1990, 1992, citado en Heredia, J., 2002, p.12). Y es en esta afirmación que se basa la dimensión de "Internalidad" del Locus de Control de la salud. En efecto, los evaluados, al creer que sus acciones y pensamientos influyen en el mantenimiento de su estado de salud, es que toman acciones definidas en pro de combatir su enfermedad, porque están convencidos que ellos mismos tienen la capacidad de contrarrestarla.

Por otro lado Bandura (1963, citado en Heredia, J., 2002, p.13), enfoca su trabajo en conceptos cognoscitivos, centrandose su teoría en cómo los niños y los adultos funcionan cognitivamente respecto a sus experiencias sociales y cómo estas cogniciones influyen los comportamientos y el desarrollo de los mismos (Bandura y Walters 1963, Bandura 1989, citado en Heredia, J., 2002, p.13). Así mismo, en esta teoría está basada la dimensión "Otros Poderosos" del Locus de Control de la salud. Ya que estos pacientes, han aprendido, a nivel cognitivo, de

su grupo primario, secundario y/o terciario a delegar su propia responsabilidad a otros.

La teoría de Bandura fue la primera en incorporar la noción de modelamiento o aprendizaje vicario, como una forma de aprendizaje social; además, introdujo conceptos como el determinismo recíproco, la autoeficacia y las ideas de que puede haber variación temporal significativa entre el lapso de tiempo entre E-R. Los trabajos realizados por Bandura, han estimulado una enorme cantidad de investigaciones sobre el aprendizaje y el comportamiento, que han promovido variadas técnicas de cambio de comportamiento.

Los propósitos básicos de la teoría son, entender y predecir comportamientos del individuo y del grupo, identificar los métodos por los cuales el comportamiento puede ser modificado y la utilización del método en la intervención, como objetivo del desarrollo de la personalidad, la patología del comportamiento y la promoción de la salud. (Citado en Heredia, J., 2002, p.13)

Desde la psicología social, la atribución se entiende como la inferencia de intenciones y de rasgos que proporcionan información sobre las disposiciones del sujeto y las causas de la conducta emitida por este. Diferentes estudios como los de Jones y Davis (1965); Kelley (1967, 1973); Anderson (1968, 1974); Jones y Nisbett (1972); entre otros, corroboran estos postulados. Cada individuo busca afrontar el ambiente y desarrollar superioridad en una forma única, por lo que Adler (1931), incorpora otro concepto: estilo de vida. Cada individuo comparte el objetivo común de la lucha por la superioridad, aun cuando hay diferentes formas de poder lograr ese objetivo (citado en Heredia, J., 2002, p.13).

El estilo de vida actúa como un filtro perceptivo, es decir, influyendo en las formas en que vemos al mundo. Estos estilos de vida diferentes se desarrollan temprano en la infancia. Adler (1931, citado en Heredia, J., 2002, p.13), sugirió que el estilo de vida se encuentra establecido con bastante claridad para cuando un niño tiene cinco años, después permanece relativamente constante, puede ser cambiado pero con un arduo trabajo y auto examinación.

Así, el estilo de vida resulta de una combinación de factores: la orientación hacia el objetivo interno del individuo con sus finalismos ficticios particulares y las fuerzas del ambiente que ayudan, impiden o alteran la dirección del individuo. Cada estilo de vida es único debido a las influencias del yo interno y sus constructos. (Citado en Heredia, J., 2002, p.14)

Por ello, se pueden distinguir cuatro tipos de estilo, los cuales tres, Adler (1931, citado en Heredia, J., 2002, p.14), los denominó estilos erróneos. Estos incluyen el tipo dirigente: individuos agresivos, dominantes, que tienen poco interés social o percepción cultural; el tipo obtenedor: individuos dependientes que toman en lugar de dar; y tipo evitativo: personas que tratan de escapar de los problemas de la vida y participan en pocas actividades constructivas desde el punto de vista social. El cuarto estilo de vida fue llamado el tipo socialmente útil: personas que tienen una gran cantidad de interés y actividad social (Engler, 1996, citado en Heredia, J., 2002, p.14). Teniendo en cuenta este otro punto de vista se habla de un “estilo de vida” definido como un conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona; definiendo pautas como las formas recurrentes del comportamiento humano.

Los estilos de vida se basan según este enfoque en:

- Reacciones habituales individuales.
- Pautas de conductas aprendidas relacionadas con los grupos sociales con los que se ha interactuado.

Es entonces, cuando se habla de un objetivo de *Estilo de Vida Saludable*, denominado como aquel que permite involucrarse en la manera de vivir de las personas, en las pautas de conducta, que tanto individual como colectivamente, de forma cotidiana, mejoran la calidad de vida. (Citado en Heredia, J., 2002, p.14)

Así mismo es importante mencionar que los comportamientos protectores de la salud, dependen también de factores motivacionales para hacerlo. Sin embargo estas pautas de comportamiento, así como se aprenden, también se desaprenden. (Rodríguez, 1995, citado en Heredia, J., 2002, p.14)

c) El conductismo social

Mead, Hebert (1863-1891, citado en Fasce, E., 2001, p.15) dio origen a un nuevo conductismo que se denominó Conductismo Social. En esta concepción el hombre deja de ser un reactor o individuo que reacciona ante el ambiente en función de instintos incontrolables o de estímulos que se sitúan fuera de él, para convertirse en un intérprete de su medio y de sus relaciones con los demás. En este postulado se basa la escala “Casualidad o del Azar” del Locus de Control de la salud, al enfatizar que el paciente no sólo es un reactor, ni un imitador de conductas sino que también intervienen en él la cognición. Y si en ésta imperan creencias que atribuyen la causa de su enfermedad a la suerte o azar, entonces los sujetos de estudio pierden interés en actuar ellos mismos para combatir su enfermedad. Así mismo, Mead sostiene que la relación entre los seres humanos se construye conjuntamente durante la interacción a la que se añade el elemento simbólico, pues se da una conversación de gestos y de lenguajes que poseen símbolos y significantes.

2.2.3.- Calidad de Vida

2.2.3.1.-Salud, estado de salud y calidad de vida

En la literatura científica existe cierta confusión a la hora de utilizar términos como salud, estado de salud, calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud. Con frecuencia estos términos se usan indistintamente como si de sinónimos se tratara, y esta situación no ayuda sino a la confusión terminológica en cuestiones ligadas a la salud, que ya de por sí son objeto de viva controversia entre los diferentes profesionales que toman parte en cuestiones relativas a ésta. (Buiza, C. y col., 2006, p.109)

La definición de salud más aceptada y difundida es en la actualidad la desarrollada por la OMS, en la que se define la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. Teniendo en cuenta la anterior definición se ha asociado el estado de salud a aquellas medidas objetivas obtenidas únicamente por el médico, es decir, las medidas bioquímicas, fisiológicas y anatómicas de los individuos (Badía, 1995,

citado en Buiza, C. y col., 2006, p.109), dejando de lado todas las medidas subjetivas, por ejemplo, el dolor.

Según Bergner (1989, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.109), el concepto “estado de salud” contiene todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente de la misma aunque puedan interaccionar con ella. Con este concepto se describe la salud tal y como se ha medido tradicionalmente, de forma objetiva, bien como diagnóstico o como puntuación en una escala. (Lawton, 2001, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.109)

La calidad de vida es un concepto más amplio e incluye no sólo el estado de salud sino también la economía, la educación, el medio ambiente, la legislación, el sistema de salud. Hörnquist (1989, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.109) la define como la percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar del individuo. Esta definición incluye las causas externas al individuo que pueden modificar su salud o su estado de salud.

Aunque no hay todavía ningún acuerdo general respecto a la definición precisa de la calidad de vida, resulta útil perfilar algunas cuestiones o ideas clave (Cummins, 1997, 1999, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.109):

- La calidad de vida es un concepto multidimensional y generalmente se considera que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos.
- Generalmente se está de acuerdo en que la calidad de vida comprende un número diverso de ámbitos de la vida, aunque exista todavía alguna discrepancia acerca del número real y las características de tales ámbitos.
- La calidad de vida debe reflejar las normas culturales de bienestar objetivo.
- Dentro de la dimensión subjetiva, las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida. Es decir, algunos ámbitos son considerados más importantes para algunos individuos que para otros.
- Cualquier definición de calidad de vida debe ser aplicable por igual a todas las personas, cualesquiera que sean sus circunstancias vitales.

2.2.3.2.- Calidad de Vida relacionada con la Salud

La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto que se nutre de los tres anteriores (salud, estado de salud y calidad de vida) y que agrupa tanto los elementos que forman parte del individuo, como aquellos que, externos a éste, interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud (Badía, 1995, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.110). Patrick y Erickson (1993, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.110) definen la calidad de vida relacionada con la salud como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional, y la disminución provocadas por una enfermedad, accidente, tratamiento o política. La calidad de vida relacionada con la salud es un constructo latente, no observable directamente, que solamente puede ser deducido de manera indirecta a través de indicadores. Representa, asimismo, un constructo multidimensional (Siegrist, Broer y Junge, 1996, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.110).

Durante la pasada década uno de los temas dominantes de investigación ha sido el estudio de cómo los síntomas de diferentes enfermedades y algunas terapias influyen en la calidad de vida cotidiana (Spilker, 1996, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.110). Estas influencias; y muchas más como: si nota mejoría debido al tratamiento o no, si tiene un familiar o a alguien que lo atienda, si persisten en el paciente estados de depresión o ansiedad, si realiza actividades que lo satisfagan, entre otros factores; determinan la Salud general o global de la calidad de vida que nuestros pacientes perciben, ya que, aunque existan personas optimistas y con mucha fe en su recuperación, las dolencias físicas, entre otros síntomas propios de la insuficiencia renal terminal, llevan a que el paciente afronte su realidad, aquella que en casos extremos, es una muerte cercana. Es por ello que la Salud General, una de las áreas de la calidad de vida se fundamenta en lo siguiente: “La calidad de vida relacionada con la salud se refiere al hecho por el cual la disfunción física, el dolor y el malestar provocan limitaciones de las conductas cotidianas, actividades sociales, bienestar psicológico y otros aspectos del día a día de los sujetos y su calidad de vida global, juzgada por el propio sujeto” (Lawton, 2001, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.110).

Según Lawton (2001, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.110), existen tres conceptos críticos en la definición de calidad de vida relacionada con la salud:

1. El impacto en la calidad de vida se debe a una enfermedad o un tratamiento.
2. Los efectos resultan de una disminución de la ejecución “normal” del sujeto.
3. Los juicios sobre calidad de vida relacionada con la salud pueden ser únicamente realizados por el propio sujeto.

2.2.3.3.- Dominios condicionantes de la calidad de vida relacionada con la salud

Lawton (2001, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.111) sugiere la existencia de cuatro categorías en las que se engloban muchos otros dominios específicos:

1. *Calidad de vida física.* Estados de salud y calidad de vida relacionada con la salud. Es el dominio más ligado a la biología. Dolor, síntomas, limitaciones funcionales y función cognitiva aparecen en casi todas las listas de dimensiones físicas de la calidad de vida.
2. *Calidad de vida social.* Incluye indicadores relativamente objetivos de enganche con el mundo externo. El nivel óptimo varía claramente según los individuos, por lo que alcanzar “el máximo” no es necesariamente lo mejor para todos. Las medidas incluyen tamaño de la red social, frecuencia de contactos, participación en actividades y espacio social.
3. *Calidad de vida percibida.* Generalmente representa el análogo subjetivo de la calidad de vida social, como la calidad familiar, de los amigos, del tiempo, y la seguridad económica.
4. *Calidad de vida psicológica.* Se compone de los afectos posibles y de los síntomas disfóricos y necesidades personales que tienen un efecto más generalizado en la calidad de vida global.

2.2.3.4.- Modelos Teóricos de Calidad de Vida

Existen diferentes marcos de trabajo y propuestas teóricas en la investigación de calidad de vida. A continuación se ofrece una revisión general de los modelos existentes.

a) Modelo ecológico de Lawton

Se trata de una de las más fructíferas aportaciones, que explica el comportamiento adaptativo y el afecto positivo como resultantes del acoplamiento entre el grado de competencia y el grado de presión ambiental. Propone una definición de calidad de vida como juicio subjetivo y valoración multidimensional en base a criterios intrapersonales y socionormativos, del sistema persona ambiente del individuo, en relación con el tiempo anterior, actual y futuro, y la mide a través de cuatro áreas: competencia comportamental, calidad de vida percibida, ambiente objetivo y satisfacción/bienestar global (Buiza, C. y col., 2006, p.113).

En ese sentido, existen pacientes con insuficiencia renal crónica o terminal, que a pesar de la gravedad de esta enfermedad, se adaptan a su realidad, buscando satisfacer las demandas externas de acuerdo a sus posibilidades. Esto sucede en mayor medida con aquellas personas que tienen más de 1 año en tratamiento, puesto que ya aceptaron su realidad y por las ganas de vivir que tienen, se aferran a la vida y realizan actividades en pro de su salud: cumplen con su dieta; continúan su tratamiento; buscan medios necesarios para una donación de riñón; mantienen una vida social activa; disfrutan de su familia y de sus pasatiempos favoritos; trabajan, de acuerdo a sus capacidades, si lo necesitan o para sentirse útiles o para distraerse.

La competencia comportamental se manifiesta con las actitudes, valores, intereses y motivaciones con que los pacientes cumplen satisfactoriamente determinada actividad para mejorar o mantener estable su salud. La calidad de vida percibida, como dijo Lawton (2001), es la percepción positiva que tiene el paciente acerca de su calidad de vida familiar, de los amigos, del tiempo y la seguridad económica. El ambiente en el que se desenvuelve le facilita en sus actividades para contrarrestar su enfermedad; el objetivo que tiene el paciente es fiable; y como consecuencia, éste obtiene una sensación de satisfacción a nivel global.

b) Modelos comportamentales

La calidad de vida también ha sido conceptualizada de manera comportamental (Kaplan, 1994; Csikszentmihalyi, 1998; Reig, 2000, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.113), defendiendo que la calidad de vida no depende sólo del bienestar psicológico o de la satisfacción, sino también, y sobre todo, de lo que uno hace para vivir una vida de calidad. Desde esta perspectiva, lo que hacemos y cómo experimentamos lo que hacemos (la calidad de nuestra experiencia) pasa a ser el objeto de estudio de la calidad de vida (Reig, 2000, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.113). El autocontrol y el bienestar general provenientes de una adecuada Salud Mental de la calidad de vida se fundamenta en lo expuesto, ya que los pacientes pueden presentar facilidad para manejar adecuadamente la ansiedad y depresión que pueden devenir de la enfermedad terminal al realizar satisfactoriamente actividades placenteras y deberes. Aquí se tendrían dos vertientes de satisfacción: la actividad misma y la complacencia de realizar dicha actividad.

La calidad de vida, desde este posicionamiento comportamental pasa a ser: hacer las cosas que tenemos, queremos o podemos hacer. La salud, las creencias positivas o las existenciales, los recursos materiales, las habilidades sociales o el apoyo social, van a ser importantes aunque no determinantes para una vida de calidad. Estas variables serían recursos para una vida de cantidad y de calidad.

c) Modelos de bienestar

La felicidad, el bienestar psicológico o material y la salud, apoyan poderosamente la posibilidad de vivir una vida de calidad (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.114). La personalidad parece desempeñar un papel importante como compendio de nuestra manera habitual de ser, actuar, sentir y pensar, tanto en la cantidad como en la calidad de vida (Barefoot, Maynard, Beckman, Brummelt, Hooker y Siegler, 1998, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.114).

Según el *modelo de satisfacción* desarrollado por Lehman, Ward y Linn (1982, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.114) y por Baker e Intagliata (1982, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.114), la calidad de vida incluye tres aspectos: características personales, condiciones objetivas de vida en varios aspectos de la vida y satisfacción con las condiciones de vida en dichos aspectos (Lehman, 1988, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.114). El modelo se basa en la suposición de que el nivel de calidad de vida experimentado por un individuo depende de si sus condiciones reales de vida satisfacen sus necesidades, carencias y deseos.

Sin embargo, el modelo omite cuáles son las necesidades, carencias y deseos que tiene realmente la población diana, por lo que si un paciente tiene un alto grado de satisfacción en un aspecto concreto de la vida, pueden existir al menos tres interpretaciones distintas (Angermeyer y Kilian, 2000, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.114): a) una coincidencia entre lo que se desea y lo que se consigue en ese ámbito en particular; b) ser el resultado de que ese aspecto de la vida tenga tan poca importancia para el sujeto que su satisfacción no se vea afectada por las condiciones objetivas, y c) que el sujeto hubiera adaptado sus carencias y deseos a las oportunidades percibidas, con lo que en este caso la aparente satisfacción sería, en realidad, resignación.

Un avance respecto a este modelo fue el *modelo de importancia/satisfacción* de Becker, Diamond y Sainfort (1993, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.114). Estos autores incorporan la satisfacción subjetiva del paciente y una valoración de la importancia que un ámbito determinado de la vida tiene para él. En este modelo se basa lo afirmado en el área de Rol Emocional de calidad de vida, ya que existen pacientes a los que les gusta mantenerse activos y dependiendo de la valoración que le den a sus actividades, como el trabajo, es que, aquellos que se dedican a lo que son capaces de cumplir, mantienen emociones positivas que les generan energía y vitalidad, sintiendo una satisfacción subjetiva, lo cual disminuye el nivel de malestar físico o dificultad cognitiva que puedan tener, ya que, en esta medida, el paciente trabaja según sus posibilidades se lo permitan.

Según los autores (Becker y cols., 1993, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.114), “los sistemas de puntuación de calidad de vida existentes no son adecuados a la

diversidad cultural o no reflejan el hecho de que varios aspectos de la vida no tienen la misma importancia para todos, porque dando igual peso a los diferentes aspectos de la vida se asume implícitamente que todos ellos tienen el mismo valor". Claro está que muchos pacientes le dan suma importancia al trabajo, mientras que otros no. Y el nivel de satisfacción dependerá de que ellos puedan cumplir adecuadamente con la actividad deseada.

Por ello, en tanto la gente difiera en sus valores y preferencias individuales, las condiciones objetivas de aspectos concretos de la vida también afectarán su calidad de vida subjetiva de diferentes maneras. Sin una valoración de la importancia que un ámbito específico de la vida o una parte de él supone para el paciente, será imposible explicar por qué individuos que viven en condiciones totalmente distintas expresan el mismo grado de satisfacción (Angermeyer y Kilian, 2000, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.114). Aunque este modelo hace hincapié en el significado de los valores y las preferencias individuales, no considera el carácter dinámico de estas actitudes.

A partir de investigaciones en el área de la disonancia cognitiva, se sabe que las personas pueden y consienten cambiar sus valores y preferencias ante la presión ambiental. Por tanto, no puede excluirse la posibilidad de que una escasa importancia en un aspecto de la vida, como puede mencionar un paciente durante una entrevista sobre calidad de vida, represente de hecho una adaptación resignada a sus condiciones de vida deprimidas (Angermeyer y Kilian, 2000, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.114).

d) Modelo de desempeño de rol

En contraste con enfoques anteriores, el modelo de desempeño de rol (Bigelow, Brodsky, Stewart y Olsen, 1982, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.114) de calidad de vida se basa explícitamente en la teoría de que la felicidad y la satisfacción están relacionadas con las condiciones sociales y ambientales necesarias para satisfacer las necesidades humanas básicas. Según el autor, el ambiente consiste en las oportunidades a través de las cuales el individuo puede

satisfacer sus necesidades. Estas oportunidades son tanto materiales como (y más importantes) sociales.

Debido a esta relación entre las oportunidades ambientales y las demandas, el grado en que un individuo puede satisfacer sus necesidades depende de sus capacidades cognitivas, afectivas, conductuales y perceptivas para cumplir los requisitos de los distintos roles sociales. Con la incorporación de la teoría del rol en el concepto de calidad de vida, aumentaron la comprensión teórica de la asociación entre bienestar subjetivo y condiciones ambientales (Buiza, C. y col., 2006, p.115). En este modelo se basa el Rol Físico de la calidad de vida, donde se debe tener en cuenta que nuestra población de estudio, por el mismo padecimiento, tiene menos oportunidades laborales que una persona que no sufre una enfermedad terminal. Al principio de la insuficiencia renal, no se presenta sintomatología alguna, sin embargo, ésta va debilitando de manera silenciosa al paciente, no sólo a nivel físico, sino también cognitivo, con una disminución en la atención y concentración, como en la memoria.

En este sentido, en la teoría del rol como concepto de calidad de vida parece necesario incluir las necesidades relativas al proceso patológico en los enfermos y el grado en que estas necesidades específicas pueden ser satisfechas o no, mediante la interpretación convencional del rol en este concepto (Angermeyer y Kilian, 2000, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.115). Además, parece importante evaluar hasta qué punto está sumergido el paciente en el rol de enfermo (Lally, 1989, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.115) y el grado en que las demandas subjetivamente percibidas de este rol restringen su capacidad para cumplir los roles convencionales (Scheff, 1986, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.115). Esto es muy importante, puesto que existen pacientes que trabajan para poder solventar los gastos del tratamiento. Claro está, que lo hacen de acuerdo a sus capacidades y principalmente al inicio del tratamiento. Estos se sienten útiles e importantes por mantenerse ocupados realizando determinada actividad productiva, y esta acción los satisface, lo que, inclusive, les hace olvidar su enfermedad.

Por otro lado, se encuentran también, aquellos que tienen ideas pesimistas al no poder responder satisfactoriamente a las oportunidades o demandas laborales que ellos quisieran, hallándose arraigados en su rol de enfermos.

e) Modelo de proceso dinámico de la calidad de vida

En los modelos anteriormente descritos de calidad de vida se ha subestimado la dinámica y los factores que influyen en este proceso de valoración subjetiva del sujeto sobre sus condiciones de vida objetivas (Angermeyer y Kilian, 2000, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.115). El modelo de proceso dinámico de la calidad de vida se basa en el concepto de que la calidad de vida subjetiva representa el resultado de un proceso continuado de adaptación, durante el cual, el individuo debe conciliar constantemente sus propios deseos y logros con las condiciones de su entorno y su capacidad para satisfacer las demandas sociales asociadas con el cumplimiento de tales deseos y logros.

Esto es manifestado en las etapas que atraviesa el paciente que tiene insuficiencia renal crónica o terminal; quien empieza por una fase de negación y aislamiento, luego deviene la ira y el furor, después la negación o pacto, seguido de la depresión para, finalmente, llegar a la aceptación de su enfermedad. Todo es un proceso continuado de adaptación, y en nuestra población de estudio, esa adaptación se refiere a los pensamientos y acciones que el paciente realice para vivir una vida de calidad lo más que pueda: teniendo pensamientos positivos respecto a su vida en general, compartiendo tiempo en familia y con amistades, realizando actividades acordes a su capacidad y que lo satisfagan, tratando de disfrutar cada día de su vida; todo ello le ayudará en el proceso de su tratamiento, puesto que el ver la vida desde un ángulo positivo hará que se sienta bien y el mantener esa sensación placentera por mucho tiempo, refuerza su sistema inmunológico, lo que a su vez, genera beneficios para su salud física.

En este modelo la satisfacción no se valora como un resultado sino más bien como el mecanismo conductor de este proceso. La investigación sobre calidad de vida encuentra que la mayoría de las personas posee una gran capacidad relativa para mantener su nivel de satisfacción bastante estable mediante actividades cognitivas y volitivas (por lo menos a largo plazo) incluso

ante circunstancias ambientales constantemente cambiantes. (Angermeyer y Kilian, 2000, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.115)

Según los autores del modelo, el problema central de incluir el punto de vista subjetivo en la valoración de la calidad de vida reside en que, dada la naturaleza dinámica del proceso de satisfacción de las necesidades, los sistemas de valores y preferencias individuales pueden ser el resultado de un ambiente coercitivo o de condiciones personales a su vez incompatibles con el principio de libertad personal. (Buiza, C. y col., 2006, p.115)

f) Modelo de la homeostasis de la calidad de vida

Otro modelo teórico es el de la homeostasis de la calidad de vida subjetiva propuesto por Cummins (2000, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.117). Describe un sistema integrado que acopla una capacidad genética primaria con un sistema de amortiguadores secundario. Su propósito es sostener el rendimiento, en la forma de la calidad de vida subjetiva, dentro de un rango estrecho, a pesar de las variaciones de la experiencia de la persona respecto a su entorno.

Entonces, la propuesta del autor es que el determinante de primer orden de la calidad de vida subjetiva se apoya en la dotación genética de la personalidad. Tiene dos roles: crear el rango serial y proporcionar el componente afectivo de la calidad de vida subjetiva. Esto ocurre a través de dos dimensiones de personalidad (extroversión y neuroticismo) que actúan estableciendo la valencia del esquema cognitivo que asiste a cada autocreencia, a la vez que mantiene la base de un rango serial natural para el nivel de calidad de vida subjetiva experimentado por cada individuo. Numerosos estudios han demostrado que la extroversión y el neuroticismo correlacionan fuertemente con el bienestar psicológico subjetivo (De Neve, 1999, citado en Buiza, C. y col., 2006, p.117). Este nivel de determinación es inconsciente.

Por su lado, los determinantes de segundo orden comprenden un sistema de amortiguadores internos. Dicho sistema se propone que está formado por tres procesos entrelazados de control percibido, autoestima y optimismo. Son

procesos conscientes que implican esquemas cognitivos. Tienen una orientación predominantemente positiva desde la perspectiva del procesamiento de información impuesto por la personalidad. (Buiza, C. y col., 2006, p.118)

Sin embargo, cada uno de los tres procesos puede ser influenciado por la experiencia adquirida con el mundo externo, que es el tercer nivel de determinación. El producto del sistema de amortiguadores es la calidad de vida subjetiva. (Buiza, C. y col., 2006, p.118)

Según este modelo, nuestros pacientes tienen una orientación predominantemente positiva para buscar un equilibrio tanto emocional como físico. Esto es evidente cuando ellos, al empezar a padecer la sintomatología de la enfermedad, buscan ayuda profesional; en otras palabras, si se sienten enfermos, buscan la manera de mantener su salud estable.

Además, las cogniciones, están bajo la influencia de dos fuerzas simultáneas: el procesamiento de las circunstancias medioambientales reales y la expectativa de que tales circunstancias irán acordes con el sesgo positivo impuesto por el equilibrio del afecto. Así, el sistema se maneja más fácilmente con un entorno que produce el control primario (autorrefuerzo) y cuya predicción para el futuro es favorable, y se maneja menos cómodamente con un entorno donde el control primario ha fallado, con una autoestima disminuida, y donde el futuro aparece vacío. Bajo estas condiciones el mantenimiento del bienestar subjetivo se encuentra amenazado y el sistema de amortiguadores tiene que jugar un papel dual: conservar un grado razonable de autenticidad a la vez que proteger el bienestar. Esto se logra a través de dispositivos cognitivos (control, autoestima, optimismo) que, esencialmente, den un giro positivo en contra del fracaso, sin perder el contacto con la realidad. (Buiza, C. y col., 2006, p.118)

Entonces, desde este punto de vista, la homeostasis de la calidad de vida es vista como un estado necesario para la supervivencia de estos pacientes. Si la homeostasis falla, el paciente experimentará estados negativos de distimia, e incluso de depresión y estos estados harían su supervivencia muy incierta.

Por ello, cuando la interacción con el ambiente conduce al fracaso, desafía el poder de los amortiguadores para absorber el impacto. Bajo estas condiciones en que el grado de desafío no es demasiado fuerte, los amortiguadores se

ajustarán homeostáticamente a las circunstancias. En cambio, un fracaso fuerte y continuo derrotará este sistema con la pérdida catastrófica subsecuente de la calidad de vida subjetiva. Al final de este proceso encontramos que la calidad de vida subjetiva es el producto, que refleja tanto los afectos como la cognición, y que es relativamente estable a través del tiempo tanto para las personas como para las muestras de población (Buiza, C. y col., 2006, p.118).

2.3.- MARCO CONCEPTUAL

2.3.1.- Locus de Control

Grado hasta el cual una persona percibe los eventos de su propia vida como consecuencia de sus propias acciones o como resultado de la acción de fuerzas externas. (Levenson, 1974, citado en Heredia, J., 2002)

2.3.1.1.- Locus de Control y la Salud

Creencia de una persona en relación al control que cree tener para determinar su estado de salud. (Wallston, K., 1978, citado en Zdanowicz, N. y et. al., 2004)

2.3.2.- Calidad de Vida

Juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad o satisfacción en la vida. (Robles, 2004, citado en Alfaro, P., 2011)

2.3.2.1.- Calidad de Vida y la Salud

Evaluación que realiza la persona sobre su estado de salud, tanto físico, funcional, psicológico y social; pese a los efectos de alguna enfermedad o tratamiento. (Contreras et al., 2007, citado en Alfaro, P., 2011)

CAPÍTULO III

DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

3.1 Distribución según nivel de Locus de Control de la Salud y nivel de Calidad de Vida percibida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis

Tabla 1:

Nivel de Locus de Control de la Salud, según escala

Nivel en escala de Locus de Control	N	%
Internalidad		
Muy Baja	2	1,2
Relativamente Baja	7	4,2
Promedio	36	21,4
Relativamente Alta	53	31,5^a
Muy Alta	70	41,7^a
Total	168	100,0
Otros Poderosos		
Muy Baja	6	3,6
Relativamente Baja	7	4,2
Promedio	28	16,7
Relativamente Alta	71	42,3^a
Muy Alta	56	33,3^a
Total	168	100,0
Azar		
Muy Baja	32	19,0^b
Relativamente Baja	76	45,2^b
Promedio	44	26,2
Relativamente Alta	16	9,5
Muy Alta	0	0,0
Total	168	100,0

Nota. Se puede observar la distribución por niveles. Fuente: Resultados de la aplicación de la Escala Multidimensional de Locus de Control a pacientes con tratamiento de hemodiálisis, Clínica del Riñón Santa Lucía.

^a Se aprecia que la escala Locus de Control de la Salud “Interno” y el Locus de Control “Otros Poderosos” tienen una incidencia más elevada de puntajes muy altos y relativamente altos respectivamente.

^b La escala de Locus de Control de “Casualidad o Azar” revela una gran cantidad de casos que reportan puntajes relativamente bajos.

Tabla 2:*Nivel de Calidad de Vida percibida, según escala*

Escala de Calidad de vida	N	%
Función física		
Muy Baja	22	13,1
Relativamente Baja	28	16,7
Promedio	36	21,4
Relativamente Alta	46	27,4^a
Muy Alta	36	21,4^a
Rol físico		
Muy Baja	58	34,5^b
Relativamente Baja	24	14,3^b
Promedio	20	11,9
Relativamente Alta	20	11,9
Muy Alta	46	27,4
Dolor corporal		
Muy Baja	10	5,9
Relativamente Baja	28	16,7
Promedio	50	29,8
Relativamente Alta	42	25,0
Muy Alta	38	22,6
Salud general		
Muy Baja	23	13,7
Relativamente Baja	47	28,0
Promedio	56	33,3
Relativamente Alta	33	19,6
Muy Alta	9	5,4
Vitalidad		
Muy Baja	8	4,8
Relativamente Baja	26	15,4
Promedio	66	39,3
Relativamente Alta	48	28,6
Muy Alta	20	11,9
Función social		
Muy Baja	8	4,8
Relativamente Baja	20	11,9
Promedio	30	17,8
Relativamente Alta	70	41,7^a
Muy Alta	40	23,8^a
Rol emocional		
Muy Baja	62	37,0
Relativamente Baja	16	9,5
Promedio	0	0,0
Relativamente Alta	12	7,1^a
Muy Alta	78	46,4^a
Salud mental		
Muy Baja	2	1,2
Relativamente Baja	10	5,9
Promedio	42	25,0
Relativamente Alta	66	39,3^a
Muy Alta	48	28,6^a
Total	168	100,0

Nota. Se puede observar la distribución por niveles. Fuente: Resultados de la aplicación de la Escala Calidad de Vida a pacientes con tratamiento de hemodiálisis, Clínica del Riñón Santa Lucía.

^a Las escalas de Función Física, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental tienen una incidencia más elevada de puntajes relativamente altos o muy altos.

^b La escala de Rol Físico revela una gran cantidad de casos que reportan puntajes muy bajos.

3.2 Resultados de la evaluación de la relación entre Locus de Control de la Salud y Calidad de Vida percibida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis

Tabla 3:

Asociación entre la escala “Internalidad” del Locus de Control de la Salud con la Calidad de Vida percibida

Escala de Calidad de Vida	Internalidad	
	Coefficiente de correlación (r)	Sig.(p)
Función Física	0,027	0,724
Rol Físico	0,250	0,002**
Dolor Corporal	0,353	0,000**
Salud General	0,358	0,000**
Vitalidad	-0,061	0,436
Función Social	0,342	0,000**
Rol Emocional	0,176	0,027*
Salud Mental	0,100	0,202

Nota. Fuente: Resultados de la aplicación de las Escalas Locus de Control y de Calidad de Vida a pacientes con tratamiento de hemodiálisis, Clínica del Riñón Santa Lucía.

**p<0.01: Valores altamente significativos

*p<0.05: Valores significativos

p>0.05: Valores no significativos

En la Tabla 3, se observa que la prueba estadística de correlación de Spearman-Brown, encuentra evidencia de la existencia de correlación positiva de grado medio y altamente significativa ($p < 0.01$), entre la escala Internalidad del Locus de Control con las escalas de Calidad de Vida, Dolor Corporal, Salud General y Función Social. Asimismo se identifica correlación positiva, de grado débil y altamente significativa entre la escala Internalidad con la escala Rol Físico; y finalmente una correlación positiva, de grado débil y significativa ($p < 0,05$), de la internalidad con la escala Rol Emocional; En tanto que la prueba no identifica correlación significativa ($p > 0,05$), de la internalidad con las escalas Función Física, Vitalidad y Salud Mental en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de la referida Clínica. Estas correlaciones sugieren que conforme va aumentado el nivel de locus de control interno también aumenta la calidad de vida.

Tabla 4:

Asociación entre la escala “Otros Poderosos” del Locus de Control de la salud con la Calidad de Vida percibida

Escala de Calidad de Vida	Otros Poderosos Coeficiente de correlación (r)	Sig.(p)
Función Física	0,013	0,863
Rol Físico	-0,212	0,008 **
Dolor Corporal	-0,198	0,013 *
Salud General	-0,294	0,000 **
Vitalidad	-0,230	0,004 **
Función Social	-0,162	0,041 *
Rol Emocional	-0,053	0,496
Salud Mental	-0,051	0,510

Nota. Fuente: Resultados de la aplicación de las Escalas Locus de Control y de Calidad de Vida a pacientes con tratamiento de hemodiálisis, Clínica del Riñón Santa Lucía.

**p<0.01: Valores altamente significativos

*p<0.05: Valores significativos

p>0.05: Valores no significativos

Los resultados mostrados en la tabla 4, permiten percibir que la prueba estadística de correlación de Spearman-Brown identifica la existencia de una correlación negativa, de grado débil, y altamente significativa ($p < 0,01$), entre la escala “Otros Poderosos” del Locus de Control con las escalas de Calidad de Vida, Rol Físico, Salud General y Vitalidad. Asimismo se identifica correlación negativa, de grado débil y significativa ($p < 0,05$), entre la escala Otros Poderosos con las escalas, Dolor Corporal y Función Social; Sin embargo la prueba estadística no encuentra evidencia de la existencia de correlación significativa ($p > 0,05$), de la escala Otros Poderosos, con las escalas Función Física, Rol Emocional y Salud Mental en pacientes con tratamiento de hemodiálisis atendidos en la Clínica Santa Lucía de la ciudad de Trujillo. El sentido inverso de las correlaciones indica que un mayor locus de control “Otros Poderosos” se refleja de alguna forma en una menor calidad de vida.

Tabla 5:

Asociación entre la escala “Azar” del Locus de Control de la salud con la Calidad de Vida percibida

Escala de Calidad de Vida	Azar Coeficiente de correlación (r)	Sig.(p)
Función Física	0,039	0,620
Rol Físico	-0,166	0,036 *
Dolor Corporal	-0,252	0,002 **
Salud General	-0,193	0,016 *
Vitalidad	-0,049	0,525
Función Social	-0,263	0,001 **
Rol Emocional	-0,106	0,175
Salud Mental	-0,136	0,085

Nota. Fuente: Resultados de la aplicación de las Escalas Locus de Control y de Calidad de Vida a pacientes con tratamiento de hemodiálisis, Clínica del Riñón Santa Lucía.

**p<0.01: Valores altamente significativos

*p<0.05: Valores significativos

p>0.05: Valores no significativos

En la tabla 5, se puede apreciar que la prueba estadística de correlación respectiva (Pearson o Spearman) identifican la existencia de una correlación negativa, de grado débil, y altamente significativa ($p < 0,01$), entre la escala “Azar” del Locus de Control con las escalas de Calidad de Vida, Dolor Corporal y Función Social. Asimismo se encuentra evidencia de la existencia de correlación negativa, de grado débil y significativa ($p < 0,05$), entre la escala Azar con las escalas, Rol Físico y Salud General; Mientras que con las escalas Función Física, Vitalidad, Rol Emocional y Salud Mental la prueba estadística no identifica la existencia de una correlación significativa ($p > 0,05$), en los referidos pacientes con tratamiento de hemodiálisis atendidos de la Clínica Santa Lucía. La naturaleza inversa de las correlaciones indica que una mayor presencia de locus de control de “Casualidad o Azar” se relaciona a una merma en las escalas respectivas de calidad de vida.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la presente investigación se aborda el locus de control de la salud y la calidad de vida percibida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica en la ciudad de Trujillo, con el objetivo de determinar si existe relación entre las variables mencionadas.

El paciente con Insuficiencia Renal Crónica y Terminal muchas veces se ve obligado a adaptarse a una serie de cambios y estresores inherentes a la enfermedad. En efecto, ésta, tal como lo señala Páez (2009), citado en Alfaro (2011) conduce a manifestaciones psicológicas alteradas, que pueden modificar su locus de control. Estos cambios, naturalmente también afectan su calidad de vida percibida relacionada a la salud, ya que el grado en que creemos tener control sobre la enfermedad repercute en los cuidados y cumplimiento del tratamiento, además de la actitud que se tiene frente a la vida y cómo uno mismo percibe la calidad de ella. Desde esa perspectiva los resultados alcanzados en este trabajo, los expondremos sobre la base de las hipótesis formuladas.

En los resultados de incidencia del Locus de Control de la Salud, se halló que, el locus de control de la salud Interno, obtuvo una incidencia mayor en el nivel *Muy Alto* (ver tabla 1) lo que indica que el 73,2% de los pacientes presenta una certeza de que su salud o enfermedad depende de ellos mismos. Estos hallazgos apoyan la posición de Rotter (1975) en Heredia (2002) quien define al locus de control como la creencia que tiene el individuo acerca de si existe relación o no, entre su comportamiento y los refuerzos que recibe, identificando la internalidad como los eventos o conductas atribuidas a sí mismo, a sus cualidades o atributos.

El locus de control de la salud Otros Poderosos, hace alusión al grado en que los pacientes con esta enfermedad consideran que otros son los responsables de su estado; en ese sentido, los hallazgos indican que el 75,6% se ubica en un nivel *Relativamente Alto*; atribuyendo su bienestar al personal sanitario como médicos y enfermeros, así mismo, esa creencia dependiente alude a sus cuidadores, aquellos que pueden ser su propia familia o amigos cercanos. Igualmente, al respecto, Rotter (1975) en Heredia (2002) identifica la externalidad como la percepción de eventos o conductas que han sido generadas por otras personas, la suerte o el azar.

En cuanto al locus de control de la salud de Casualidad o Azar, predomina un nivel *Relativamente Bajo* con el 64,2%, es decir, los sujetos de estudio creen que los factores del destino o Azar son muy ajenos a su enfermedad.

Referente a los resultados de incidencia de la Calidad de Vida percibida, se halló que, Función Física tiene una predominancia en el rango *Alto y Muy Alto*; es decir, aproximadamente un 48,8% consideran que pueden realizar actividades físicas de su vida cotidiana sin mayor problema, desempeñar satisfactoriamente tareas que impliquen esfuerzos moderados como su aseo personal, preparar sus alimentos o subir y bajar escaleras.

En relación al Rol físico de calidad de vida percibida; se halla que un 48,8% alcanza rangos *Bajos y Muy Bajos*; en esta área, perciben que su enfermedad interfirió negativamente en su trabajo anterior, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado o limitando el tipo de actividades que realizaban sin problema antes de enfermar. Los resultados obtenidos se relacionan con la investigación de Buiza (2006) quien halló que el rol físico alcanzó una de las medias más bajas de la población en estudio, es decir, el 70% de los pacientes declaró que su salud física interfiere en el desempeño de su trabajo.

Por su parte, el modelo de desempeño de rol de la calidad de vida de Bigelow, Brodsky, Stewart y Olsen, (1982) citado en Buiza (2006), sustenta al respecto, que debido a la relación entre las oportunidades ambientales y las demandas, el grado en que un individuo puede satisfacer sus necesidades depende de sus capacidades cognitivas, afectivas, conductuales y perceptivas para cumplir los requisitos de los distintos roles sociales. Esta afirmación coincide con nuestros hallazgos, ya que, si bien es cierto que los pacientes no suelen presentar sintomatología física durante los primeros periodos de la enfermedad; ésta va debilitando de manera silenciosa al paciente, no sólo a nivel físico sino también cognitivo; aspectos fundamentales para conseguir o mantener un empleo.

El Dolor Corporal de la calidad de vida, se entiende como la intensidad de dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar. Sin

embargo, la tabla 2 revela que hay predominancia en los niveles *Relativamente Alto* y *Muy Alto* (47,6%), lo cual indica que la población de estudio, no experimenta este dolor. Estos datos pueden interpretarse en el sentido que los sujetos de estudio no muestran sintomatología dolorosa, su sistema inmunológico es fuerte, cumplen debidamente su dieta y el tratamiento en sí. Frente a estos hallazgos es importante mencionar que la IRCT es una enfermedad degenerativa, que, al inicio, avanza silenciosamente hasta llegar a un punto donde; si el paciente no muere, o no consigue un donador compatible; sólo puede anhelar una mejor calidad de vida.

El área de Salud General de la calidad de vida percibida, se ubica en mayor medida en los rangos *Relativamente Bajo* y *Muy Bajo* (ver tabla 2), con un total de 41,7%, es decir, los pacientes asumen una valoración personal muy negativa de su estado de salud. Estos hallazgos son compatibles con lo señalado por Lawton (2001) citado en Buiza (2006) quien refiere que la calidad de vida relacionada a la salud es un hecho por el cual la disfunción física, el dolor y el malestar provocan limitaciones de las conductas cotidianas, actividades sociales; entre otros, lo que genera sensación de malestar general.

En cuanto a la esfera de Vitalidad de calidad de vida percibida, existe una incidencia en el nivel *Promedio* (ver tabla 2), donde el 39,3% de los pacientes se mantienen activos en diversas actividades acordes a su estado de salud, emanando energía y vitalidad, lo que coincide con la Función Física que experimentan.

En relación a la Función Social, se evidencia una mayor prevalencia en los niveles *Relativamente Alto* y *Muy Alto*, el 65,5% de los pacientes revela una fuerte disposición a la interacción con familiares y amigos. En otras palabras, es importante salir, compartir momentos agradables, intercambiar ideas, dar y recibir palabras de ánimo; porque así sienten el apoyo de sus seres queridos y ello les ayuda a enfrentar su enfermedad. Estos resultados se relacionan con lo hallado por Contreras (2006, 2007) quien observó un deterioro importante en las dimensiones evaluadas de Calidad de Vida, no obstante la función social se

encontró preservada. Así mismo, Quesada D. y Tamayo G. (2012) hallaron que las dimensiones con mejor puntaje fueron salud mental, vitalidad y función social.

El área de Rol Emocional, obtuvo una mayor incidencia en los niveles *Relativamente Alto* y *Muy Alto*; 53,5% (ver tabla 2) esto evidencia, que; a pesar de los problemas físicos y cognitivos que limitarían al paciente en un trabajo bajo presión; estos mantienen emociones positivas que les generan energía y vitalidad en las actividades que realizan según sus capacidades. Es decir, que suelen trabajar dedicándose a aquello que saben hacer. Este resultado reafirma el modelo “importancia/satisfacción” de Becker, Diamond y Sainfort (1993) citado en Buiza (2006) quienes consideran que el nivel de calidad de vida experimentado por un individuo depende de la satisfacción de sus condiciones reales de vida; además de la satisfacción subjetiva del paciente lo que es una valoración de la importancia que un determinado ámbito de la vida tiene para él.

El ámbito de Salud Mental de la calidad de vida percibida, se ubica en mayor medida en los rangos *Relativamente Alto* y *Muy Alto* (ver tabla 2), con un total de 67,9%, es decir, los evaluados presentan facilidad para mantener el autocontrol y bienestar general, enfrentando y manejando adecuadamente la ansiedad y depresión que pueden devenir de la enfermedad. Estos resultados son coincidentes con el juicio subjetivo y valoración multidimensional de la calidad de vida que postula Kaplan en Buiza (2006) cuando afirma que la calidad de vida, no depende sólo del bienestar psicológico o de la satisfacción, sino también, de lo que uno hace para vivir una vida de calidad.

La hipótesis general fue planteada en el sentido que existe correlación significativa entre el Locus de Control de la Salud con la Calidad de vida percibida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de la Clínica del Riñón Santa Lucía de la ciudad de Trujillo. Al ser contrastados los resultados obtenidos en esta investigación a través del estadístico de Pearson y Spearman Brown, se hallaron correlaciones identificadas como muy significativas, significativas y no significativas. En efecto, el grado en que se cree tener control sobre la enfermedad repercute en la forma cómo percibimos nuestro mundo circundante y en cómo actuamos para preservar nuestra salud y enfrentar los problemas.

Gracias a la definición en donde la calidad de vida proviene del juicio subjetivo y valoración multidimensional en base a criterios intrapersonales y socio normativos (Lawton, 2001, citado en Buiza, 2006), es que se puede ratificar lo anteriormente dicho, explicando su relación con el locus de control, ya que, para Rotter (1990, 1992, citado en Heredia, J., 2002) es imprescindible conocer que existe un aprendizaje (socio normativo) en el rol de refuerzo y lugar geométrico de control interno o externo, con lo cual se refiere a cambios influidos por uno mismo o influenciados por el medio o por personas externas. Además Sarbin (1975) citado en Heredia (2002), propone dos fuentes de control básico: por un lado externo, identificado en la formación temprana de los individuos que durante la infancia sufren un proceso de formación y adaptación a su contexto social. Y la otra fuente de control surge a medida que el individuo asocia situaciones similares identificando las conductas aprobadas en su contexto social.

En la correlación de la dimensión de “Internalidad” del locus de control de la salud, con los indicadores de calidad de vida en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de la Clínica del Riñón Santa Lucía de la ciudad de Trujillo; se evidencia una correlación positiva y altamente significativa ($p < 0.01$) con las escalas de Calidad de Vida, Dolor Corporal, Salud General, Función Social y Rol Físico; además de una correlación positiva y significativa ($p < 0,05$) con la escala Rol Emocional, y una correlación no significativa ($p > 0,05$) con Función Física, Salud Mental y Vitalidad (ver tabla 3).

Estos hallazgos permiten determinar que conforme va aumentando el nivel de locus de control de la salud “Interna” también aumenta el nivel de la percepción en las escalas de calidad de vida en las áreas mencionadas.

En efecto los evaluados, al creer que sus acciones y pensamientos positivos influyen en el mantenimiento de su estado de salud, llegan a manejar el dolor muscular, el agotamiento físico, los calambres, la aparición de edemas, las náuseas entre otros, como una alerta de su organismo que les indica un mejor cuidado en su dieta, revisiones más frecuentes con el nefrólogo, y una mejor actitud frente a la vida, para fortalecer así, su sistema inmunológico (Dolor Corporal); además, al saber cómo influyen sus pensamientos en su propio organismo, tratan de mantener una actitud positiva frente a todos los aspectos de

su enfermedad, percibiéndola como una prueba a largo plazo a la que deben hacerle frente (Salud General). Estos pacientes suelen tener una vida socialmente activa, así se sienten bien, y saben que el esparcimiento y momentos agradables con familia y amistades les ayudan a percibir su enfermedad como una fase y a tomar la vida desde un sentido más amplio (Función Social), así mismo, suelen tomar la iniciativa en diferentes proyectos y se enfocan en mantener y/o mejorar sus propias habilidades laborales (Rol Físico). Conocen el poder de sus sentimientos en la estabilidad de su salud, por ello, y al mantener una vida lo más activa posible, de acuerdo a cómo su enfermedad se lo permita, mantienen sentimientos placenteros de gratitud y amor hacia los demás, tratando de enfocarse en los aspectos positivos de su vida (Rol Emocional).

Por otro lado, tanto; el desempeño satisfactorio de tareas que implican esfuerzos moderados como el aseo personal, la preparación de alimentos o el subir y bajar escaleras (Función Física), así como la facilidad para mantener un autocontrol y bienestar general (Salud Mental); se desarrollan al margen de que el paciente crea tener poder sobre su estado de salud. Así mismo sucede con el cansancio y desánimo el cual puede manifestarse o no, sin importar que el paciente crea que su salud depende de sus acciones y pensamientos (Vitalidad).

Estos datos se explican; primero, en el sentido de que aunque los pacientes crean tener dominio sobre su enfermedad, llega un momento donde la IRCT empieza a repercutir fuertemente en sus cuerpos, haciendo que se manifiesten las limitaciones físicas en su diario vivir; este cambio lógicamente puede provocar depresión, ansiedad y desánimo.

Segundo, que estos pacientes manifiesten pequeñas molestias físicas o ninguna, por lo tanto, pueden realizar moderadamente tareas diarias, y ante ello es asequible pensar que experimentan autocontrol, bienestar general y poseen energía para enfrentar su enfermedad, por creer que sus pensamientos y acciones ayudan a mantener su salud.

Estos resultados ratifican lo dicho por Rotter (1990, 1992) citado en Heredia (2002) quien afirma que los resultados de la salud de una persona se podrían mejorar mediante el desarrollo de un sentido de control personal sobre la vida; afirmación que coincide con datos alcanzados en este estudio. Este análisis se

sustenta en base a la investigación de Alfaro (2011) en el que afirma que sus resultados indican que un mayor locus interno y una menor orientación externa, ya sea de otros poderosos o de casualidad, están asociados a mejores niveles de Calidad de vida relacionada a la salud en diversas dimensiones.

Al correlacionar la escala “Otros Poderosos” del locus de control de la salud con los indicadores de calidad de vida en los sujetos de estudio, se evidencia una correlación negativa y altamente significativa ($p < 0,01$) con las escalas de Calidad de Vida, Rol Físico, Salud General y Vitalidad. Asimismo se identifica correlación negativa significativa ($p < 0,05$) con las escalas, Dolor Corporal y Función Social; también se halló una correlación no significativa ($p > 0,05$) con Rol Emocional, Salud Mental y Función Física (ver tabla 4).

El sentido inverso de las correlaciones indica que atribuir a otras personas el control de su salud, de alguna manera afecta en la percepción de su calidad de vida.

Así, estos pacientes tienen una fuerte creencia sobre el poder que ejercen los médicos, enfermeras, técnicos, familiares, y cuidadores en la preservación de su propia salud. Por ello, responsabilizan a terceros en el detrimento de la misma y poco hacen por sí mismos en preservar sus vidas.

En ese sentido, no suelen tomar la iniciativa frente a ningún proyecto y menos se enfocan en mantener y/o mejorar sus propias habilidades laborales (Rol Físico); además, y debido a que creen que sus pensamientos negativos no repercuten para nada en el decaimiento de su organismo, es que mantienen una actitud negativa hacia los diversos aspectos de su enfermedad, percibiéndola como una prueba a largo plazo en la que sólo los especialistas de la salud y cuidadores deben tomar acción, ya que el enfermo no está capacitado y poco o nada importa lo que este haga o piense (Salud General); por lo mismo, en ellos predomina el desánimo y el cansancio, haciendo que su energía y vitalidad para tomar acciones en el restablecimiento de su salud, decaiga (Vitalidad). Estos pacientes suelen asimilar el dolor muscular, el agotamiento físico, los calambres, la aparición de edemas, las náuseas entre otros, como una consecuencia de un diagnóstico tardío o como el escaso cuidado en la preparación de su dieta por parte de sus cuidadores, entre otros (Dolor Corporal); también, tienden a dejar que sus

problemas físicos o emocionales interfieran en su vida social habitual (Función Social).

Sin embargo; el grado en el que los problemas emocionales afectan su trabajo (Rol Emocional); y la forma cómo enfrentan la depresión y la ansiedad (Salud Mental); se realizan independientemente del modo en que estos creen que sólo otras personas tienen la capacidad para mantener su salud. Así mismo, sucede con el desempeño satisfactorio de tareas que implican esfuerzos moderados, es decir, que el paciente puede realizar actividades físicas o no, sin importar que crea que su salud depende del cuidado de otras personas (Función Física).

Estos datos se explican; primero, en el sentido de que, si estos pacientes creen que las personas que tienen pleno control sobre su enfermedad no los cuidan ni les dan el tratamiento adecuado, no importa lo que estos hagan para mantener su salud, igual enfermarán; esto les produce una carga emocional negativa que les impide mantener un adecuado desempeño laboral, y si a esto añadimos las limitaciones físicas que les dificultan, como realizar tareas comunes, puede que sufran de depresión y ansiedad.

Segundo, si creen que están recibiendo la ayuda profesional, familiar y amical necesaria para contrarrestar su enfermedad; esa seguridad y confianza en otros, les produce una carga emocional positiva, que les facilita desempeñarse laboralmente en un horario adecuado y tareas correspondientes a sus capacidades. Si a esto le añadimos la facilidad para realizar tareas físicas cotidianas, estos pacientes pueden desarrollar estados de bienestar general y autocontrol.

Estas interpretaciones son ratificadas por Alfred Adler, en la teoría cognitivo social del locus de control de Crosble - Brunett y Lewis (1993) citado en Heredia (2002) quien postuló la importancia de la actitud de la persona frente al ambiente, lo cual catalogó como fuertes influencias sobre el comportamiento. Aplicando la teoría a nuestra realidad de estudio, se evidencia que dicha actitud influenciada por el ambiente está fuertemente reforzada en estos pacientes. Este autor también acentuó que el comportamiento de una persona es motivado en sus acciones por

la búsqueda constante de alcanzar una meta. En el caso de la población en estudio esa meta es mantener la salud.

Estos datos alcanzados también se apoyan en la teoría social del aprendizaje del locus de control de Bandura (1963) citado en Heredia (2002) quien enfoca su trabajo en conceptos cognoscitivos, centrando su teoría en como los niños y los adultos funcionan cognitivamente respecto a sus experiencias sociales y como estas cogniciones influyen los comportamientos y el desarrollo de los mismos. Al traspasar lo afirmado al contexto de nuestra población; los pacientes cuyo locus de control de la salud predominante sea el de otros poderosos, han aprendido de su grupo primario, secundario o terciario a delegar su propia responsabilidad a otros. Pero ello no es una simple imitación, sino que más bien, según esta teoría, también interviene la cognición entre el estímulo (enfermedad) y la respuesta (creer y actuar como si la mejora de la salud dependiera de otros). Es así como el entorno social puede influir en las creencias de los individuos, pero no es un factor exclusivo ya que, según Kendal, para conceptualizar la atribución de causalidad debe tenerse en cuenta que un evento o conducta es ambiguo con respecto a la asignación de su causa, es decir, que hay multitud de factores que se han procesado internamente, Doku (2002) citado en Heredia (2002).

Finalmente al correlacionar la escala de "Casualidad o del Azar" del locus de control de la salud con los indicadores de calidad de vida en los sujetos de la muestra, se identifica una correlación negativa y altamente significativa ($p < 0,01$) con las escalas de Calidad de Vida, Dolor Corporal y Función Social. Asimismo se encuentra evidencia de la existencia de correlación negativa y significativa ($p < 0,05$) con las escalas, Rol Físico y Salud General; también se halló una correlación no significativa ($p > 0,05$) con Vitalidad, Rol Emocional, Salud Mental y Función Física (ver tabla 5).

La naturaleza inversa de las correlaciones indica que una mayor presencia de locus de control de "Casualidad o Azar" se relaciona a una merma en las escalas respectivas de calidad de vida.

Estos pacientes tienen una fuerte creencia sobre el poder que ejerce el destino y la buena o mala suerte en la preservación de su propia salud. Por ello,

responsabilizan a fuerzas sobrenaturales en el detrimento de la misma, asumiendo que, el dolor muscular, el agotamiento físico, los calambres, la aparición de edemas, las náuseas entre otros, son una consecuencia de haber contraído IRCT porque ese era su destino, Dios lo permitió, o porque su enfermedad y los dolores que la acompañan son producto de algún daño espiritista (Dolor Corporal), es así que, resuelven aislarse o darle poca importancia a la vida social ya que consideran que sería una pérdida de tiempo los ánimos que sus familiares o amigos pudieran ofrecerles (Función Social), así mismo, no suelen tomar la iniciativa frente a ningún proyecto y menos se enfocan en mantener y/o mejorar sus propias habilidades laborales (Rol Físico), además, y a consecuencia de que creen que sus pensamientos negativos no repercuten para nada en el decaimiento de su organismo, es que mantienen una actitud negativa frente a los diversos aspectos de su enfermedad, percibiendo ello como una prueba a largo plazo en la que sólo el destino o el azar tienen poder, y que el enfermo no está capacitado y poco o nada importa lo que este haga o piense (Salud General).

Por otro lado; tanto el cansancio y el desánimo (Vitalidad), así como el grado en el que los problemas emocionales afectan su trabajo y otras actividades diarias (Rol Emocional), y la forma cómo ellos enfrentan la depresión y la ansiedad (Salud Mental), se dan independientemente de su creencia fuertemente arraigada en la casualidad o azar. Así mismo, el desempeño satisfactorio de tareas que implican esfuerzos moderados como el asearse, preparar sus alimentos o subir y bajar escaleras, se manifiesta al margen de que estos creen que sólo el destino o la casualidad pueden contrarrestar su enfermedad (Función Física).

Estos datos se explican; primero, en el sentido de que si el azar, la casualidad o algún designio divino, obra para que los pacientes empeoren su estado de salud, no importa lo que estos últimos hagan, igual enfermarán; esto les produce una carga emocional negativa que les impide mantener un adecuado desempeño laboral. Si a esto añadimos las limitaciones físicas que entorpecen la realización de tareas comunes, puede generarles cansancio y desánimo, hasta depresión y ansiedad.

Segundo, que estos pacientes crean que están recibiendo ayuda celestial o del destino para contrarrestar su enfermedad; produciéndoles una carga emocional positiva, que les facilita para desempeñarse laboralmente en un horario adecuado y tareas correspondientes a sus capacidades, proporcionándoles, además, energía y ánimo. Si a esto se añade la facilidad para la realización de tareas físicas cotidianas, estos pueden desarrollar estados de autocontrol y bienestar general.

Estos resultados apoyan las ideas del conductismo social en donde, según Mead (1988) citado en Heredia (2002), el individuo actúa en base a las causas de su propio comportamiento, en esta concepción el paciente deja de ser un individuo que reacciona ante la enfermedad en función de instintos incontrolables, para convertirse en un intérprete de su medio y de sus relaciones con los demás. En efecto, no sólo es un reactor, ni un imitador de conductas sino que también intervienen en él la cognición y si en esa cognición impera creencias que atribuyen la causa en detrimento de su calidad de vida al castigo divino, la suerte o la influencia de un agente sobrenatural, como se afirmó líneas arriba, entonces los sujetos de estudio pierden iniciativa e interés para accionar ellos mismos en pos del mantenimiento y mejoría de su salud.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Luego de la discusión de resultados y teniendo en cuenta los objetivos de la investigación, se llega a las siguientes conclusiones:

1. En los resultados de incidencia del Locus de Control de la salud en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica, se hallaron niveles que oscilan entre *Alto* y *Muy Alto*, así como *Bajo* y *Muy Bajo*.
2. Se alcanzó un rango *Alto* y *Muy Alto* para las escalas de Internalidad y Otros Poderosos. Y rangos *Bajo* y *Muy Bajo* para la escala de Casualidad o Azar del Locus de Control de la salud.
3. Los hallazgos de incidencia de Calidad de Vida percibida en los sujetos de estudio, evidenciaron niveles que oscilan entre *Alto* y *Muy Alto*; *Bajo* y *Muy Bajo*; así como *Promedio*.
4. Se alcanzó un rango *Alto* y *Muy Alto* para las escalas Función Física, Dolor Corporal, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental. Así mismo se obtuvo un rango *Bajo* y *Muy Bajo* para las escalas Rol Físico y Salud General. Finalmente se alcanzó un rango *Promedio* para la escala Vitalidad de la Calidad de Vida percibida.
5. En los datos hallados, se denotan correlaciones que oscilan entre *muy significativas*, *significativas* y *no significativas* en los indicadores de Locus de Control de la Salud con las áreas de Calidad de Vida percibida en los sujetos de estudio.

6. La escala Internalidad del Locus de Control de la salud se correlaciona *Muy Significativamente* con las escalas Dolor Corporal, Salud General, Función Social y Rol Físico de la Calidad de Vida percibida. Así mismo, esta escala se correlaciona *Significativamente* con la escala Rol Emocional y se correlaciona *No Significativamente* con las escalas Función Física, Salud Mental y Vitalidad de la Calidad de Vida percibida.
7. La escala Otros Poderosos del Locus de Control de la Salud se correlaciona *Muy Significativamente* con las escalas Rol Físico, Salud General y Vitalidad de la Calidad de Vida percibida. También esta escala se correlaciona *Significativamente* con Dolor Corporal y Función Social, finalmente se correlaciona *No Significativamente* con las escalas Rol Emocional, Salud Mental y Función Física de la Calidad de Vida percibida.
8. La escala de Casualidad o Azar del Locus de Control de la Salud se correlaciona *Muy Significativamente* con las escalas Dolor Corporal y Salud Social de la Calidad de Vida percibida. La misma escala se correlaciona *Significativamente* con las escalas Rol Físico y Salud General, así mismo se correlaciona *No Significativamente* con las escalas Vitalidad, Rol Emocional, Salud Mental y Función Física de la Calidad de Vida percibida.

5.2 RECOMENDACIONES

Luego de los hallazgos encontrados y sobre la base de la observación y los grupos estudiados nos permitimos sugerir las siguientes recomendaciones:

1. Es imperativo difundir los resultados de esta investigación en la institución de salud aquí implicada, a fin de tomarse las medidas pertinentes para mejorar la calidad de vida y el locus de control de la salud en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis.
2. Investigar; mediante entrevistas a aquellos pacientes con mayor sentido de control interno, en libros de investigación, videos e internet; cuáles son los factores que potencian el desarrollo de un locus de control de la salud interno, buscando lograr que todos los pacientes lleguen a visualizar su enfermedad desde una perspectiva positiva en donde ellos sean los principales protagonistas.
3. Así mismo, realizar ese tipo de investigaciones, respecto a cuáles son los factores que potencian el desarrollo de cada una de las escalas de calidad de vida percibida, buscando lograr que los pacientes lleguen a alcanzar el nivel adecuado que los ayude a visualizar su enfermedad desde una perspectiva positiva.
4. Elaborar programas psicológicos de prevención secundaria que reduzcan el fortalecimiento del locus de control Otros Poderosos y del Azar o Casualidad. Promoviendo el fortalecimiento y desarrollo del locus de control interno.

5. Del mismo modo, elaborar programas psicológicos de prevención secundaria, que promuevan el fortalecimiento y desarrollo de las escalas de calidad de vida percibida, haciendo énfasis en el Rol Físico y Salud General ya que el nivel con mayor incidencia en dichas escalas es muy bajo. Los programas pueden ser desarrollados por psicólogos.

6. Para las primeras etapas de la inclusión del paciente en el Tratamiento con Diálisis, se recomienda un sistema de Charlas Educativas, ya que éste necesita de la información y los elementos cognoscitivos relevantes acerca de su enfermedad. Para ello se requiere emplear materiales escritos para instruir al paciente, plegables y videos. Desde estos momentos se empieza a utilizar técnicas de desensibilización progresiva, familiarizándolos con su futuro, o reciente, tratamiento y régimen de vida.

7. Para una segunda fase; cuando el paciente va perdiendo su vínculo laboral o sus estudios, sus grupos sociales, cuando los intereses y las ocupaciones se ven disminuidos y ocurran importantes cambios en su personalidad; se ha creído conveniente el empleo de Cine- Debate Terapéutico empleando técnicas de discusión grupal y Terapia Testimonio. Estos métodos permiten trabajar sobre la esfera motivacional y el sistema de valores y actitudes de los pacientes. Al mismo tiempo, permiten conformar un estilo de enfrentamiento mucho más activo por parte del enfermo. En el Debate es bueno analizar los conflictos del protagonista, su estilo de enfrentamiento y las soluciones que se plantean. Entre las sesiones de discusión grupal, pueden llevarse a debate temas como el

locus de control, calidad de vida, y sus vertientes como la preocupación por su imagen corporal, por su salud física, emocional, cómo afecta su enfermedad en su trabajo, entre otros temas que los pacientes deseen discutir. También es recomendable utilizar la Terapia Ocupacional, ya que contribuye a activar al paciente y a despertar nuevos intereses.

8. Todas las labores deben estar acordes con la necesidad, gusto, el sexo y la edad de los pacientes, como la proyección de películas con carácter recreativo, musicoterapia, la participación en actividades culturales y la ejecución de ejercicios físicos programados.
9. Diseñar, implementar y monitorear dentro de la clínica, programas de promoción, a través de charlas, diapositivas, talleres, videos, folletos o pancartas, dirigidos a los familiares, para que ellos promuevan dentro de la convivencia familiar lo difundido sobre calidad de vida percibida y locus de control de la salud; recibiendo orientaciones para prevenir manejos inadecuados con el paciente. Dentro de la atención a la familia, debe tener un lugar priorizado la orientación de la pareja. Esto contribuirá al mejor enfrentamiento de la enfermedad y de los problemas en la esfera sexual, previniendo fijaciones psicológicas de los síntomas.
10. El trabajo con el personal que labora con estos pacientes, debe ser encaminado en cuanto al asesoramiento y refuerzo del trato amable y servicial que brindan, además de concientizar lo importante que ello es para la salud mental y física de estos pacientes.

CAPÍTULO VI

REFERENCIAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro, P. (2011). *Calidad de vida relacionada a la salud y locus de control de la salud en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis*. Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología Clínica por la Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Buiza, C. y et. al. (2006). Análisis de la Calidad de Vida relacionada con la Salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. *Colección Estudios Serie Personas Mayores*, 113-119.
- Contreras, F. y et. al. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 169.
- Contreras F. y et al. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas Psychologica*, 5(3), 487.
- FASCE, Eduardo. *Psicología Social* [en línea]: documenting electronic sources on the Internet. 2001 [fecha de consulta: 5 junio 2014]. Disponible en: <<http://www.monografias.com/usuario/perfiles/efasce/monografias>>.
- García, H. y Calvanece, N. (2007). Calidad de vida percibida y locus de control en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal: diálisis y trasplante renal. *Anales de la Universidad Metropolitana Simón Bolívar*, 7(1), 205-206.
- Heredia, J. (2002). *Conceptualización, medición y aplicación del constructo Locus de control: una revisión teórica*. Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología en Universidad de la Sabana, Bogotá.
- Hinojosa, E. (2006). *Essalud*. Obtenido de Essalud:
http://www.essalud.gob.pe/cendi/pdfs/evalu_calid_vid_pacient_insuf_rena_cr onica.pdf

Lugo, L. y et. al. (2005). *Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud sf-36 en Medellín, Colombia*. Tesis para optar el título de magíster en epidemiología por la Universidad de Antioquía, Medellín.

Mera Santander, M. (2007). *Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis*. Tesis para optar el grado de Licenciado en Enfermería por la Universidad Austral de Chile, Valdivia.

Quesada D. y Tamayo G. (2012). *Calidad de vida relacionada con salud en personas con limitación en las actividades de la movilidad del Municipio de Neiva*. Tesis para obtener el grado de Maestría por la Universidad Autónoma de Manizales, Manizales.

Zdanowicz, N. y et. al. (2004). ¿Juega el locus de control de la salud un papel clave en la salud durante la adolescencia? *Eur. J. Psychiat.* 18(2), 117. Recuperado desde: <http://scielo.isciii.es/pdf/ejp/v18n2/424.pdf>

ANEXOS

Anexo 1

Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov de la Escala de Locus de Control de la Salud

Escala de Locus de Control de Salud	Z de Kolmogorov Smirnov	Significancia
Internalidad	1,627	0,010 **
Otros Poderosos	2,061	0,000 **
Azar o Casualidad	1,336	0,056

Nota. Fuente: Resultados de la prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov de la Escala Locus de Control de la salud a pacientes con tratamiento de hemodiálisis, Clínica del Riñón Santa Lucía.

**p<0.01: Diferencia altamente significativa.

En el anexo 01, se puede apreciar que las puntuaciones en las Escalas de Locus de Control de Salud, Internalidad y Otros Poderosos no presentan distribución normal ($p<0.01$); sólo la escala Azar presenta distribución normal ($p>0.05$).

Anexo 2

Prueba de Normalidad según escala del Cuestionario SF-36 de Calidad de Vida percibida

Escala de Calidad de Vida	Z de K- S	Sig.(p)
Función Física	1,300	0,068
Rol Físico	2,745	0,000 **
Dolor Corporal	1,185	0,121
Salud General	1,277	0,077
Vitalidad	1,005	0,265
Función Social	1,700	0,006 **
Rol Emocional	3,931	0,000 **
Salud Mental	1,092	0,184

Nota. Fuente: Resultados de la prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov de la Escala Locus de Control de la salud a pacientes con tratamiento de hemodiálisis, Clínica del Riñón Santa Lucía.

**p<0.01: Diferencia altamente significativa.

En el anexo 02, se observa que las escalas de calidad de vida: Función Física, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad y Salud Mental, presentan distribución normal ($p > 0.05$); Sin embargo las escalas: Rol Físico, Dolor Corporal y Rol Emocional, presentan diferencias altamente significativas con la distribución normal ($p < 0.01$). Por los resultados obtenidos acerca de la prueba de normalidad, para llevar a cabo el proceso estadístico de evaluación de la relación entre el Locus de Control de Salud y la Calidad de Vida percibida se utilizó la prueba estadística paramétrica de correlación de Pearson cuando las dos variables a relacionar presentaban distribución normal y la correlación Spearman cuando una o las dos variables a relacionar no presentaban distribución normal.

Anexo 3

Coefficientes de confiabilidad obtenidos por el método de Mitades (par-impar) de la Escala Multidimensional de Locus de Control de la Salud

Escala de Locus de Control de Salud	Coefficiente de confiabilidad	Nº de ítems
Internalidad	0.64	6
Otros Poderosos	0.56	6
Azar o Casualidad	0.59	6

Nota. Fuente: Resultados de la aplicación del método de Mitades de la Escala Multidimensional de Locus de Control a pacientes con tratamiento de hemodiálisis, Clínica del Riñón Santa Lucía.

Anexo 4

Coefficientes de confiabilidad obtenidos por el método de Mitades (par-impar) del Cuestionario SF-36 de Calidad de Vida percibida

Escala de Calidad de Vida	Coefficiente de confiabilidad	Nº de ítems
Función Física	0.85	10
Rol Físico	0.92	4
Dolor Corporal	0.61	2
Salud General	0.54	4
Vitalidad	0.74	2
Función Social	0.55	3
Rol Emocional	0.93	5
Salud Mental	0.58	5

Nota. Fuente: Resultados de la aplicación del método por Mitades del cuestionario SF-36 de la Calidad de Vida a pacientes con tratamiento de hemodiálisis, Clínica del Riñón Santa Lucía.

Anexo 5

Evaluación de ítems a través del coeficiente de correlación ítem-test de la Escala Multidimensional de Locus de Control de la Salud

Item	Coeficiente
1	0.68
6	0.72
8	0.60
12	0.80
13	0.51
17	0.73
3	0.78
5	0.82
7	0.57
10	0.54
14	0.75
18	0.58
2	0.61
4	0.48
9	0.66
11	0.60
15	0.72
16	0.66

Nota. Fuente: Pacientes con tratamiento de hemodiálisis, Clínica del Riñón Santa Lucía.

*: Ítem válido si coeficiente de correlación ítem- test es mayor igual a 0.20.

Anexo 6

Evaluación de ítems a través del coeficiente de correlación ítem-test del Cuestionario SF-36 de Calidad de Vida percibida

Item	Coeficiente	Item	Coeficiente
3a	,45	1	,71
3b	,81	11 ^a	,75
3c	,64	11b	,82
3d	,75	11c	,69
3e	,79	11d	,80
3f	,73	9 ^a	,78
3g	,79	9e	,86
3h	,79	9g	,64
3i	,78	9i	,72
3j	,67	6	,82
4a	,79	10	,84
4b	,85	5 ^a	,95
4c	,83	5b	,94
4d	,83	5c	,88
7	,87	9b	,69
8	,92	9c	,77
		9d	,66
		9f	,71
		9h	,60

Nota. Fuente: Pacientes con tratamiento de hemodiálisis, Clínica del Riñón Santa Lucía.

*: Ítem válido si coeficiente de correlación ítem- test es mayor igual a 0.20.

Anexo 7

Nivel de Locus de Control de la Salud, según Tiempo de Diálisis por escala

Escala de Locus de Control	0-11 meses (x<1 año)		12-35 meses (1-2años)		36-216 meses (3-18 años)		Σ	Σ
	N	%	N	%	N	%	N	%
Internalidad								
Muy Bajo	2	1.2	0	0.0	0	0.0	2	1.2
Relativamente Bajo	4	2.4	2	1.2	1	0.6	7	4.2
Promedio	12	7.1	10	5.9	14	8.3	36	21.4
Relativamente Alto	13	7.7	23	13.7	17 ^a	10.1	53	31.5
Muy Alto	20	11.9	19	11.3	31 ^a	18.5	70	41.7
Total	51	30.4	54	32.1	63	37.5	168	100.0
Otros Poderosos								
Muy Bajo	2	1.2	1	0.6	3	1.8	6	3.6
Relativamente Bajo	4	2.4	1	0.6	2	1.2	7	4.2
Promedio	7	4.2	9	5.4	12	7.2	28	16.7
Relativamente Alto	28 ^b	16.7	22	13.1	21	12.5	71	42.3
Muy Alto	23 ^b	13.7	17	10.1	16	9.5	56	33.3
Total	64	38.1	50	29.8	54	32.2	168	100.0
Azar								
Muy Bajo	15 ^c	8.9	12	7.1	5	3.0	32	19.0
Relativamente Bajo	34 ^c	20.2	18	10.7	24	14.3	76	45.2
Promedio	15	8.9	12	7.1	17	10.1	44	26.2
Relativamente Alto	3	1.8	5	3.0	8	4.8	16	9.5
Muy Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	67	39.8	47	27.9	54	32.1	168	100.0

Nota. Se puede observar la distribución por niveles de cada escala, según el tiempo de diálisis. Fuente: Resultados de la aplicación de la Escala Multidimensional de Locus de Control a pacientes con tratamiento de hemodiálisis, Clínica del Riñón Santa Lucía.

^a Los pacientes que tienen de 3 a 18 años dializándose, presentan una mayor incidencia de niveles Relativamente Altos y Muy Altos en la escala Internalidad a comparación de los otros dos grupos.

^b Los pacientes que tienen menos de 1 año dializándose, presentan una mayor incidencia de niveles Relativamente Altos y Muy Altos en la escala Otros Poderosos a comparación de los otros dos grupos.

^c Los pacientes que tienen menos de 1 año dializándose, presentan una mayor incidencia de niveles Muy Bajos y Relativamente Bajos en la escala Otros Poderosos a comparación de los otros dos grupos.

Anexo 8

Nivel de Calidad de Vida percibida, según Tiempo de Diálisis por escala

Escala de Calidad de vida	0-11 meses (x<1 año) ^a		12-35 meses (1-2años)		36-216 meses (3-18 años)		Σ	Σ
	N	%	N	%	N	%	N	%
Función Física								
Muy Bajo	2	1.2	5	3.0	15	8.9	22	13.1
Relativamente Bajo	1	0.6	11	6.6	16	9.5	28	16.7
Promedio	10	5.9	14	8.3	12	7.1	36	21.4
Relativamente Alto	33	19.7	11	6.6	2	1.2	46	27.4
Muy Alto	27	16.1	9	5.4	0	0.0	36	21.4
Rol Físico								
Muy Bajo	11	6.5	19	11.3	28	16.7	58	34.5
Relativamente Bajo	7	4.2	8	4.8	9	5.4	24	14.3
Promedio	4	2.4	4	2.4	12	7.1	20	11.9
Relativamente Alto	13	7.7	5	3.0	2	1.2	20	11.9
Muy Alto	30	17.9	11	6.6	5	3.0	46	27.4
Dolor Corporal								
Muy Bajo	1	0.6	1	0.6	8	4.7	10	5.9
Relativamente Bajo	1	0.6	4	2.4	23	13.7	28	16.7
Promedio	10	6.0	40	23.8	0	0.0	50	29.8
Relativamente Alto	40	23.8	2	1.2	0	0.0	42	25.0
Muy Alto	33	19.6	5	3.0	0	0.0	38	22.6
Salud General								
Muy Bajo	7	4.2	8	4.8	8	4.8	23	13.7
Relativamente Bajo	15	8.9	17	10.1	15	8.9	47	28.0
Promedio	18	10.7	19	11.3	19	11.3	56	33.3
Relativamente Alto	7	4.2	16	9.5	10	5.9	33	19.6
Muy Alto	2	1.2	7	4.2	0	0.0	9	5.4
Vitalidad								
Muy Bajo	0	0.0	1	0.6	7	4.2	8	4.8
Relativamente Bajo	1	0.6	4	2.4	21	12.4	26	15.4
Promedio	3	1.8	47	28.0	16	9.5	66	39.3
Relativamente Alto	30	17.9	18	10.7	0	0.0	48	28.6
Muy Alto	19	11.3	1	0.6	0	0.0	20	11.9
Función Social								
Muy Bajo	4	2.4	2	1.2	2	1.2	8	4.8
Relativamente Bajo	7	4.2	6	3.6	7	4.2	20	11.9
Promedio	11	6.5	9	5.3	10	5.9	30	17.8
Relativamente Alto	21	12.5	24	14.3	25	14.9	70	41.7
Muy Alto	13	7.7	18	10.7	9	5.4	40	23.8
Rol Emocional								
Muy Bajo	20	11.9	21	12.5	21	12.5	62	37.0
Relativamente Bajo	8	4.8	5	3.0	3	1.8	16	9.5
Promedio	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Relativamente Alto	1	0.6	8	4.7	3	1.8	12	7.1
Muy Alto	14	8.3	25	14.9	39	23.2	78	46.4
Salud Mental								
Muy Bajo	1	0.6	0	0.0	1	0.6	2	1.2
Relativamente Bajo	3	1.8	4	2.4	3	1.8	10	5.9
Promedio	12	7.1	16	9.5	14	8.3	42	25.0
Relativamente Alto	27	16.1	11	6.6	28	16.7	66	39.3
Muy Alto	16	9.5	15	8.9	17	10.1	48	28.6
Total							168	100.0

Nota. Se puede observar la distribución por niveles de cada escala, según el tiempo de diálisis. Fuente: Resultados de la aplicación de la Escala Calidad de Vida a pacientes con tratamiento de hemodiálisis, Clínica del Riñón Santa Lucía.

^a Los pacientes que tienen menos de 1 año dializándose, presentan mejores resultados en Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal y Vitalidad a comparación de otros que llevan mayor tiempo dializándose.

Anexo 9

Mediana de Locus de Control de la salud, según Género

Escalas	Me	Masculino (N=77)	Femenino (N=91)
Internalidad	28.0	29 ^a	28
Otros Poderosos	28.5	28	28
Azar	17.0	17	17

Nota. Se puede observar la Mediana de cada escala, según el género. Fuente: Resultados de la aplicación de la Escala Multidimensional de Locus de Control a pacientes con tratamiento de hemodiálisis, Clínica del Riñón Santa Lucía.

^a Los pacientes varones presentan un mayor grado de creencia en ellos mismos (Relativamente Alta) a comparación de las pacientes mujeres.

Anexo 10

Mediana de Calidad de Vida percibida, según Género

Escalas	Me	Masculino (N=77)	Femenino (N=91)
Función Física	78.0	79.0 ^a	78.0
Rol Físico	21.4	21.7 ^a	21.0
Dolor Corporal	77.5	77.5	78.0 ^b
Salud General	20.0	19.5	20.0 ^b
Vitalidad	50.0	45.5	53.0 ^b
Función Social	80.5	76.8	82.5 ^b
Rol Emocional	66.6	56.0	68.3 ^b
Salud Mental	74.0	64.0	74.9 ^b

Nota. Se puede observar la Mediana de cada escala, según el género. Fuente: Resultados de la aplicación de la Escala Calidad de Vida a pacientes con tratamiento de hemodiálisis, Clínica del Riñón Santa Lucía.

^a Los pacientes varones presentan resultados más satisfactorios que las mujeres en Función Física (Relativamente Alto) y Rol Físico (Relativamente Bajo).

^b Las pacientes mujeres presentan resultados más satisfactorios que los varones en Dolor Corporal (Relativamente Alta), Salud General (Relativamente Baja), Vitalidad (Promedio), Función Social (Muy Alta), Rol Emocional (Relativamente Alta) y Salud Mental (Relativamente Alta).

Anexo 11

Mediana de Locus de Control de la salud, según Edad

Escalas	Me	21-40 (n=21) ^a	41-60 (n=98)	61-75 (n=49)
Internalidad	28.0	29	28	28
Otros Poderosos	28.5	29	28.5	28
Azar	17.0	19	17	16

Nota. Se puede observar la Mediana de cada escala, según el factor Edad. Fuente: Resultados de la aplicación de la Escala Multidimensional de Locus de Control a pacientes con tratamiento de hemodiálisis, Clínica del Riñón Santa Lucía.

^a Los pacientes cuyas edades oscilan entre 21 y 40 años presentan un mayor grado de creencia en ellos mismos (Relativamente Alta) a comparación de los pacientes que tienen entre 41 y 75 años. Así mismo, presentan un mayor grado de creencia en el personal de salud y familiares (Relativamente Alta) y en el destino (Relativamente Baja).

Anexo 12

Mediana de Calidad de Vida percibida, según Edad

Escalas	Me	21-40 (n=21)	41-60 (n=98)	61-75 (n=49)
Función Física	78.0	90.0 ^a	65.0	40.0
Rol Físico	21.4	21.0	21.4	20.7
Dolor Corporal	77.5	80.0 ^a	77.0	59.8
Salud General	20.0	22.0 ^a	19.0	18.0
Vitalidad	50.0	50.0	50.0	50.0
Función Social	80.5	87.5 ^a	79.5	68.8
Rol Emocional	66.6	65.0	67.3	60.9
Salud Mental	74.0	78.0 ^a	70.0	68.0

Nota. Se puede observar la Mediana de cada escala, según el factor Edad. Fuente: Resultados de la aplicación de la Escala Calidad de Vida a pacientes con tratamiento de hemodiálisis, Clínica del Riñón Santa Lucía.

^a Los pacientes cuyas edades oscilan entre 21 y 40 años presentan resultados más satisfactorios a comparación de los pacientes que tienen entre 41 y 75 años en las escalas: Función Física (Muy Alto), Dolor Corporal (Muy Alto), Salud General (Relativamente Baja), Función Social (Muy Alta), y Salud Mental (Relativamente Alta).

Anexo 13

Mediana de Locus de Control de la salud, según Grado de Instrucción

Escalas	Me	Escolaridad Incompleta (n=68)	Escolaridad completa (n=47)	Superior (n=53)
Internalidad	28.0	24	29 ^a	29 ^a
Otros Poderosos	28.5	27	30 ^b	30 ^b
Azar	17.0	18 ^c	17	17

Nota. Se puede observar la Mediana de cada escala, según el Grado de Instrucción. Fuente: Resultados de la aplicación de la Escala Multidimensional de Locus de Control a pacientes con tratamiento de hemodiálisis, Clínica del Riñón Santa Lucía.

^a Los pacientes que presentan escolaridad completa y superior tienen un mayor grado de creencia en ellos mismos (Relativamente Alta) a comparación del grupo que tiene escolaridad incompleta.

^b Los pacientes que presentan escolaridad completa y superior presentan un mayor grado de creencia en el personal de salud y familiares (Relativamente Alta) a comparación de los pacientes que tienen escolaridad incompleta.

^c Los pacientes que tienen escolaridad incompleta presentan una mayor creencia en el azar o la acción divina (Promedio) a comparación de los pacientes que presentan escolaridad completa y superior.

Anexo 14

Mediana de Calidad de Vida percibida, según Grado de Instrucción

Escalas	Me	Escolaridad Incompleta (n=68)	Escolaridad completa (n=47)	Superior (n=53)
Función Física	78.0	79.0 ^a	77.0	77.0
Rol Físico	21.4	19.0	21.5	22.0 ^b
Dolor Corporal	77.5	78.0	78.5 ^c	75.5
Salud General	20.0	17.5	20.0	20.0
Vitalidad	50.0	51.0 ^a	45.0	49.5
Función Social	80.5	82.5 ^a	79.5	77.5
Rol Emocional	66.6	64.3	66.6	66.6
Salud Mental	74.0	76.0 ^a	66.0	74.0

Nota. Se puede observar la Mediana de cada escala, según el Grado de Instrucción. Fuente: Resultados de la aplicación de la Escala Calidad de Vida a pacientes con tratamiento de hemodiálisis, Clínica del Riñón Santa Lucía.

^a Los pacientes que presentan escolaridad incompleta presentan resultados más satisfactorios a comparación de los pacientes que tienen escolaridad completa y superior en las escalas: Función Física (Relativamente Alta), Vitalidad (Promedio), Función Social (Muy Alta), y Salud Mental (Relativamente Alta).

^b Los pacientes que tienen un nivel de educación superior presentan un mejor resultado en la escala Rol Físico (Relativamente Baja) a comparación de los otros dos grupos.

^c Los pacientes que tienen escolaridad completa presentan un mejor resultado en la escala Dolor Corporal (Relativamente Alta).

Anexo 15

Mediana de Locus de Control de la salud, según Lugar de Procedencia

Escalas	Me	Trujillo (n=86)	Provincias (n=82)
Internalidad	28.0	28	28
Otros Poderosos	28.5	28	29 ^a
Azar	17.0	17	18 ^a

Nota. Se puede observar la Mediana de cada escala, según el Lugar de Procedencia. Fuente: Resultados de la aplicación de la Escala Multidimensional de Locus de Control a pacientes con tratamiento de hemodiálisis, Clínica del Riñón Santa Lucía.

^a Los pacientes que viven fuera de la ciudad de Trujillo (Casa Grande, Paiján, entre otros) presentan un mayor grado de creencia en la influencia que tiene el personal médico y su familia (Relativamente Alta), así como en el azar o la acción divina (Promedio) en el cuidado de su salud.

Anexo 16

Mediana de Calidad de Vida percibida, según Lugar de Procedencia

Escalas	Me	Trujillo (n=86)	Provincias (n=82)
Función Física	78.0	78.0 ^a	77.5
Rol Físico	21.4	21.5 ^a	21.2
Dolor Corporal	77.5	77.5 ^a	75.0
Salud General	20.0	21.0 ^a	20.0
Vitalidad	50.0	50.0	52.5 ^b
Función Social	80.5	80.5 ^a	78.8
Rol Emocional	66.6	66.6 ^a	53.3
Salud Mental	74.0	64.0 ^a	60.0

Nota. Se puede observar la Mediana de cada escala, según el Lugar de Procedencia. Fuente: Resultados de la aplicación de la Escala Calidad de Vida a pacientes con tratamiento de hemodiálisis, Clínica del Riñón Santa Lucía.

^a Los pacientes que viven en la ciudad de Trujillo presentan resultados más satisfactorios en las escalas: Función Física (Relativamente Alta), Rol Físico (Relativamente Baja), Dolor Corporal (Relativamente Alta), Salud General (Relativamente Baja), Función Social (Muy Alta), Rol Emocional (Relativamente Alta), y Salud Mental (Relativamente Alta).

^b Los pacientes que viven fuera de la ciudad de Trujillo (Casa Grande, Paiján, entre otros) presentan un mejor resultado en las escala de Vitalidad (Promedio).

Anexo 17

CONSENTIMIENTO INFORMADO EVALUACIÓN DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO

Yo,..... (Nombre y apellidos del o de la participante) con DNI N°..... declaro en honor a la verdad que:

- He comprendido el motivo de esta evaluación.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información.
- Se que los datos obtenidos serán usados solo para el estudio de investigación.

Por lo que presto libremente mi conformidad para participar en este estudio.

Firma del participante

DNI:

Anexo 18

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Por favor, conteste las siguientes preguntas con total sinceridad. En algunas tendrá que marcar con una X la respuesta que crea conveniente, en otras en cambio tendrá que completar frases.

Datos Generales

F1. Edad: _____

F2. Sexo: M / F

F3. Lugar de procedencia: _____

F4. Grado de instrucción: _____

F5. Religión: _____

F6. Señale usted a que se dedica:

1. dependiente ()

2. independiente ()

3. ama de casa ()

4. desempleado/a ()

Composición familiar

F7. ¿Se encuentra usted actualmente dentro de una relación de pareja?:

1. Sí () 2. No ()

F8. Si respondió que sí a la pregunta anterior, encierre en un círculo el número que corresponda a que tan satisfecho/a se encuentra con su relación de pareja:

Muy insatisfecho(a)	Ligeramente insatisfecho(a)	N satisfecho(a) ni insatisfecho(a)	Ligeramente satisfecho(a)	Muy satisfecho(a)
1	2	3	4	5

F9. En su hogar, usted vive:

- 1. Solo ()
- 2. Con mi familia nuclear ()
- 3. Con mi esposa(o) ()
- 4. Con otros familiares ()
- 5. Con mis amigos ()

Datos médicos

F10. ¿Hace cuánto inició el tratamiento en hemodiálisis?:

F11. Vía de acceso vascular: 1. Catéter () 2. Fístula ()

F12. ¿Tiene usted alguna otra enfermedad aparte de la IRCT? Sí () No ()

F13. Además de la IRC, ¿presenta usted alguna de las siguientes enfermedades?:

- 1. Hipotensión ()
- 2. Hipertensión ()
- 3. Diabetes ()
- 4. Problemas del corazón ()
- 5. Anemia ()
- 6. Hepatitis C ()
- 7. Otros: _____

Anexo 19

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE LOCUS DE CONTROL DE SALUD **(Versión Colombiana)**

Instrucciones

Cada ítem es una declaración de creencias acerca de su estado de salud. Al lado de cada ítem hay una escala que va desde Totalmente en Desacuerdo (1) a Totalmente de Acuerdo (6). Para cada ítem nos gustaría que colocara el número que representa el grado en que usted está de acuerdo o en desacuerdo con esa afirmación. Cuanto más esté de acuerdo con un comunicado, mayor será el número que marque. Cuanto menos esté de acuerdo con un comunicado, el número será menor. Por favor, asegúrese de que su respuesta sea UNA POR ÍTEM. Esta es una medida de sus creencias personales, por ende no hay respuestas correctas o incorrectas.

1 = Totalmente en Desacuerdo (TD)

2 = Moderadamente en Desacuerdo (MD)

3 = Algo en Desacuerdo (D)

4 = Algo de Acuerdo (A)

5 = Moderadamente de Acuerdo (MA)

6 = Totalmente de Acuerdo (TA)

ÍTEMS	TD	MD	D	A	MA	TA
1. Si caigo enfermo, es mi propia conducta la que determina el tiempo que tardaré en recuperarme.	1	2	3	4	5	6
2. Haga lo que haga, si voy a caer enfermo, caeré enfermo.	1	2	3	4	5	6
3. La mejor manera de evitar la enfermedad consiste en mantener contactos regulares con mi médico.	1	2	3	4	5	6

ÍTEMS	TD	MD	D	A	MA	TA
4. La mayoría de cosas que afectan a mi salud suceden de forma imprevista.	1	2	3	4	5	6
5. Siempre que me siento mal, debería consultar a un médico.	1	2	3	4	5	6
6. Yo puedo controlar mi propia salud.	1	2	3	4	5	6
7. El que me mantenga sano o caiga enfermo depende, en gran medida, de lo que hagan los miembros de mi familia.	1	2	3	4	5	6
8. Cuando caigo enfermo, yo soy el culpable.	1	2	3	4	5	6
9. La rapidez con que me recuperaré de una enfermedad depende, en gran medida, de la suerte.	1	2	3	4	5	6
10. Mi salud depende de lo que hagan los profesionales sanitarios.	1	2	3	4	5	6
11. Mi buena salud es, en gran medida, cosa de suerte.	1	2	3	4	5	6
12. Mi salud depende, sobre todo, de lo que yo hago.	1	2	3	4	5	6
13. Si me cuido, puedo evitar la enfermedad.	1	2	3	4	5	6
14. Mi recuperación de una enfermedad dependerá, normalmente, del cuidado que me dispensen otras personas (como, por ejemplo, médicos, enfermeras, familiares y amigos).	1	2	3	4	5	6
15. Aunque me cuide, es fácil que caiga enfermo.	1	2	3	4	5	6
16. El que me mantenga sano o caiga enfermo depende del destino.	1	2	3	4	5	6
17. Si me comporto adecuadamente, puedo mantener mi salud.	1	2	3	4	5	6
18. En relación con mi salud, debo hacer únicamente lo que mi médico me dice que haga.	1	2	3	4	5	6

Anexo 20

Cuestionario SF-36 sobre su estado de salud (español, Colombia), versión

1.2

Instrucciones: las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, diría usted que su salud es: (marque un solo número.)

- excelente?..... 1
- muy buena?..... 2
- buena? 3
- regular?..... 4
- mala? 5

2. ¿Cómo calificaría usted su estado general de salud actual, comparado con el de hace un año? (Marque un solo número.)

- Mucho mejor ahora que hace un año..... 1
- Algo mejor ahora que hace un año..... 2
- Más o menos igual ahora que hace un año..... 3
- Algo peor ahora que hace un año..... 4
- Mucho peor ahora que hace un año..... 5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted puede hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo/la limita en estas actividades? Si es así, ¿cuánto? (Marque un número en cada línea.)

	Sí, me limita Mucho	Sí, me limita poco	No, no me limita para nada
a. Actividades intensas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores.....	1	2	3
b. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, trapear, lavar, jugar fútbol, montar bicicleta.....	1	2	3
c. Levantar o llevar las bolsas de compras.....	1	2	3
d. Subir varios pisos por las escaleras.....	1	2	3
e. Subir un piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas.....	1	2	3
g. Caminar más de un kilómetro (10 cuadras).....	1	2	3
h. Caminar medio kilómetro (5 cuadras)....	1	2	3
i. Caminar cien metros (1 cuadra).....	1	2	3
j. Bañarse o vestirse.....	1	2	3

4. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física? (Marque un número en cada línea.)

	Sí	No
a. ¿Ha disminuido usted el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?	1	2
b. ¿Ha podido hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Se ha visto limitado/a en el tipo de trabajo u otras actividades?	1	2
d. ¿Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades (por ejemplo, le ha costado más esfuerzo)?	1	2

5. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido/a o ansioso/a)? (Marque un número en cada línea.)

	Sí	No
a. ¿Ha disminuido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?	1	2
b. ¿Ha podido hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual?	1	2

6. Durante las últimas cuatro semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con su familia, amigos, vecinos u otras personas? (Marque un solo número.)

- Nada en absoluto..... 1
- Ligeramente..... 2
- Moderadamente..... 3
- Bastante..... 4
- Extremadamente..... 5

7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas cuatro semanas? (Marque un solo número.)

- Ninguno..... 1
- Muy poco..... 2
- Poco 3
- Moderado..... 4
- Mucho 5
- Muchísimo..... 6

8. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera del hogar como las tareas domésticas)? (Marque un solo número.)

- Nada en absoluto..... 1
- Un poco..... 2
- Moderadamente..... 3
- Bastante..... 4
- Extremadamente..... 5

9. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han salido las cosas durante las últimas cuatro semanas. En cada pregunta, por favor elija la respuesta que más se aproxime a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas... (Marque un número en cada línea.)

	Siempre siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. se ha sentido lleno/a de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. ha estado muy nervioso/a?	1	2	3	4	5	6
c. se ha sentido con el ánimo tan decaído/a que nada podría animarlo/a?	1	2	3	4	5	6
d. se ha sentido tranquilo/a y sereno/a?	1	2	3	4	5	6
e. ha tenido mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. se ha sentido desanimado/a y triste?	1	2	3	4	5	6
g. se ha sentido agotado/a?	1	2	3	4	5	6
h. se ha sentido feliz?	1	2	3	4	5	6
i. se ha sentido cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)? (Marque un solo número.)

- Siempre..... 1
- Casi siempre..... 2
- Algunas veces.....3
- Casi nunca..... 4
- Nunca5

11. ¿Cómo le parece cada una de las siguientes afirmaciones? (Marque un número en cada línea.)

		Totalmente cierta	Bastante cierta	No sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas.	1	2	3	4	5	
b. Estoy tan sano/a como cualquiera.	1	2	3	4	5	
c. Creo que mi salud va a empeorar.	1	2	3	4	5	
d. Mi salud es excelente.	1	2	3	4	5	