



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

AFRONTAMIENTO Y LOCUS DE CONTROL EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DE
HEMODIÁLISIS

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica que
presenta la bachillera:

CAMILA URANGA ROEDER

ASESORA:
VANESSA LOSTAUNAU CALERO

LIMA 2018

Agradecimientos

A mis papás, por siempre estar en las buenas y las malas. Por ser la fuerza que necesitaba en los momentos difíciles. Por ser la motivación y la felicidad de mi vida.

A mi familia y amigos, por su amor y confianza en mí. Gracias por ser un apoyo incondicional.

A mí asesora, por la paciencia, compromiso y buen humor. Por acompañarme y orientarme a través de todo el proceso.

A todos los pacientes que formaron parte de esta investigación. Por permitirme escucharlos. Por compartir conmigo sus historias. Los llevo conmigo siempre.



Estrategias de afrontamiento y Locus de Control de la Salud en tratamiento de hemodiálisis

La enfermedad renal crónica terminal es considerada como una fuente generadora de estrés debido al deterioro continuo y constante. Por ello, la forma como el individuo afronta la situación y la motivación que tiene para seguir el tratamiento es una fuente de interés de investigación. El presente estudio tiene como objetivo conocer la relación entre las estrategias de afrontamiento y el locus de control de la salud en pacientes con enfermedad renal crónica terminal que se encuentran recibiendo tratamiento de hemodiálisis. La población estudiada se conformó por 80 pacientes provenientes de dos hospitales de Lima Metropolitana, a quienes se les aplicó el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento COPE (Carver, Scheier & Weintraub, 1989) y la Escala Multidimensional de Locus de Control (Wallston, Wallston & Devellis, 1978). Se hallaron correlación inversa y pequeña entre afrontamiento activo con locus de control otros poderosos y una correlación inversa y mediana con locus de control de casualidad. Respecto al locus de control interno, este se correlaciona de manera directa y leve con búsqueda de razones emocionales y búsqueda de razones instrumentales. Además, la negación se correlaciona de manera directa y mediana con el locus de control otros poderosos y de manera directa y leve con el locus de control de casualidad.

Palabras claves: Estrategias de afrontamiento, Locus de Control de la salud, enfermedad renal crónica terminal, hemodiálisis.

Abstract

Coping Strategies and Health Locus of Control in patients in hemodialysis treatment

End-stage renal disease is considered a source of stress due to continuous and constant deterioration. Therefore, the way the individual faces the situation and the motivation to follow the treatment is a source of research interest. The present study aims to know the relationship between coping strategies and the locus of health control in patients with chronic terminal kidney disease who are receiving hemodialysis treatment. The sample is conformed of 80 patients from two hospitals in Lima Metropolitana who have been applied the Coping Styles Questionnaire COPE (Carver, Scheier & Weintraub, 1989) and the Multidimensional Locus Control Scale developed (Wallston, Wallston & Devellis, 1978). There was an inverse and small correlation between active coping with other powerful locus of control and an inverse and medium correlation with locus of control of chance. Regarding the internal locus of control, it correlates directly and mildly with searching for emotional reasons and searching for instrumental reasons. In addition, negation correlates directly and median with the locus of control other powerful and directly and mildly with locus of control of chance.

Keywords: Coping strategies, Health Locus of control, terminal chronic renal disease, hemodialysis.

Tabla de Contenidos

Introducción	1
Método	13
Participantes	13
Medición	13
Procedimiento	17
Análisis de datos	17
Resultados	19
Discusión	25
Referencias bibliográficas	35
Anexos	41
Anexo A: Consentimiento informado	41
Anexo B: Ficha sociodemográfica	43
Anexo C: Variables descriptivas	47

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) es el resultado del deterioro persistente de más de tres meses de la tasa del filtrado glomerular (TFG), que es una medición de la función renal, y de la presencia de daño renal (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014). Esta condición se caracteriza por ser irreversible y progresiva, ya que los riñones pierden la capacidad de excretar los productos de desecho en la orina y de mantener el balance químico en la sangre. Ambas son funciones vitales e indispensables para la supervivencia del organismo (García, 2008; National Kidney Foundation [NKF], 2014). De acuerdo con cifras reportadas en el 2015, la enfermedad renal crónica es un problema de salud pública mundial, ya que esta afecta a cerca del 10% de la población en el mundo (OPS/OMS, 2015). En el Perú, se estima que un aproximado de 2 507 121 personas padecen ERC en estadio pre-diálisis; 19 197 personas, en ERC terminal (ERCT); y que de los pacientes inscritos en el Seguro Integral de Salud (SIS), la brecha no atendida ascendería a 7 778 (Ministerio de Salud [MINSAL], 2015).

Por otro lado, es importante resaltar que, a partir de las causas específicas de mortalidad en el 2010, se demostró que la insuficiencia renal crónica es la causa número 18 de muerte en el mundo (NKF, 2014). En el Perú, esta enfermedad constituye una de las 10 primeras causas de muerte; de hecho, en el año 2012, se estimó que 11,5 por cien mil habitantes fallecieron debido a la insuficiencia renal crónica (Minsal, 2015).

Entre las causas principales que pueden generar la enfermedad renal, se encuentran la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la glomerulonefritis, la inflamación de las vías urinarias, el lupus eritomatoso, los cálculos de las vías urinarias y las malformaciones congénitas. Todas estas desgastan progresivamente las nefronas, es decir, las células básicas de los riñones (NKF, 2014; Seguro Social de Salud del Perú [ESSalud], 2006).

Sobre los síntomas de la ERC, estos se inician ante la presencia de daño renal; por ello, iniciada la enfermedad, esta es asintomática (OPS, 2014). Cuando ya está más avanzada, los síntomas que se presentan son orina espumosa, sed intensa, aumento de presión arterial, anemia, falta de apetito, pérdida de peso, náuseas y/o agitación al caminar, así como amanecer con los párpados o la cara hinchada y, en las tardes, sentir hinchazón de pies a causa de la retención de líquidos (ESSalud, 2006; NKF, 2015).

La TFG y la evidencia del daño renal determinan los cinco estadios de la ERC. Durante los primeros dos, la enfermedad es asintomática; recién a partir del estadio 3, surgen los primeros síntomas, que es cuando se desarrolla o aparece el daño renal. Sin

embargo, estos presentan comorbilidad con otras enfermedades, por lo que se dificulta la detección específica de la ERC. En este punto, como los síntomas no son exclusivos de la ERC, los pacientes se deben someter a un análisis de detección a través de orina y sangre. De hecho, los síntomas recién se agravan en el estadio 4, en el cual el daño renal ha avanzado y se presenta un alto riesgo de progresión al estadio 5 (KDIGO, 2012; NKF, 2014), es decir, a la enfermedad renal crónica terminal (ERCT).

Este último estadio ocurre cuando se ha perdido el 85% de la función renal (NKF, 2014). Aquella pérdida se debe a la retención de sustancias, alteraciones hormonales, cambios metabólicos y trastornos hidroelectrolíticos (Sarnak & Levey, 2000; García, 2008). En esta etapa, si el paciente no recibe el adecuado tratamiento, puede producirse una muerte a corto plazo. Por ello, para extender la esperanza de vida de la persona se debe acudir a métodos alternativos que puedan sustituir la función renal (Sarnak & Levey, 2000; García, 2008). Estos tratamientos incluyen las técnicas dialíticas, las cuales son la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y la hemofiltración; a su vez, el paciente se puede someter a un trasplante renal, el cual sustituye todas las funciones renales (García & Griño, 2008).

En el Perú, existe una tasa de prevalencia de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) de 244.04 por millón de personas y la hemodiálisis es la modalidad más utilizada con una prevalencia de 167.36 personas por millón (68.6%) (Minsa, 2015). Esta forma de diálisis es un procedimiento que limpia y filtra la sangre, con lo que se extraen del cuerpo los desechos tóxicos, y el exceso de sal y líquido (Flash & Paschal, 1999; Hall, 1995). El paciente debe asistir al menos tres veces por semana a la unidad renal y permanecer allí de tres a cinco horas por sesión, dependiendo de la función renal residual, la superficie corporal, la técnica de hemodiálisis, y las enfermedades asociadas en el paciente, como la diabetes y la hipertensión, que son las más comunes (García & Griño, 2008). Este procedimiento implica que el paciente empiece la diálisis con malestar debido a las horas transcurridas sin haber limpiado las toxinas en la sangre (Himmelfarb & Sayegh, 2010). El tratamiento debe acompañarse de una estricta dieta alimenticia para controlar los niveles de fósforo, potasio, sodio y calcio, y de la ingesta de líquidos suficientes con el mismo fin (Flash & Paschal, 1999; García & Griño, 2008).

Para poder iniciar la hemodiálisis es necesario crear una conexión con la sangre de los vasos sanguíneos (NKF, 2014). El acceso vascular es una manera de acceder a la sangre para la hemodiálisis, la cual permite que la sangre viaje por tubos flexibles hacia la máquina de diálisis, en donde se limpia al pasar por el dializador (García & Griño,

2008; NKF, 2014). Los accesos vasculares más comunes son la fístula y el catéter. La fístula es el mejor acceso vascular para la diálisis debido a que generalmente dura más y presenta menos complicaciones como la formación de coágulos e infecciones (ESsalud, 2006). Sin embargo, esta forma de acceso vascular, produce más dolor, debido a que al paciente le insertan agujas en el cuerpo para conectarlas a la máquina de diálisis (NKF, 2014). El catéter se utiliza frecuentemente para los accesos vasculares transitorios, por ello, se utilizan por un corto periodo de tiempo en personas que necesitan iniciar la diálisis antes de que la fístula esté lista (García y Griño, 2008; NKF, 2014). De igual forma, cabe mencionar, que aquel acceso vascular no produce dolor debido a que no se insertan agujas para conectarlas a la máquina de diálisis (NKF, 2014). Por ello, se podría mencionar que una de las principales diferencias entre ambos accesos vasculares es el dolor debido a que el dolor que produce la fístula se extiende durante todo el día por la inflamación que produce la aguja de aquel tratamiento (Himmelfarb & Sayegh, 2010).

Si bien el tratamiento de hemodiálisis es de suma importancia para la supervivencia del paciente, produce efectos físicos adversos en él durante el proceso. Entre ellos se presentan la hipotensión; calambres; síndrome de desequilibrio, el cual produce cefaleas, náuseas, vómitos y, en raras ocasiones, crisis compulsivas; arritmias cardíacas; y dolor anginoso (García & Griño, 2008). Por otro lado, las secuelas principales, que afectan la vida cotidiana del paciente, son la desnutrición debido a la eliminación de nutrientes, el insomnio frecuente, la fatiga, la pérdida de movilidad, la hinchazón en los pies y tobillos, y el mal sabor en la boca producto de la no eliminación de desechos (Barrios *et al.*, 2004). Asimismo, debido a que la ERCT presenta comorbilidad diagnóstica, se incrementa el riesgo de mortalidad. Por ello, el riesgo de complicaciones es mayor debido al mismo tratamiento de hemodiálisis que baja las defensas del individuo durante el proceso (García y Griño, 2008).

A su vez, el diagnóstico y tratamiento pueden afectar psicológicamente las condiciones de vida del paciente, pues se relacionan con el dolor y el riesgo de morir. Según Christensen y Elhers (2002), el tratamiento de hemodiálisis se caracteriza por una pérdida de control y de autonomía extrema, una serie de estresores crónicos y agudos, un alto grado de angustia emocional, comorbilidad psiquiátrica, y cambios conductuales permanentes. Otros efectos son el cambio en los roles del enfermo, la disminución de algunas capacidades funcionales o del trabajo, las alteraciones en su imagen corporal, y el afrontamiento de la propia muerte (Rincón-Hoyos *et al.*, 2006).

Por ello, a nivel emocional, es frecuente encontrar pacientes que presentan una patología psicológica asociada a la angustia y a la ansiedad que esta conlleva, lo que genera irritabilidad y, por ello, un deterioro en las relaciones sociofamiliares. Además, el interés y placer en actividades cotidianas se ve disminuido; incluso, se han detectado casos de disfunción sexual. También, el paciente genera sentimientos de incapacidad y puede sufrir de depresión (Vinokur & Bueno, 2002). Asimismo, se encontró que las personas con este diagnóstico muestran bajos índices de adherencia al tratamiento, lo que, sumado a sensaciones de pérdida de control y desesperanza, reducen su calidad de vida, y se incrementan los índices de mortalidad y comorbilidad (Christensen & Ehlers, 2002; Gregory, Way, Hutchinson, Barret & Parfrey, 1998).

Las enfermedades crónicas, como la enfermedad renal crónica terminal, son consideradas fuentes generadoras de estrés debido al deterioro continuo y constante, afectando la calidad de vida y originando nuevas exigencias que deben ser afrontadas por el paciente (DiMatteo, 2002). Por ello, el afrontamiento que se haga de la condición de enfermo crónico es fundamental, pues, de esa manera, se podrá prevenir los efectos que pueda ocasionar la enfermedad en la persona y, así, pueda mediar, menguar y/o atenuar los efectos del estrés; a su vez, funcionan como una variable intermediaria de la adaptación del individuo a eventos de estrés (Cassaretto & Paredes, 2006; Sierra & Julio, 2010).

Uno de los significados del afrontamiento que ha adquirido mayor desarrollo en los últimos años está relacionado con el concepto del estrés como proceso (Lazarus & Folkman, 1984). Estos autores señalan que las consecuencias negativas del estrés son reguladas o mediatizadas por un proceso denominado afrontamiento, considerado como un proceso dinámico en respuesta a demandas objetivas y a evaluaciones subjetivas de la situación. En consecuencia, el afrontamiento se define como los esfuerzos cognitivos y conductuales que sirven para manejar las demandas internas o externas que son evaluadas como un factor que grava o excede los recursos de la persona (Lazarus & Folkman, 1984).

Asimismo, Kobasa, Maddi y Kahn (1982) señalan que el afrontamiento es una fuente que ayuda a identificar los elementos que intervienen en la relación dada entre situaciones de vida estresantes y síntomas de enfermedad. A su vez, mencionan que actúa como regulador de la perturbación emocional, dado que, si este es efectivo, no se presentará dicho malestar; caso contrario, la salud podría verse afectada de manera negativa, y aquello aumentaría el riesgo de mortalidad y morbilidad.

Para una mejor comprensión del proceso de afrontamiento, estudios diferencian

los estilos de afrontamiento de las estrategias de afrontamiento (Kallasmaa y Pulver, 2000; Hudek-Knežević Kardum & Vukmirović, 1999). Los estilos son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y son los que determinarán el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional (Carver, 1989). Cassaretto y Chau (2016) reportan que hay investigaciones en el Perú como las de Cassaretto (2009), Chau (2004) y Casuso (1996), que no han logrado reproducir las estructuras psicométricas de los estilos, mientras que sí se logra con las estrategias de afrontamiento. Por lo tanto, las autoras recomiendan utilizar las estrategias debido a su mayor fuerza a nivel psicométrico. Así, las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos y específicos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes (Fernández-Abascal, Palmero, Chóliz & Martínez, 1997).

De hecho, las estrategias de afrontamiento desarrolladas por los pacientes de ERCT en tratamiento de hemodiálisis podrían funcionar como fuentes protectoras ante los altos índices de mortalidad y comorbilidad, ante la disminución de la adherencia al tratamiento, y ante el aislamiento y la aparición de desórdenes o síntomas psiquiátricos que afectan reiteradamente a esta población (Christensen *et al.*, 2002; Courts, 2002; Gregory *et al.*, 1998).

Existen investigaciones que demuestran la relación entre las estrategias de afrontamiento y la enfermedad renal crónica terminal. Es el caso de Ruiz de Alegría *et al.* (2009), quienes realizaron un estudio longitudinal de tres años en 93 pacientes adultos en hemodiálisis. En aquel estudio, se encontró que los pacientes que llevan menos tiempo en diálisis movilizan la búsqueda de apoyo social y recurren más a la distracción. Los autores señalan que aquellas estrategias mencionadas actúan como factores protectores al enfrentar una situación de crisis como una enfermedad crónica. Por el contrario, los pacientes que llevan más tiempo en tratamiento tienden al aislamiento y confrontación-oposición; estas últimas tienen efectos negativos sobre la salud emocional de las personas.

Asimismo, la investigación de Cassaretto y Paredes (2006), quienes estudiaron el afrontamiento en 40 pacientes con enfermedad renal crónica terminal, obtuvieron como resultado que la planificación, aceptación y reinterpretación positiva de crecimiento fueron señaladas como las más usadas en aquella población. Las autoras consideraron que la estrategia de planificación ayuda a los participantes a desarrollar un plan de acción responder a los nuevos cambios y exigencias de la enfermedad y sus tratamientos. Igualmente, las autoras señalan que el uso de la estrategia de reinterpretación positiva y

crecimiento puede contribuir a responder a las demandas emocionales, pues permitiría proteger y prevenir la presencia de desórdenes del ánimo a futuro.

Adicionalmente a los resultados de Cassaretto y Paredes (2006), la investigación de Paredes (2005), quien estudió el afrontamiento y el soporte social en un grupo de pacientes con enfermedad renal crónica terminal, incorpora una estrategia más: acudir a la religión. La autora argumenta que, como todos los participantes indicaron tener algún tipo de creencia religiosa, es posible que su creencia los haya motivado a apoyarse en su religión como alternativa de afrontamiento al estrés producto de la ERCT y sus tratamientos.

En las últimas dos investigaciones mencionadas, se encontró que las estrategias de desentendimiento conductual, supresión de actividades competentes y desentendimiento cognitivo fueron descritas como las estrategias de afrontamiento de menor uso por los participantes en cuestión (Paredes 2005; Cassaretto & Paredes 2006). Según Paredes (2005), la estrategia desentendimiento conductual fue la de menor uso, debido a que incumplir con los tratamientos de la ERCT, puede tener consecuencias perjudiciales para la salud. En el caso de supresión de actividades competentes, no fue de la preferencia de los pacientes, debido a que su uso implicaría abandonar cualquier proyecto o meta adicional y separada al afrontamiento de la ERCT. Por último, según la autora, el desentendimiento cognitivo no fue tan utilizada por los pacientes, ya que, al verse expuestos diariamente a los múltiples desafíos de la ERCT y sus tratamientos, parece poco probable que cuenten con la motivación necesaria como para dejar de pensar en las formas más apropiadas de afrontar el estrés que deriva de la ERCT y sus tratamientos.

A su vez, Sierra & Julio (2010) investigaron las estrategias de afrontamiento en pacientes con edades comprendidas entre los 20 a 60 años, y con más de tres meses de iniciado el tratamiento de hemodiálisis. El estudio concluyó que estos asumieron su condición de enfermos principalmente con estrategias activas, racionales y focalizadas más en el problema que en la emoción. Lo anterior, según los autores, puede evidenciarse a partir de las puntuaciones elevadas en las subescalas focalizadas en la solución del problema, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social. Esta investigación puede tener importantes implicaciones en tanto permite identificar estrategias de afrontamiento que se relacionan de manera directa con la salud que percibe el paciente.

Se han publicado investigaciones que relacionan los datos sociodemográficos con las estrategias de afrontamiento de los pacientes con ERCT con la finalidad de analizar a más detalle dicha población (Yeh & Chou, 2007; Gurkan, Pakyuz & Demir, 2015; Dehkordi

& Shahgholian 2013). Los participantes de dichos estudios fueron hombres y mujeres provenientes de tres países distintos. Los originarios de Taiwán tenían entre 15 y 95 años de edad, los de Turquía entre 18 y 75, y los de Irán, entre 30 y 78 años. Todos ellos tenían seis meses de iniciado el tratamiento, como mínimo. A partir de ello, los autores coinciden en que la estrategia de afrontamiento más utilizada por estos pacientes fue acudir a la religión, en función a las creencias religiosas de su lugar de procedencia. Asimismo, se concluyó que existía una correlación negativa significativa entre la edad del paciente y su estrategia de afrontamiento. De este modo, los pacientes con mayor edad presentan un menor uso de estrategias de afrontamiento ligadas a las emociones.

A su vez, Cassaretto y Paredes (2006) encontraron que las estrategias de planificación y desentendimiento cognitivo fueron utilizadas de forma significativamente más frecuente por los participantes varones en tratamiento de hemodiálisis. Además, las autoras hallaron que los pacientes provenientes de provincia usaron estrategias de afrontamiento activo, postergación del afrontamiento, negación, acudir a la religión y desentendimiento cognitivo significativamente más veces que los pacientes provenientes de Lima.

Así, por ejemplo, participantes que viven en provincia o que migraron a Lima posiblemente presentan costumbres y tradiciones diferentes a aquellos que viven en Lima y cuyas familias tienen más de una generación residiendo en Lima. Es decir, es posible que estos dos grupos de participantes cuenten con diferentes visiones del ambiente que los rodea, lo cual los motivaría a responder a los problemas, cambios o demandas de su ambiente en función al entendimiento particular que tienen del mismo (Paredes 2005, Cassaretto & Paredes, 2006).

Así como el afrontamiento es una línea de investigación importante en las enfermedades crónicas, en los últimos años, muchos estudios se han centrado en investigar el concepto de control en las diversas enfermedades con la intención de que las personas mantengan y perciban una sensación de dominio sobre sus vidas (Báñez, 2002). Entre uno de los constructos que implican los diferentes aspectos del control percibido se encuentra el locus de control creado por Rotter (1962).

El concepto de locus de control introducido por Rotter (1962) se refiere al grado con que el individuo cree controlar su vida y los acontecimientos que influyen en ella (Casique & López, 2007). El término 'locus' significa *el lugar donde el control reside* y Rotter, en 1966, lo dividió en interno y externo. Un individuo con locus de control interno cree que ciertos acontecimientos y sucesos se deben a sus propias acciones y comportamientos; es

decir, sus propias acciones son directamente responsables de los eventos en sus vidas. En cambio, un locus de control externo se refiere a la creencia de que ciertos acontecimientos y sucesos en la vida del individuo se deben a factores tales como los médicos, el azar, el destino y la suerte (Morowatisharifabad, Mahmoodabad, Baghianimoghadam, & Tonekaboni, 2009).

Un cambio importante se produjo cuando Wallstons (1970) creó la escala unidimensional de locus de control y, a partir de los resultados, sugirió que el locus de control interno y el locus de control externo son dimensiones distintas en vez de extremos de un mismo constructo. Luego de ello, Levenson (1974) estableció que el constructo de locus de control era multidimensional antes que unidimensional; lo mismo ocurría con el constructo de locus de control externo, que desarrolló dos dimensiones: la dimensión externa de otros poderosos y la dimensión externa de casualidad (Oros, 2005; Moshki, *et al.*, 2007; Walston, 2001).

Posteriormente, Wallston y colaboradores (2001) desarrollaron la escala del locus de control de la salud, que investiga las creencias de una persona en relación al control que creía tener para determinar su estado de salud. Consta de las tres dimensiones propuestas por Levenson (Wallston, 2001), donde el locus de control de salud interno se refiere a la creencia de que la salud o enfermedad dependen de uno mismo. Asimismo, el locus de control de salud externo es la creencia de que la salud no depende de uno mismo, el cual se divide en dos dimensiones: locus de control de salud otros poderosos, la creencia que la salud depende de otras personas (médicos u otros profesionales de la salud) y locus de control de salud de casualidad, donde la salud depende del destino o azar (Bárez, 2002 & Wallston, 2001).

Cabe resaltar que los estudios sobre el locus de control y la salud han indicado que habría una relación entre ambos debido a que el locus de control interno atenúa el efecto de síntomas físicos y emocionales de la enfermedad. Por el contrario, el locus de control externo puede considerarse como predictor de enfermedades, peor ajuste emocional y mayor percepción de amenaza (Oros, 2005).

Kohli, Batra y Aggarwal (2011), mencionados anteriormente, observaron en pacientes en tratamiento de hemodiálisis que más del 50% de los 30 participantes de su estudio tendían significativamente hacia un locus de control de la salud externo. Se plantearon dos posibles razones para aquel resultado. En primer lugar, los pacientes son dependientes de otros, como la familia, los médicos, las medicinas, el personal de diálisis y la máquina, por lo que genera, en ello, un sentimiento de pérdida de libertad. En segundo

lugar, señalan que el afrontamiento religioso y espiritual es la forma más común de afrontar este tipo de problemas. Cabe resaltar que ambas conclusiones son similares a los encontrados en investigaciones en torno a otras enfermedades crónicas, como el cáncer (Arquimedes, 2015) y la diabetes tipo II (Acosta, 2014).

Sin embargo, existen otras investigaciones que concluyen que existe un mayor predominio del locus de control de la salud interno en más del 50% de pacientes en tratamiento de hemodiálisis y que el porcentaje restante responde al locus de control externo (Espíndola, 2008; Landeta, 2016). Según las autoras, el predominio del locus de control interno en los participantes se atribuye a la creencia que ellos tienen el control sobre los eventos de su vida. Con respecto a los pacientes con ERCT, estos individuos tendrían la creencia que pueden controlar algunos aspectos de la enfermedad; por ejemplo, la dieta que consumen, la ingesta de líquidos y el control de sus medicamentos (Espíndola, 2008; Alfaro, 2011; Landeta 2016).

Es relevante analizar la motivación del paciente al seguir un tratamiento, así como la adherencia del paciente en su enfermedad, es decir, el cumplimiento del mismo. Cepeda, Wanner, Barrales y Nuñez (2007) investigaron el locus de control de la salud y la adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica. Los autores concluyeron que, del total de la muestra, 60% manifiesta locus de control externo, mientras que 40%, un locus de control interno. Asimismo, los autores encontraron que las personas con locus de control de la salud externo solo obedecen a las directrices de los doctores y adoptan una actitud pasiva a la espera de acontecimientos, mientras que los pacientes con locus de control de la salud interno sí presentan adherencia al tratamiento debido a la creencia de que lo que les sucede está directamente relacionado con su comportamiento, lo que los motiva a ser activos, capaces de adoptar conductas eficaces y tener una mejor calidad de vida.

En relación a lo anterior, Gibson, Held, Khawnekar y Rutherford (2016) llevaron a cabo un estudio en 51 personas que estaban en tratamiento de hemodiálisis. Los pacientes habrían iniciado su tratamiento por lo menos tres meses antes de realizado el estudio. Más del 50% de los participantes mostraron adherencia al tipo de alimentación e ingesta de líquidos que exige el tratamiento. Los investigadores encontraron que los pacientes adheridos al tratamiento tenían una mayor creencia en la importancia de los médicos u “otras personas”, como otros profesionales de la salud, y menos autoconfianza que los no que no se habían adherido al tratamiento; es decir, los pacientes tendían hacia un locus de control externo.

En cuanto a la relación entre el locus de control de la salud y los datos sociodemográficos en pacientes con ERCT, Alfaro (2011) encontró que las mujeres presentaban un mayor locus externo de casualidad que los hombres. En la misma línea, Cepeda *et al.* (2007) observaron que la mayoría de hombres presentaron locus de control interno, lo cual implicaría que se perciben como principales agentes de autocontrol conductual y, además, se sienten capaces, conscientemente, de regular y sentirse responsables de los eventos de su vida.

Además, Alfaro (2011) mencionó que los participantes sin escolaridad completa tenían un mayor locus de control externo de otros poderosos y de casualidad, que los participantes con estudios superiores. Los resultados de su investigación arrojaron que las personas que no realizaban una labor remunerada tenían un mayor locus externo de casualidad que los que recibían una remuneración. La explicación que plantea el investigador es que los participantes pertenecen a grupos vulnerables, los cuales perciben peores niveles de calidad de vida respecto a la salud y una orientación ligada a un ajuste inadecuado.

Existe una intención del estudio de ambas variables en pacientes con ERCT; sin embargo, son escasas las investigaciones sobre estrategias de afrontamiento y locus de control de la salud en pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Una de ellas es de Kohli, Batra y Aggarwal (2011), la cual no relaciona ambos constructos, sino que los describe independientemente. Los participantes del estudio estaban divididos en dos grupos, el primer grupo consistía de 30 pacientes que recibían tratamiento de hemodiálisis y el resto eran el grupo control los cuales eran individuos sin ningún tipo de enfermedad. Sobre el afrontamiento, los autores reportaron que los pacientes de hemodiálisis respondían a su enfermedad tanto con estrategias activas como de evitación en comparación al grupo control. Sobre el locus de control, los autores también hallaron resultados significativos en comparación al grupo control, pues mostraron que la mayoría de los pacientes del grupo con ERCT presentaron locus de control externo.

Si bien este estudio, como ya se mencionó, no relaciona las estrategias de afrontamiento con locus de control de la salud, sí se han llevado a cabo investigaciones que asocian estos dos constructos en otras enfermedades crónicas. Cabe destacar un estudio realizado con pacientes con Diabetes Mellitus II (Azzollini & Pupko, 2010), cuyos resultados indicaron que el locus de control externo presenta moderadas correlaciones significativas y negativas con la valoración de la situación como desafío y con la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento activas. Se concluyó, así, que

los pacientes con un locus de control externo no tienden a evaluar la situación como un desafío, ni a utilizar estrategias activas dirigidas a la emoción o al problema.

Es importante destacar que evaluar la situación como desafío implicaría un mayor control de la situación problemática posibilitada por una evaluación de la enfermedad vinculada con los elementos con los que cuenta el enfermo para hacer frente a la situación. Por ello, según los autores, el no evaluar la situación de tal manera, genera que las prácticas de autoatención y autocuidado sean menos adecuadas en el individuo (Azzollini & Pupko, 2010).

Estos hallazgos podrían ser equivalentes en un estudio con enfermedad renal crónica terminal, debido a que la diabetes no solo se encuentra directamente relacionada con la ERCT al ser una de las causas principales, sino que ambas enfermedades implican que el paciente se adapte a un nuevo estilo de vida ya que tienen que cambiar distintos hábitos y costumbres.

Por otro lado, Kulpa, Ziętałewicz, Kosowicz, Stypuła-Ciuba, Zió kowska (2016) observaron la relación entre las estrategias cognitivas de afrontamiento y el locus de control de la salud en pacientes con cáncer de ovario y de útero durante tratamiento oncológico. Los autores observaron que, mientras mayores eran la intensidad de aceptación, el reenfoque positivo, y la puesta en perspectiva, mayor uso del locus de control interno de la salud. Asimismo, cuanto más era la intensidad de los pacientes de responsabilizar a otros sobre su salud, ellos presentaron mayor locus de control externo. En ese sentido, aquellos pacientes pueden presentar similares resultados a los individuos de ERCT debido al desgaste físico y emocional que deben padecer los individuos al someterse al tratamiento.

Considerando lo expuesto anteriormente, cabe resaltar la importancia de estudiar las estrategias de afrontamiento que están vinculadas al concepto de locus de control de la salud, ya que este es considerado como uno de los predictores más decisivos para la elección de las estrategias aplicadas a enfermedades crónicas (Kulpa, Kosowicz, Beata, Stypuła-Ciuba & Kazalska, 2014). Asimismo, el tipo de locus de control de la salud sería uno de los factores psicológicos que determinan la calidad del afrontamiento de la enfermedad, ya que la decisión de comportamientos vinculados a la salud se traduce en un paciente comprometido en el proceso terapéutico (Kulpa, *et al.*, 2014).

A partir de todo lo expuesto anteriormente, surge la motivación para llevar a cabo la siguiente investigación como un primer acercamiento al estudio de la relación entre las

variables psicológicas presentadas, en una población de pacientes con diagnóstico renal en etapa terminal

Por ello, el objetivo es estudiar la relación entre las estrategias de afrontamiento y el locus de control de la salud en pacientes con enfermedad renal crónica terminal que se encuentran recibiendo tratamiento de hemodiálisis. Además, como objetivos específicos, se pretende determinar si existen diferencias significativas entre las dos variables de estudio, estrategias de afrontamiento y locus de control de la salud, en base a los principales datos sociodemográficos: edad, sexo, escolaridad y lugar de procedencia y médicos: tiempo de diagnóstico, tiempo de tratamiento, vía de acceso vascular y presentar alguna otra enfermedad. Para ello, se recolectó la información en un solo momento y en un solo grupo de pacientes.



Método

Participantes

El grupo de participantes quedó conformada por 80 pacientes adultos, 47 hombres (58,8%) y 33 mujeres (41,2%), diagnosticados con enfermedad renal crónica terminal, con un rango de edad que osciló entre los 18 y 73 años ($M=46,48$; $DS= 13,05$). Entre los individuos, el 21,3% son militares y el 78,7% civiles.

La mayoría de los pacientes tienen pareja actualmente (81,3%), y el 18,8% no se encuentra en una relación. Respecto al nivel de instrucción, el 45% de los participantes cuenta con secundaria completa y el 41,3% con superior completa; además, 77,5% tiene un trabajo estable, mientras que el 2,5% están jubilados, asimismo, el 17,5% son militares en retiro y el 2,5% son militares en actividad. A su vez, el 72,5% profesa la religión católica, mientras que el 27,5% profesa otras religiones y más de la mitad de los participantes ha nacido en provincia (60%), frente al 40% que proviene de Lima.

Respecto a los datos de enfermedad, el 61,3% de los pacientes utiliza fistula mientras que el 38,8% utiliza catéter. Además, se reportó que el tiempo de diagnóstico y el inicio al tratamiento de hemodiálisis es de 4 meses hasta 20 años, a pesar de que se espera que ambos inicien al mismo tiempo, el tiempo de diagnóstico de una persona no coincide en todos los casos con el inicio de tratamiento. Asimismo, el 2,5% de los participantes solo padecen de la ERCT, luego de ello, el 60% presenta comorbilidad diagnóstica con una sola enfermedad, el 28,8% con dos enfermedades, el 5% con tres y el 3,8% con cuatro enfermedades, siendo la hipertensión arterial la enfermedad más prevalente debido a que el 77,5% de los pacientes reportaron tenerla (Ver Tabla 8).

Como criterio de inclusión, se consideró a hombres y mujeres a partir de los 18 que hayan recibido un diagnóstico de enfermedad renal crónica terminal y que hayan cumplido un tiempo mínimo de tres meses. Se excluyó a los pacientes mayores de 75 años con tratamiento de hemodiálisis (Alfaro, 2011; Cassaretto & Paredes, 2006). Además se excluyeron a aquellos participantes que no contaban con secundaria completa, y a pacientes en estados confusionales o de demencia.

Medición

Las estrategias de afrontamiento son medidas a través del Cuestionario de Estimación de Afrontamiento COPE (Coping Estimation) desarrollado por Carver, Scheier y Weintraub en 1989, en la versión adaptada por Cassaretto y Chau (2016). La finalidad de este cuestionario fue conocer aquellas diferencias emocionales, cognitivas y

conductuales que las personas muestran cuando se enfrentan a distintas situaciones estresantes (Carver *et al.*, 1989).

La versión original, está conformada por 52 ítems que se organizan alrededor de 13 escalas que representan las estrategias de afrontamiento, en los que las opciones de respuesta se muestran bajo un formato Likert de 4 escalas de frecuencia, que indican si la persona adopta el tipo de afrontamiento propuesto *casi nunca, pocas veces, muchas veces o casi siempre*. Así, el puntaje obtenido por cada escala se encuentra entre los 4 y los 16 puntos. Cada escala está conformada por 4 ítems y para la obtención de los 13 puntajes que permiten caracterizar un perfil de afronte, se suman los puntajes obtenidos en cada ítem con los correspondientes a cada escala (Carver, *et al.*, 1989).

La validez del COPE se halló por medio del análisis factorial de rotación oblicua que determinó la existencia de 12 factores con eigenvalues mayores a 1.0, siendo 11 interpretables y uno de carga factorial inferior a 0.30 que no se incluyó en el resultado final. De estos 11 factores, los ítems de las escalas búsqueda de soporte social, afrontamiento activo y planificación no coincidieron con la asignación original, pero se mantuvieron como factores independientes dado los criterios teóricos del constructo.

La confiabilidad se encontró con el coeficiente de consistencia interna de Cronbach, con lo que se obtuvo un rango de 0.45 a 0.92, en el que solo la escala de desentendimiento cognitivo logró un coeficiente menor a 0.60 (Carver *et al.*, 1989).

En Estados Unidos, Lyne y Roger (2000) intentaron replicar el estudio de Carver y colaboradores (1989) en una investigación con 587 sujetos adultos. Aquellos autores añadieron tres ítems para la escala de uso de alcohol/drogas, y cuatro ítems para una nueva escala llamada uso del humor, lo cual dio paso a una tercera versión del COPE, conformada por 60 ítems, y 15 escalas o estrategias de afrontamiento.

En el Perú, el COPE, en su versión disposicional, fue adaptado por Casuso (1996), quien trabajó con una muestra de 817 estudiantes universitarios, observando que el alfa de Cronbach para cada escala estaba por debajo de los valores hallados por Carver *et al.* (1989), variando estos entre .40 y .86 siendo las escalas con confiabilidad más bajas desentendimiento mental ($\alpha=0.48$) y negación ($\alpha=0.40$). El nivel de validez mediante un análisis de rotación varimax fue superior a 1.1. Asimismo, estudios posteriores han utilizado la adaptación lingüística de Casuso (1996) y muestran en términos generales adecuados niveles de consistencia interna (Cassaretto, Chau, Oblitas, & Valdés, 2003; Chau, 1999; Flores, 1999; Rojas, 1997). Asimismo, otras investigaciones realizadas en

poblaciones con enfermedades oncológicas han apoyado la confiabilidad obtenida por Casuso (Chau *et al.*, 2002; Soto, 2010).

La versión que se aplicó en la presente investigación es la utilizada por Cassaretto y Chau (2016) en su investigación con 300 estudiantes universitarios, quienes realizaron una revisión lingüística de la prueba en base a la aplicación de un piloto con 100 estudiantes. El propósito de este estudio fue analizar las propiedades psicométricas del Inventario de Estimación del Afrontamiento (COPE) en un grupo de estudiantes universitarios de Lima, con el fin de analizar si se replican sus 15 escalas y si es posible la estructura de estilos sugerida por distintos investigadores.

Asimismo, Cassaretto y Chau (2016), en su investigación, obtuvieron confiabilidades para cada escala usando el coeficiente alfa de Cronbach, que oscilaron entre 0.53 y 0.91. Las estrategias de afrontamiento que presentaron el coeficiente más bajo fueron desentendimiento mental (.53), afrontamiento activo (.54), restricción del afrontamiento (.55), supresión de actividades en competencia (.62), reinterpretación (.66) y aceptación (.68). A diferencia de las estrategias más altas, como desentendimiento conductual (.73), negación (.73), enfocar y liberar emociones (.75), soporte instrumental (.80), planificación (.82), soporte emocional (.85), religión (.88), drogas (.89) y humor (.91). En cuanto a la validez, las autoras realizaron un análisis factorial exploratorio y utilizaron un análisis con rotación oblicua y extracción de componentes principales, en la cual se alcanzaron valores adecuados [$KMO=0.798$, $p=0.01$; $X^2=8529.48$; $gl=1770$, $p<0.01$].

En el presente estudio se utilizó la versión de Cassaretto y Chau (2016), se obtuvo confiabilidades para cada estrategia de afrontamiento utilizando el alfa de Cronbach. Las estrategias que presentaron el coeficiente más bajo fueron desentendimiento mental (.41), supresión de actividades (.42), desentendimiento conductual (.50) y contención del afrontamiento (.53). Las que presentaron el coeficiente más alto fueron, reinterpretación positiva y crecimiento (.60), planificación (.61), negación (.62), afrontamiento activo (.66), enfocar y liberar emociones (.66), afrontamiento religioso (.67), búsqueda de razones instrumentales (.69), aceptación (.72), búsqueda de razones emocionales (.74), uso del humor (.77), y uso de sustancias (.79). Cabe resaltar que no se consideró cuatro estrategias de afrontamiento debido a que no superan el punto de 0.6 recomendado como óptimo (Miller, 1977).

El locus de control de la salud se midió a través de la Escala Multidimensional de Locus de Control desarrollada por Wallston, Wallston y Devellis en 1978, en la versión

adaptada por Rodríguez-Rosero, Carvalho y Dela (2002). El objetivo de esta escala era crear una versión específica relacionada directamente con la salud de la escala de locus de control creada por Rotter en 1966. Este instrumento consta de 18 ítems, los cuales se dividen en tres grupos que contiene 6 ítems por área, locus de control interno, y el locus de control externo, el cual se divide en otros poderosos y casualidad.

En la versión original la cual consta de 115 individuos, se exploró la validez de constructo del instrumento y se obtuvo que las dimensiones internas y de otros poderosos no correlacionaban entre sí ($r=.12$); la de otros poderosos y de casualidad solo estaban correlacionados débilmente ($r=.20$); y las dimensiones interna y de casualidad correlacionaban negativamente ($r=-.29$) (Wallston, Wallston & Devellis, 1978). Además, siguiendo con la validez de constructo, se mostró que la dimensión interna estaba relacionada positivamente ($r=.40$), y la dimensión de casualidad negativamente ($r=-.28$) con un pequeño autorreporte sobre el estado de salud (Wallston, 2005).

En cuanto a la confiabilidad, se obtuvo un alfa de Cronbach de .77 para la dimensión interna, .67 para la de Otros Poderosos y .75 para la de casualidad.

La escala de Locus de Control de la Salud ha sido utilizada internacionalmente en países como Estados Unidos (Cvengros, Christensensen & Lawton, 2005); Irán (Moshki, Ghofranipourm Hajizadeh & Azadfallah, 2007); y España (Tomás & Montes, 2015).

La versión que se aplicó en la presente investigación es la adaptada por Rodríguez- Rosero, Carvalho y Dela (2002) en su investigación con una población de 242 mujeres en la ciudad de Villavicencio, Colombia. El objetivo del estudio fue la adaptación y validación de la escala de locus de control de la salud (MHLC), traducida al español. Los puntajes de las tres dimensiones van de 5 a 30 puntos, donde un mayor puntaje refleja una menor presencia del constructo. No se arroja un puntaje global, sino un puntaje para cada dimensión.

Respecto a la validez factorial, se realizó un análisis de componentes principales, donde los 3 factores explicaban un 42.8% de la varianza total. El alfa de Cronbach fue de .53 para la dimensión interna, .71 para la de otros poderosos y .72 para la dimensión de casualidad.

En el Perú, el inventario ha sido utilizado en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis. En el primer caso, Alfaro (2011), evaluó la confiabilidad del instrumento a 100 pacientes, en la cual se obtuvieron puntajes alfa de Cronbach de .65 para locus de control interno, .70 para locus de control otros poderosos y .76 para locus de control de casualidad. Mientras que Vargas (2014) con una muestra

de 168 pacientes obtuvo puntajes de confiabilidad de .64 para locus de control interno, .56 para locus de control otros poderosos y .59 para locus de control de casualidad.

En cuanto a la confiabilidad del presente estudio, se obtuvo un alfa de Cronbach de .62 para locus de control interno, .66 para locus de control de casualidad y, por último, .71 para locus de control otros poderosos.

Es importante mencionar que, al realizar el análisis estadístico, se decidió invertir los puntajes de la prueba para una mejor comprensión de los resultados. Es decir, en lugar de que a mayor puntaje en las áreas del locus de control indique menor presencia de las mismas, al invertir los puntajes se obtiene una relación directa, en donde a mayor puntuación, mayor presencia de locus de control interno, de casualidad y de otros poderosos.

Procedimiento

El presente estudio intenta conocer la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y el locus de control de la salud en un grupo de pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Para ello, los pacientes fueron contactados desde dos centros hospitalarios de Lima Metropolitana mientras recibían tratamiento de hemodiálisis. Así, se aplicaron ambos cuestionarios en una sola ocasión de manera grupal a pacientes voluntarios. Asimismo, hubo pacientes que debido al mismo tratamiento comentaban sentirse cansados, por lo cual se procedía a dejar la evaluación. Se les explicó el objetivo de la investigación y se les indicó de manera oral las instrucciones de las escalas, señalando que no habían respuestas correctas ni incorrectas, asimismo, se les señaló que debían comenzar por el COPE y posteriormente el MHLC.

En las dos instituciones, se llegó a los pacientes a través de las psicólogas encargadas del área de unidad renal, habiendo obtenido previamente, y para ambos hospitales, los permisos correspondientes por parte del área administrativa. Asimismo, la participación en el presente estudio fue de manera voluntaria, anónima y se dio mediante la firma del consentimiento informado en el cual se explicó que los datos a recolectar son estrictamente confidenciales; que no habrá devolución de resultados y que el evaluado se podía retirar en cualquier momento de la evaluación (Ver Apéndice A).

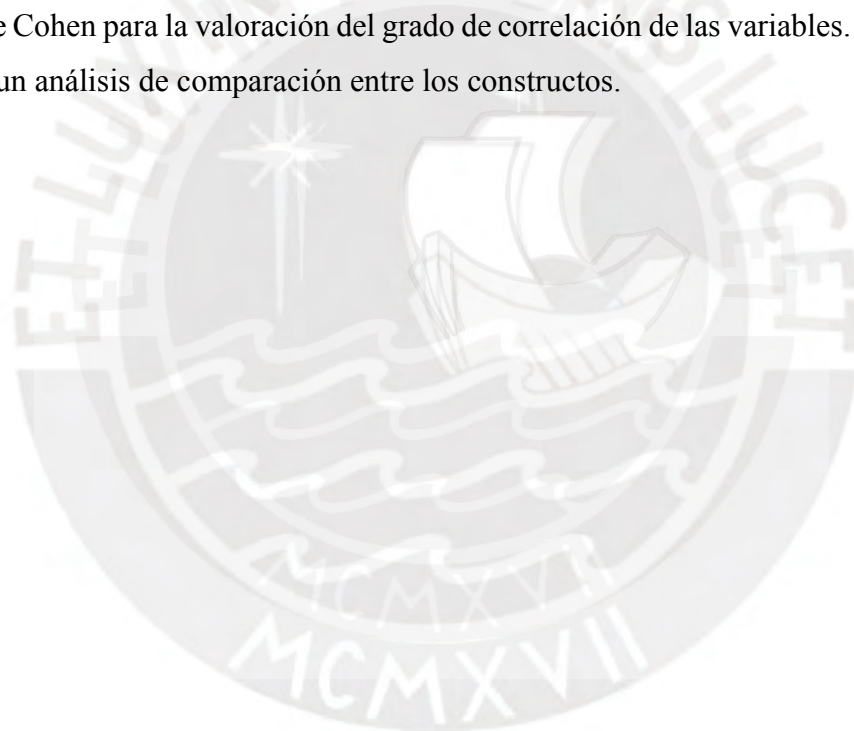
Análisis de datos

Se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versión 22) y se realizó los análisis estadísticos pertinentes. En primer lugar, se utilizó los

estadísticos descriptivos como la distribución de frecuencias y medidas de tendencia central para analizar los datos y características de los sujetos de la muestra. Además, se obtuvo los coeficientes alpha de Cronbach de los instrumentos para constatar la confiabilidad de los mismos.

Asimismo, se realizó la prueba de normalidad en función a la asimetría y curtosis (Kline, 2010) para evaluar la distribución de los puntajes alcanzados por los pacientes en los constructos de estrategias de afrontamiento y locus de control de la salud.

Con el fin de responder al objetivo principal del presente estudio, se realizó un análisis de correlación, la relación de los constructos fue medida mediante el coeficiente de correlación de r de Pearson, debido a que dicha distribución de puntajes fue normal. Cabe resaltar, que la estrategia uso de sustancias fue la única que no presentó una distribución normal, por ende se utilizó la mediana. Asimismo, se tomó en cuenta los criterios de Cohen para la valoración del grado de correlación de las variables. Por último, se realizó un análisis de comparación entre los constructos.



Resultados

A continuación se procederá a presentar los resultados obtenidos respondiendo a los objetivos de la investigación. En primer lugar, se presenta los valores descriptivos de las estrategias de afrontamiento y locus de control de la salud. Luego de ello, se realiza el análisis de la correlación entre las variables estrategias de afrontamiento y locus de control de la salud. Finalmente, se presentan las diferencias significativas entre las variables de estudio y los datos sociodemográficos y médicos.

Respecto al uso de las estrategias de afrontamiento, se encontró que el Afrontamiento Religioso, es aquella que obtuvo la media con mayor puntaje ($M= 12.71$; $DE= 2.81$). Por otro lado, la estrategia que obtuvo la mediana más baja fue Uso de Substancias ($Me = 4$; $DE=1,006$).

Asimismo, la negación es una de las estrategias que obtuvo una de las medias más bajas ($M= 7.91$; $DE=2.57$), debido a ello, los pacientes no utilizan con frecuencia aquella estrategia en comparación a la planificación, la reinterpretación positiva y crecimiento y la aceptación.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de Estrategias de Afrontamiento

	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>D.E.</i>	<i>Min.</i>	<i>IC 95%</i>	
Afrontamiento Activo	10.69	11	2.62	5	10.10	11.27
Planificación	11.6	12	2.48	6	11.05	12.15
Reinterpretación positiva y crecimiento	11.81	12	2.35	6	11.29	12.34
Aceptación	10.9	11	2.9	4	10.25	11.55
Enfocar y liberar emociones	8.7	9	2.65	4	8.11	9.29
Búsqueda de razones instrumentales	10.8	11	2.69	5	10.20	11.40
Búsqueda de razones emocionales	9.61	10	3.03	4	8.94	10.29
Negación	7.91	8	2.57	4	7.34	8.48
Afrontamiento religioso	12.71	13	2.81	4	12.09	13.34
Uso del humor	7.88	8	3.01	4	7.20	8.55
Uso de sustancias	4.34	4	1.01	4	4.11	4.56

N=80

En lo que respecta al locus de control de la salud, se encontró que el locus de control de otros poderosos ($M=24.63$; $DE= 4,62$) y locus de control interno ($M=24,26$; $DE= 4,41$) estadísticamente puntúan igual (ver tabla 2). Mientras que el locus de control de casualidad obtuvo la media más baja ($M=14,10$; $DE=4,91$).

Tabla 2*Estadísticos descriptivos de Locus de control de la Salud*

	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>D.E.</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>IC 95%</i>	
Locus de control interno	24.22	25	4.41	10	30	23.24	25.20
Locus de control otros poderosos	24.62	26	4.62	7	30	23.59	25.65
Locus de control de casualidad	14.1	14	4.91	6	28	13.00	15.19

N=80

En cuanto a la relación entre las variables de estudio estrategias de afrontamiento y locus de control de la salud, se halló que existe una correlación inversa y pequeña entre afrontamiento activo con locus de control otros poderosos y una correlación inversa y mediana con locus de control de casualidad. Asimismo, existe una correlación inversa y mediana entre planificación y locus de control de casualidad. Además, se observa que búsqueda de razones emocionales y búsqueda de razones instrumentales correlacionan de manera directa con el locus de control interno. Por su parte, la negación se correlaciona de manera directa y mediana con el locus de control otros poderosos y de manera directa y leve con locus de control de casualidad.

Tabla 3

Correlación entre las variables de estrategias de afrontamiento y locus de control de la salud

	<i>Locus de control interno</i>	<i>Locus de control otros poderosos</i>	<i>Locus de control de casualidad</i>
Afrontamiento Activo		-,27*	-,34**
Planificación			-,37**
Búsqueda de razones instrumentales	,27*		
Búsqueda de razones emocionales	,27*		
Negación		,35**	24*

N=80 *p<0.05, **p<0.01

Luego de ello, se hallaron las diferencias significativas entre las estrategias de afrontamiento en función a las variables sociodemográficas y médicas. Se encontraron diferencias significativas con las variables edad, sexo, lugar de procedencia, tiempo de diagnóstico, vía de acceso vascular, mas no con grado de instrucción y comorbilidad diagnóstica. En cuanto a la variable edad, se encontró que ésta correlaciona de manera inversa y mediana ($r=-0.29$; $P = 0.009$) con la estrategia búsqueda de razones emocionales.

Asimismo, se encontraron diferencias significativas al comparar la variable sexo. Se observa que los hombres usan en mayor medida la estrategia de afrontamiento activo en comparación con las mujeres.

Tabla 4

Comparación de medias de estrategias de afrontamiento y sexo

	Hombre (N=47)		Mujer (N=33)		<i>t</i>	<i>P</i>	<i>d de Cohen</i>
	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>			
Afrontamiento Activo	11.17	2.44	10.00	2.75	2.00	0.05	0.45

N=80

De igual forma, los análisis reportan diferencias significativas entre el lugar de procedencia y la estrategia de afrontamiento planificación. Se puede observar que quienes provienen de Lima puntúan más en el uso de la estrategia de planificación en comparación a los pacientes de provincia.

Tabla 5

Comparación de medias de estrategias de afrontamiento y procedencia

	Lima (N=33)		Provincia (N=47)		<i>t</i>	<i>P</i>	<i>d de Cohen</i>
	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>			
Planificación	12.38	2.38	11.08	2.43	2.35	0.02	0.54

N = 80

Respecto al tiempo de diagnóstico existe una correlación inversa y mediana con afrontamiento negación ($r = -0.31$; $P = 0.006$). Se observa que, a mayor tiempo con el diagnóstico, los pacientes utilizan menos la estrategia de afrontamiento negación.

Seguidamente, se halló diferencias significativas entre la vía de acceso vascular y la estrategia de afrontamiento uso del humor, por consiguiente, los pacientes con catéter hacen un mayor uso de la estrategia uso del humor en comparación a los pacientes que utilizan fistula.

Tabla 6

Comparación de medias de estrategias de afrontamiento y vía de acceso vascular

	Catéter (N = 31)		Fístula (N = 49)		<i>t</i>	<i>P</i>	<i>d de Cohen</i>
	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>			
Uso del humor	8.94	3.04	7.20	2.82	2.59	0.01	0.59

N = 80

Se procedió con la comparación de medias de locus de control de salud según las variables sociodemográficas y médicas. Se encontraron diferencias significativas en relación a las variable tiempo de diagnóstico; sin embargo, no se encontró relación con

las variables sexo, edad, procedencia y vía de acceso vascular, grado de instrucción, comorbilidad diagnóstica y grado de instrucción.

Los análisis muestran una correlación directa y mediana entre el tiempo de diagnóstico y el locus de control otros poderosos ($r = 0.328$; $P=0.003$). Por ello, los pacientes que tengan más tiempo con el diagnóstico utilizan más el locus de control otros poderosos.





Discusión

En este capítulo se discuten los resultados obtenidos en la presente investigación. En primer lugar, se analizan los valores descriptivos de las estrategias de afrontamiento y locus de control. Luego de ello, se discutirá la correlación entre las variables estrategias de afrontamiento y locus de control, lo cual corresponde al objetivo principal del presente estudio. Finalmente, se evaluarán los resultados sobre las diferencias significativas entre las variables de estudio en relación a los datos sociodemográficos y médicos.

Para empezar, en cuanto a los valores descriptivos de las estrategias de afrontamiento, se encontró que el Afrontamiento Religioso fue descrita como la de mayor uso por los participantes de la investigación. En contraste, el Uso de Substancias fue la estrategia de menor uso debido a que obtuvo la mediana más baja. Además, cabe resaltar que la estrategia negación tuvo un menor uso por los participantes en comparación a las estrategias Reinterpretación Positiva, Planificación y Aceptación.

En lo que respecta a la estrategia religión, ésta evalúa la tendencia que tiene el individuo a volver hacia la religión en momentos de estrés, en consiguiente, aumentando su participación en actividades religiosas (Morán, Landero & González, 2009). Diversas investigaciones mencionan que la religiosidad es frecuente en pacientes con enfermedades crónicas debido a que favorece la adaptación y el ajuste a la enfermedad (Bustamante, 2010; Laos, 2010; Cassaretto y Paredes 2006). Consecuentemente, diferentes autores que trabajaron con pacientes con enfermedad renal crónica terminal, encontraron puntajes altos en esta estrategia (Gurkan, Pakyuz & Demir, 2015; Sierra & Julio, 2010; Paredes, 2005).

Por ello, según Sierra y Julio (2010) los pacientes con ERCT utilizan la estrategia religión cuando perciben que algo interfiere con su condición de salud, consecuentemente se sienten menos vitales. Esto indica que los participantes de esta investigación se podrían volcar en algún tipo de creencia religiosa debido a que podría ser el medio en el cual depositan sus miedos y frustraciones entorno a la enfermedad y asimismo obtener alivio emocional, recibir soporte y ser un medio que los distraiga de las preocupaciones (Paredes, 2005).

Asimismo, la estrategia que obtuvo la mediana más baja fue Uso de Substancias. Aquel resultado es esperable debido a que las enfermedades crónicas terminales y sus tratamientos son incompatibles con el uso de sustancias tóxicas las cuales podrían empeorar la condición del paciente (Lostanau & Torrejón, 2013). Cabe resaltar que el

uso de sustancias tóxicas es un factor de riesgo que incrementa la mortalidad del paciente con ERCT (Sellarés, 2017). Por ello, para que la hemodiálisis sea efectiva, tenga un mayor impacto en la persona y no obstaculice el propio tratamiento, los pacientes deben restringirse con respecto a diferentes actividades sociales que incluyan el uso de alcohol y drogas (NFK, 2014).

En cuanto a la variable negación, se podría mencionar que los pacientes no utilizan la estrategia con frecuencia en comparación a la reinterpretación positiva, la planificación y la aceptación. Cabe mencionar que quienes utilizan la estrategia negación se niegan a creer que el factor estresante existe o tratan de actuar como si no fuera real, en vez de afrontarlo, lo cual es considerado como una estrategia no-funcional (Carver, Scheier y Weintraub, 1989). Al respecto, Aldwin, (2000), Sarafino (2002) y Taylor (2003) mencionan que la respuesta inicial ante el diagnóstico de ERCT es la de negación, la cual ayuda a sobrellevar el impacto negativo inicial del diagnóstico, sin embargo, si esta respuesta se mantiene por más tiempo (usualmente más de dos semanas) sería altamente perjudicial para el bienestar de la persona. Se podría inferir que lo mencionado anteriormente concuerda con los resultados de esta investigación, pues, los participantes tienen más de cuatro meses en el tratamiento de hemodiálisis, tiempo esperado para que éstos utilicen como último recurso la negación (Sarafino, 2002).

Por otro lado, los individuos que utilizan la reinterpretación positiva, la planificación y la aceptación están orientados en hacer algo respecto a su enfermedad activamente, están enfocados en aceptar las cosas como son y enfrentar la situación en vez de evadirla, analizando las causas del problema (Sierra y Julio, 2010). Por ello, se podría inferir que los pacientes del presente estudio tenderían a mostrarse más comprometidos con su enfermedad, pues lo enfrentan de manera más activa, realizando esfuerzos por hacer frente al evento estresor y llevándolos a evidenciar un menor despliegue de la estrategia de negación

En lo que respecta a los valores descriptivos del locus de control de la salud, se halló que el locus de control interno y el locus de control otros poderosos estadísticamente puntúan igual, lo cual indica que no hay diferencias. Aquel resultado concuerda con investigaciones previas (Skinner, 1996; Wallston, 2001; Bárez, 2002), las cuales mencionan que los pacientes con enfermedades crónicas suelen utilizar ambos locus de control, debido a que pueden ser adaptativos en los casos donde se recibe tratamientos invasivos. Cabe resaltar, que los pacientes pueden utilizar estos locus de control en distintos momentos, según el modo de enfrentar los diferentes procedimientos o

tratamientos médicos (Oros, 2005). Además, se encontró que el locus de control de casualidad fue el locus de menor uso, por ello, es posible decir que para los participantes de esta investigación la creencia de que la salud depende de la casualidad es perjudicial, pues la utilización de este locus de control implica la sensación de pérdida de control sobre la situación (Skinner, 1996; Bárez, 2002).

Los resultados indican que quienes puntúan alto en locus de control interno se caracterizarán por creer que lo que les sucede está directamente relacionado con su comportamiento, siendo por lo tanto activos y capaces de adoptar conductas eficaces (Cepeda *et al.*, 2007). Aquello se puede deber a que éste locus de control es descrito como un atenuante ante los posibles efectos de síntomas físicos y emocionales de una enfermedad crónica (Oros, 2005). Además, según Cepeda, *et al.*, (2007) y Kohli, Batra y Aggarwal (2011), los pacientes con ERCT que utilizan locus de control interno tienden a cumplir con la dieta y aceptan las limitaciones del tratamiento debido a que se ajustan y se adaptan de mejor manera a la hemodiálisis, dado que estarían bajo el modelo de adherencia.

Asimismo, es relevante mencionar que la hemodiálisis es un tratamiento científico exitoso que ayuda al individuo con enfermedad renal crónica terminal, del cual el paciente debe tomar decisiones en relación a su salud, lo cual debería llevar a los sujetos a desarrollar fe en sus propios esfuerzos (Kohli, Batra & Aggarwal, 2011). Cepeda, *et al.*, (2007), Alfaro (2011) y Kohli, Batra y Aggarwal (2011), estarían indicando que quienes utilicen locus de control interno podrían sentir que su salud depende de sí mismos y en consecuencia tenderían a percibir su salud de forma más positiva, tendrían mejores expectativas respecto al futuro y poseerían una mayor resistencia a enfermar; además, tendrían más beneficios a nivel psicológico como una mayor sensación de vitalidad, energía y fuerzas en su vida cotidiana.

De igual forma, el locus de control externo de otros poderosos también fue utilizado con frecuencia por los pacientes de ésta investigación. Los pacientes que utilizan aquel locus de control, se caracterizan por adoptar una actitud pasiva a la espera de los acontecimientos debido a que dependen de otros como, los doctores, familiares, medicamentos, el personal de diálisis y la misma máquina, por lo que podría emerger una sensación de pérdida de libertad (Cepeda, *et al.*, 2007 & Kohli, Batra & Aggarwal, 2011). Sin embargo, diferentes investigaciones (Burish *et al.*, 1984; Shapiro *et al.*, 1996; Skinner, 1996; Wallston, 2001) mencionan que los pacientes con locus de control externo de otros poderosos es beneficiosa dadas las condiciones de las enfermedades crónicas donde se

requiere que el individuo se adapte a condiciones que van a ser irreversibles. Según Shapiro y colaboradores (1996), los individuos pueden experimentar una sensación positiva al creer que alguien más tiene el control. En ese sentido, los autores había mencionado que la confianza de los pacientes hacia el personal que está a cargo de su cuidado podía hacer ver las cosas “bajo control”, pese a que ellos no ejercían el mismo (Shapiro *et al.*, 1996). Por ello, se podría inferir que los pacientes de esta investigación que utilizan locus de control otros poderosos percibirían un impacto positivo en la adaptación al tratamiento de hemodiálisis, debido a que responsabilizarían su estado de salud al médico, familiar o al personal a cargo liberándose ellos mismo de la carga de la propia enfermedad o parte de ella (Shapiro *et al.*, 1996; Kulpa *et al.*, 2016). El paciente estaría confiando en que su salud depende del cuidado de otros, y en el caso de empeorar, los responsables serían “otros.”

Por otro lado, el locus de control externo de casualidad obtuvo la media más baja en esta investigación. Este locus de control, es descrito como predictor de enfermedades, peor ajuste emocional y mayor percepción de amenaza (Oros, 2005). De acuerdo a Folkman y Greer (2000), los pacientes con este tipo de orientación tienden a hacer un mayor uso de estrategias de afrontamiento pasivas e inadecuadas. En el caso de los pacientes de esta investigación, se podría inferir que estos no tendrían peores ajustes o mayores percepciones de amenaza debido a que no están haciendo un uso principal de las estrategias más activas o funcionales (Cassaretto & Paredes, 2006).

Los individuos con locus de control de casualidad tienden a creer que sus pensamientos negativos no repercuten para nada en el decaimiento de su organismo, y 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 (Folkman & Greer, 2000). Asimismo, Oros (2005) menciona que, cuando un individuo siente que no puede hacer nada para modificar algún aspecto de su vida o predecir algún acontecimiento futuro, éste pierde la voluntad de cambiar otros aspectos del ambiente que son factible de cambio. A su vez, Gibson, Held, Khawnekar y Rutherford (2016), mencionan que los individuos que utilizan este locus de control no suelen estar adheridos al tratamiento, por las características propias que implica tener un locus de control externo de casualidad. Por ello, es posible decir que para los participantes que puntuaron en locus de control de casualidad, la creencia de que la salud depende del azar y la casualidad es perjudicial, pues implica la sensación de pérdida total de control sobre la situación. Cabe resaltar que este resultado es congruente con los de otras

investigaciones (Cepeda *et al.*, 2007; Espíndola, 2008; Alfaro, 2011; Arquimedes, 2015; Landeta, 2016).

En cuanto al objetivo principal del estudio, el cual responde a la relación entre las variables de estudio estrategias de afrontamiento y locus de control de la salud, en primer lugar, se halló que existe una correlación inversa y pequeña entre afrontamiento activo con locus de control otros poderosos y una correlación inversa y mediana con locus de control de casualidad. Esto significa que a mayores puntuaciones de afrontamiento activo, serán menores los puntajes para el locus de control externo de otros poderosos y casualidad.

Estos resultados concuerdan con lo dicho por Azzolini y Pupko (2010) en su investigación con pacientes diabéticos, debido a que ellos mencionan que quienes poseen un locus de control externo utilizan con menor frecuencia el afrontamiento activo. Con respecto a ello, Azzolini y Pupko (2010), señalan que para que el paciente crónico adquiera mayor control de la situación, tiene que afrontarla de manera activa, lo cual incluye hacer algo acerca de la situación, tomar medidas adicionales para intentar librarse del problema y llevar a cabo una acción directa. En pacientes en tratamiento de hemodiálisis, Kohli, Batra y Aggarwal (2011), señalan que hay un mayor uso del afrontamiento activo por los individuos con locus de control interno debido a que se ajustan y se adaptan de mejor manera a la enfermedad. En relación a lo mencionado por Azzolini y Pupko (2010), es posible decir que el uso de locus de control externo dificulta la aparición del afrontamiento activo, debido a que son más proclives a presentar dificultades para lidiar con los requerimientos físicos de la vida cotidiana, pues, depositan la responsabilidad en un objeto externo (Bettencourt et al, 2008).

Asimismo, se hallaron correlaciones inversas entre la estrategia planificación y el locus de control de casualidad. Es interesante esta correlación debido a que, a pesar de no haber investigaciones que puedan corroborar esta relación, si existe suficiente información teórica que la explique. Para empezar, se debe tomar en cuenta que como se mencionó anteriormente, los pacientes con locus de control de casualidad sienten que no pueden hacer nada para modificar su salud y por ende, depositan el control de la situación al azar (Oros, 2005). En contraste, la estrategia planificación consiste en desarrollar un esquema mental sobre los mejores pasos a seguir para afrontar el evento estresante (Cassaretto & Paredes, 2006). Además, se ha encontrado en diversos estudios que la estrategia de planificación ayuda a los pacientes con ERCT a crear un plan de acción el cual les permita responder a los nuevos cambios y demandas de la enfermedad y

tratamiento (Paredes, 2005; Cassaretto & Paredes, 2006). Por ello, el tener un plan sobre qué pasos tomar en torno a la ERCT requiere que el paciente tenga la voluntad y la creencia de que hay cambios que se pueden realizar en respecto a su salud y aquello no se puede lograr si el paciente deposita el control de su salud a la casualidad o azar.

Del mismo modo, en relación a los estudios de Azzollini y Pupko (2010) y de Kulpa y colaboradores (2016) se encontró que búsqueda de razones emocionales y búsqueda de razones instrumentales correlacionaron de manera directa con el locus de control interno. Según Kohli, Batra y Aggarwal (2011) y Azzolini y Pupko (2010), los pacientes que utilizan estrategias de afrontamiento como la planificación, el afrontamiento activo, búsqueda de razones emocionales e instrumentales y tienden hacia un locus de control interno, presentan más posibilidad de adherencia al tratamiento y una mejor calidad de vida. Por ello, en los pacientes de esta investigación, (Kulpa *et al.*, 2016) se podría inferir que los pacientes con este locus de control afrontan la enfermedad crónica con estrategias dirigidas tanto a solucionar el problema como a manejar las emociones provocadas por la existencia de la enfermedad (Azzollini & Pupko 2010). En ese sentido, a partir de lo que dice Cassaretto y Paredes (2006), aquellas estrategias de afrontamiento estarían siendo funcionales y adaptativas para los pacientes, lo cual favorece la evolución y cuidado de los mismos, lo cual podría repercutir en una buena adherencia al tratamiento y podrían limitar la aparición de sintomatología como ansiedad y depresión que interfieran con el funcionamiento del paciente.

Finalmente, la negación se correlaciona de manera directa y mediana con el locus de control otros poderosos y de manera directa y leve con locus de control de casualidad. Estos resultados concuerdan con lo dicho en las investigaciones de Azzollini y Pupko (2010, Kohli, Batra y Aggarwal (2011), Gibson, Held, Khawnekar y Rutherford (2016) y Kulpa y colaboradores (2016). Cabe resaltar, que según Kohli, Batra y Aggarwal (201), el locus de control externo es relacionado a estrategias negativas de afrontamiento como la negación. Por ende, en lo que respecta a los pacientes de esta investigación, se podría mencionar que a los individuos con locus de control externo se le atribuyen estrategias negativas de afrontamiento como la negación, por ello, hay quienes estarían utilizando la estrategia como un medio para escapar de su propia realidad (Azzollini & Pupko, 2010). Lo cual, podría repercutir en la adherencia al tratamiento trayendo mayores consecuencias físicas, aumentando así la mortalidad del paciente (Gibson, Held, Khawnekar y Rutherford, 2016).

Por otro lado, se hallaron las diferencias significativas entre las estrategias de afrontamiento en función a las variables sociodemográficas y médicas. En cuanto a la variable edad, se encontró que ésta correlaciona de manera inversa y mediana con la estrategia búsqueda de razones emocionales. Lo que nos indica este resultado es que, mientras los pacientes tengan más edad utilizan menos la estrategia de búsqueda de razones emocionales. Es decir, que a mayor la edad de la persona, ésta utiliza menos el apoyo moral, simpatía o comprensión de otro, mientras que una persona joven busca más la cercanía y el respaldo de un ser (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Aquella búsqueda de apoyo emocional por parte de los jóvenes surge por el impacto inicial de la propia enfermedad, debido a que la enfermedad está relacionada al dolor y al riesgo de mortalidad (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Asimismo, los pacientes que llevan más tiempo en diálisis, perciben una red social más pequeña que en los primeros momentos de tratamiento aquello se puede deber a que encuentran menos comprensión y menos personas con las que compartir sus sentimientos y recibir consejos (Ruíz de Alegría *et al*, 2009). Por ello, se podría inferir que en los pacientes de esta investigación el poder hablar con alguien acerca de la enfermedad y tratar de conseguir el apoyo emocional de otros disminuye cuando el paciente tiene más edad.

Asimismo, se encontraron diferencias significativas al comparar la variable sexo con las estrategias de afrontamiento. Los resultados muestran que los hombres usan en mayor medida la estrategia de afrontamiento activo en comparación con las mujeres, lo cual podría manifestar que los hombres de esta investigación podrían estar tomando medidas más activas para tratar de eliminar o eludir el factor estresante o para mejorar sus efectos en torno a la enfermedad crónica, asimismo inicia una acción directa, y aumenta los esfuerzos propios. Aquel resultado concuerda con lo dicho por Yeh (2007) Debido al contexto social en el que viven los pacientes, una posible explicación para dichos resultados es la de Cassaretto y Paredes (2006), pues mencionan que ciertas diferencias de género, que atribuyen un rol más activo al varón, hayan contribuido a que exista una diferencia marcada en el uso de dichas estrategias.

En cuanto a las diferencias significativas entre el lugar de procedencia y la estrategia de afrontamiento planificación, se puede observar que quienes provienen de Lima puntúan más en el uso de la estrategia de planificación en comparación a los pacientes de provincia. Se podría decir que en los pacientes de hemodiálisis, la estabilidad que te provee el lugar de procedencia facilita la planificación, la persona proveniente de provincia tiene que adaptarse a la enfermedad, así como a los cambios y dificultades que

conlleva vivir en otro lugar. Los pacientes provenientes de provincia deben de dejar su trabajo, su familia, sus amistades, sus costumbres, teniendo que adaptarse a la ciudad y al tratamiento, sobre todo al principio, lo cual dificulta con la capacidad de organización (Cassaretto, 2005; Alfaro, 2011). Por ello, la doble adaptación que deben hacer los pacientes provenientes de provincia podría estar repercutiendo en sus puntuaciones. Aquello se puede deber a que habría más cosas que planificar a la par de la adaptación a la enfermedad y los efectos emocionales que eso trae.

Respecto al tiempo de diagnóstico, existe una correlación inversa y mediana con afrontamiento negación. Según Ruiz de Alegría y colaboradores (2009), los individuos que llevan más tiempo en tratamiento de hemodiálisis aprenden a adaptarse y a manejar las situaciones estresantes. En contraste, los pacientes que llevan menos tiempo en el tratamiento de hemodiálisis pueden estar pasando por la primera etapa del duelo, la negación, la cual puede ser una estrategia adaptativa para proteger a la persona de eventos, pensamientos, sentimientos o de información dolorosa o amenazante (Ross, *et al.*, 2000). En relación a lo mencionado, se podría decir que los pacientes de hemodiálisis de esta investigación que llevan más tiempo en el tratamiento utilizan con menos frecuencia la negación debido a que hay una mejor adecuación y aceptación ante la enfermedad en comparación a los pacientes que tienen menos tiempo en tratamiento.

De igual manera, se hallaron diferencias significativas entre la vía de acceso vascular y la estrategia de afrontamiento uso del humor. Por consiguiente, los pacientes con catéter hacen un mayor uso de la estrategia uso del humor en comparación a los pacientes que utilizan fistula. Si bien no hay investigaciones teóricas que puedan corroborar aquella diferencia, en el caso de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis, el dolor que conlleva el uso de la fistula (el cual es un acceso que se inserta durante la diálisis) puede ser un factor que podría explicar el resultado. Cabe resaltar, que los médicos recomiendan el uso de la fistula por su larga duración y además, no es propensa a la infección, sin embargo, la utilización de este método implica insertar agujas para conectarlas a la máquina de diálisis, las cuales debido a su tamaño producen dolor en el paciente, en contraste al catéter el cual no se necesitan agujas para conectarlo a la máquina (NKF, 2014). Así, los autores Molina, Figueroa y Uribe (2013) en su investigación sobre el dolor y su impacto emocional en pacientes hospitalizados, mencionan que a medida que el tratamiento implique más dolor, la ansiedad, la depresión, el estado anímico y la calidad de vida del paciente, en general, empeoraba. Por ello, una posible explicación

para los resultados, es que debido a que el catéter implica menos dolor, la estrategia de uso del humor se puede dar con más frecuencia en éstos pacientes.

Por último, se hallaron las diferencias significativas entre el locus de control de la salud en función a las variables sociodemográficas y médicas. Se encontró que existe una correlación directa entre el tiempo de diagnóstico y el locus de control otros poderosos. Así, los pacientes que tengan más tiempo con el diagnóstico utilizan más el locus de control otros poderosos. Cvengros, Christensen y Lawton (2005), menciona que los pacientes que tienen más tiempo en hemodiálisis utilizan menos el locus de control interno, apoyándose más en el médico y el personal de la salud. Aquello, se puede deber al mismo tratamiento, el cual, si bien es de suma importancia, por lo efectos físicos adversos que produce el mismo, las defensas a lo largo del tiempo se van deteriorando (García y Griño, 2008). Por ello, una posible explicación de los resultados, podría deberse a que los pacientes que tienen más tiempo en tratamiento se van deteriorando física y mentalmente requiriendo más ayuda y dependencia del personal médico.

Finalmente, se procederá a exponer las limitaciones y recomendaciones de la investigación. En cuanto a las limitaciones del estudio, la locación para poder aplicar las pruebas a los pacientes es una de ellas. Durante el proceso de recolección de resultados, se habilitó la sala de hemodiálisis para que se pueda aplicar los cuestionarios, por ello, debido al mismo tratamiento varios de los pacientes decidían interrumpir la prueba, causando que éstas no puedan ser utilizadas. Se sugiere para futuras investigaciones, que se contacten con los médicos a cargo para que se les pueda habilitar otro espacio en cual se pueda aplicar las pruebas.

Además, otra limitación del estudio fue la prueba de afrontamiento (COPE) debido a la extensión de la misma. Los pacientes en tratamiento, suelen estar cansados y con más sueño por los efectos físicos que causa la hemodiálisis, por ende, el realizar una prueba de 60 ítems resulta agotadora. Por ello, se podría sugerir el uso de pruebas más cortas en investigaciones con pacientes crónicos.

Es importante que haya futuras investigaciones que aborden la población con ERCT dado que la tasa de la enfermedad viene aumentando en nuestro país, la cual tiene un alto índice de mortalidad. Esta investigación podría contribuir a dar evidencia sobre la existencia o no, de relaciones entre variables, como la adherencia, que surgieron en ésta investigación y que no han sido exploradas en investigaciones anteriores. Por ello, una sugerencia de esta investigación es que se pueda realizar investigaciones acerca del Locus

de control y la Adherencia al tratamiento de los pacientes en hemodiálisis con el objetivo de detectar fluctuaciones de Locus de control de las personas.

Por otro lado, una recomendación para futuras investigaciones, sería observar si existen cambios en las estrategias de afrontamiento y el locus de control de la salud en un estudio longitudinal. La utilización de un diseño longitudinal podría permitir una jerarquía temporal y una direccionalidad, en el análisis del comportamiento de las variables de estudio, por lo que se podría realizar inferencias acerca de los posibles cambios que podrían sufrir dichas variables a lo largo del tiempo.

Por todo lo expuesto, se podría concluir que los pacientes de esta investigación afrontan la enfermedad con estrategias eficaces, además de utilizar locus de control interno y externo de otros poderosos que son considerados adaptativos en individuos con enfermedades crónicas. Por ello, se podría sugerir para futuras investigaciones, que las intervenciones psicológicas con dichos pacientes deberían reforzar las estrategias que favorecen la aceptación y adaptación positiva a esta enfermedad.

No obstante, esta investigación representa una contribución dentro del estudio de las enfermedades crónicas en nuestro país. Se plantea que la información hallada por este estudio podría ser considerada tanto para la creación de campañas preventivas y de promoción de la salud como para programas que permitan un mejor ajuste de los pacientes frente a su enfermedad.

Referencias Bibliográficas

- Aldwin, C. M. (2000). *Stress, coping and development. An integrative perspective*. Nueva York: Guilford Press.
- 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 el título de Psicología Clínica en la Universidad Católica del Perú.
Recuperado de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1287>
- Arquimedes, S. (2015). *Locus de control y calidad de vida relacionada a la salud en Pacientes con cáncer de una clínica de la ciudad de Chiclayo*. Recuperado de: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/PAIAN/article/view/239/250>
- Azzollini, S., & Bail Pupko, V. (2010). *La relación entre el locus de control, las estrategias de afrontamiento y las prácticas de autocuidado en pacientes diabéticos*. *Anuario de investigaciones*, 17, 287-297.
- Bárez, M. (2002). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para optar el título de Doctora en Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- Barrios, M., Cuenca, I., Devia, M., Franco, C., Guzmán, ., Niño, A., Restrepo, G., Rodas, C. & Trujillo, L. (2004). *Manual de capacitación del paciente en diálisis peritoneal*. Bogotá: O ten Gráfico.
- Burish, T. G., Carey, M. P., Wallston, K. A., Stein, M. J., Jamison, R. N., & Lyles, J. N. (1984). *Health locus of control and chronic disease: An external orientation may be advantageous*. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2(4), 326-332.
- Bustamante, R. S. (2010). *Sintomatología depresiva y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama* (Doctoral dissertation, Pontificia Universidad Católica del Perú. Facultad de Letras y Ciencias Humanas. Mención: Psicología Clínica).
- Cassaretto, M., & Chau, C. (2016). *Afrontamiento al Estrés: Adaptación del Cuestionario COPE en Universitarios de Lima*.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. & Valdez, N. (2003). *Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología*. *Revista de psicología*, 21(2), 363-392.
- Cassaretto, M., & Paredes, R. (2012). *Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal*. *Revista de Psicología*, 24(1).
- Casuso, L. (1996). *Adaptación de l prueba COPE sobre estilos de Afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en psicología clínica no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

- Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. 140.
- Cepeda, C., Wanner, C., Barrales, C., & Nuñez, N. (2007). Locus de control y adherencia al tratamiento en personas con insuficiencia renal crónica. *Ciencia Psicológica*, 1(1), 1-7.
- Christensen, A. J. & Ehlers, S. L. (2002). Psychological factors in end-stage renal disease: An emerging context for behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 712-724.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J. & Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. Bogotá Colombia: Universidad Santo Tomás.
- Crespo, M., & Cruzado, J. (1997). La evaluación del afrontamiento: Adaptación Española del Cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(92), 797-830.
- Cvengros, J. A., Christensen, A. J., & Lawton, W. J. (2005). Health locus of control and depression in chronic kidney disease: A dynamic perspective. *Journal of health psychology*, 10(5), 677-686.
- Dehkordi, L. M., & Shahgholian, N. (2013). An investigation of coping styles of hemodialysis patients. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 18(1), 42.
- DiMatteo, M. R. (2002). *The psychology of health, illness and medical care. An individual perspective*. California: Brooks/Cole.
- Espíndola, M. (2008). Relación entre la calidad de vida y el locus de control en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Recuperado de: http://digeset.uco.mx/tesis_posgrado/Pdf/ESPINDOLA_MENDOZA_MICAEL_A.pdf
- Fernández-Abascal, G., Palmero, F., Chóliz, M. & Martínez, F. (1997). *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción*. Madrid: Pirámide.
- Flash, C. & Paschal, C. (1999). Kidney disease and dialysis. Recuperado de <http://www.esrd/kdf.htm>
- Folkman, S. & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-oncology*, 9(1), 11-19.
- Gamarra, M. & Gonzáles, S. (2006). Depresión y apoyo familiar en pacientes crónicos-terminales del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray de la ciudad de Trujillo. Tesis de Psicología para optar al título de Licenciado en Psicología. Escuela de Psicología.

Universidad Cesar Vallejo, Trujillo. Recuperado de: www.ucv.edu.pe/portal/escuelas/psicologia/TESIS_PS/tesis.htm

- García, M. (2008). Insuficiencia renal crónica. En Libro de Medicina interna, capítulo 6: Nefrología.
- García, M. & Griño. (2008) Tratamiento sustitutivo de la función renal. *Medicina interna, capítulo 6: Nefrología*
- Gibson, E. L., Held, I., Khawnekar, D., & Rutherford, P. (2016). Differences in Knowledge, Stress, Sensation Seeking, and Locus of Control Linked to Dietary Adherence in Hemodialysis Patients. *Frontiers in Psychology, 7*.
- Gregory, D. M., Way, C. Y., Hutchinson, T. A., Barrett, B. J., & Parfrey, P. S. (1998). Patients' perceptions of their experiences with ESRD and hemodialysis treatment. *Qualitative health research, 8*(6), 764-783.
- Gurkan, A., Pakyuz, S. Ç., & Demir, T. (2015, June). Stress coping strategies in hemodialysis and kidney transplant patients. *Transplantation proceedings 47*(5), pp. 1392-1397.
- Himmelfarb, J., & Sayegh, M. H. (2010). Chronic Kidney Disease, Dialysis, and Transplantation: A Companion to Brenner and Rector's The Kidney. Elsevier Health Sciences.
- KDIGO, G. (2012). Work Group. KDIGO clinical practice guideline for glomerulonephritis. *Kidney inter., Suppl, 2*, 139-274.
- Kobasa, S., Maddi, S. & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology, 42*(1), 168-177
- Kohli, S., Batra, P., & Aggarwal, H. K. (2011). Anxiety, locus of control, and coping strategies among end-stage renal disease patients undergoing maintenance hemodialysis. *Indian journal of nephrology, 21*(3), 177.
- Kulpa, M., Zietalewicz, U., Kosowicz, M., Stypula-Ciuba, B., & Ziolkowska, P. (2016). Anxiety and depression and cognitive coping strategies and health locus of control in patients with ovary and uterus cancer during anticancer therapy. *Contemp Oncol (Pozn), 20*(2), 171-175.
- Landeta, G. (2016). Locus de control y calidad de vida en pacientes con insuficiencia Renal Crónica.
Recuperado de: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/24296>
- Laos, K. (2010). Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama. (Tesis inédita de licenciatura). PUCP, Lima
- Lostanau, AV. & Torrejón, CS. (2013). Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de mama. Tesis para optar el título

de Magister en Psicología Clínica de la Salud, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

- Lyne, K., & Roger, D. (2000). A psychometric reassessment of the COPE questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 29, 321-335.
- Miller, M. (1977). Debt and taxes. *the Journal of Finance*, 32(2), 261-275.
- Ministerio de Salud (MINSA). (2015). Diabéticos e hipertensos pueden padecer de una enfermedad renal. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16193>
- Ministerio de Salud (MINSA). (2009). Un porcentaje de pacientes llegan a insuficiencia renal crónica sin diagnóstico especial. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=7930>
- Molina, J. M., Uribe, A. F., & Figueroa, J. (2013). Dolor, calidad de vida y estado anímico relacionados con la salud de pacientes ancianos hospitalizados. *Pensamiento Psicológico*, 11(1).
- Moshki, M., Ghofranipour, F., Hajizadeh, E., & Azadfallah, P. (2007). Validity and reliability of the multidimensional health locus of control scale for college students. *BMC Public health*, 7(1), 295.
- Morán, C., González, M. T., & Landero, R. (2009). Valoración psicométrica del cuestionario de acoso psicológico percibido. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 25(1), 7-16.
- Morowatisharifabad, M., Mahmoodabad, S., Baghianimoghadam, M., & Rouhani Tonekaboni, N. (2009). Relationships between locus of control and adherence to diabetes regimen. *Journal of research in health sciences*, 9(1), 37-44.
- National Kidney Foundation (NFK) 2014. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *American journal of kidney diseases: the official journal of the National Kidney Foundation*, 39(2 Suppl 1), S1.
- Oros, L. (2005). Locus de Control: Evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de Psicología*, 14(1), 89-97.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2015). La OPS/OMS y la sociedad latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento. Recuperado de: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es
- Rincón-Hoyos, H., Castillo, A., Reyes, C., Toro, C., Rivas, J., Pérez, A., Hoyos, M., Gómez, B., Moreano, D., Bersh, S., Salazar, O., Jiménez, S., Escobar, V., Nessim, J., Atehortúa, M., Tascón, M. & Ocampo, A. (2006). Atención

psicosocial integral en enfermedad catastrófica (Atinar).

Ruiz de Alegría-Fernández de Retana, B., Basabe-Barañano, N., & Saracho-Rotaecche, R. (2013). El afrontamiento como predictor de la calidad de vida en diálisis: un estudio longitudinal y multicéntrico. *Nefrología (Madrid)*, 33(3), 342-354.

Rodríguez-Rosero, J., Carvalho, M. & Dela, M. (2002). Escala de locus de controle da saúde -mhlc: estudos de validação. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10(2), 179-184.

Ross, S., Dong, E., Gordon, M., Connelly, J., Kvasz, M., Iyengar, M., & Mujais, S. K. (2000). Meta-analysis of outcome studies in end-stage renal disease. *Kidney International*, 57, S28-S38.

Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(1), 39-53.

Santelices, M., Garrido, L., Fuentes, M., Guzmán, M. & Lizano, M. (2009). Estudio de los estilos de apego adulto en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Universidad Católica del Maule, Chile. Recuperado de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revpsycho/article/view/296>

Sarafino, E. P. (2002). *Health psychology. Biopsychosocial interactions* (4a. ed.). Nueva York: John Wiley & Sons.

Sarnak, M. J. & Levey, A. S. (2000). Progression of renal insufficiency. En S. G. Massry & R. J. Glassock (Eds.), *Textbook of nephrology* (4ª. ed.) (pp.1203-1220). Filadelfia: Williams & Wilkins.

Seguro Social de Salud del Perú (ESSalud) (2006). Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Terminal. *Boletín Tecnológico: Evaluación de Tecnologías en Salud*, 20, 2006.

Sellarés, L. (2017). Nefrología digital. Manejo nutricional en la enfermedad renal crónica. Recuperado de: <http://revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-enfermedad-renal-cronica-136>

Sierra C & Bentez J. (2014). Perfil cognitivo psicopatológico en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Facultad de Psicología, Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia.

Sierra, C. & Julio, J. C. (2010). Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal en fase dialítica. *Psicogente*, 13(23).

Skinner, E. A. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of personality and social psychology*, 71(3), 549.

Taylor, S. E. (2003). *Health psychology* (5a. ed.). Boston: McGraw-Hill.

- Vargas, E. (2014). Locus de Control de la salud y Calidad de Vida percibida, en pacientes con tratamiento de hemodiálisis de una clínica. Recuperado de: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1789?mode=full>
- Vinokur, E. & Bueno, D. (2002). Aspecto psicológico del paciente renal *Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplante*, 56, 11-14.
- Wallston, K., Wallston, B. & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 160-170.
- Yeh, S. C. J., & Chou, H. C. (2007). Coping strategies and stressors in patients with hemodialysis. *Psychosomatic medicine*, 69(2), 182-1



Anexo A

Consentimiento Informado

Estimado(a) paciente:

Deseamos solicitar su participación en el estudio “Estrategias de afrontamiento y Locus de Control de la Salud en pacientes con enfermedad renal crónica a terminal” a cargo de Camila Uranga Roeder, estudiante de la especialidad de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú y bajo la supervisión docente de Mg. Vanessa Lostaunau.

El presente estudio tiene como objetivo conocer la relación entre las estrategias de afrontamiento y el locus de control de la salud en pacientes con enfermedad renal crónica terminal que se encuentran recibiendo tratamiento de hemodiálisis.

Su participación implica llenar una ficha de datos y dos cuestionarios que se le entregaran a continuación. El tiempo de llenado es un aproximado de una hora.

La información que se recoja es confidencial y anónima, por lo que no habrá devolución de resultados. Debido a sus fines académicos, no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

Si bien la participación en este estudio no tiene beneficios directos para su condición de enfermedad, le brinda la oportunidad de compartir sus experiencias como paciente; así como también, contribuye a poder entender la experiencia de pacientes con enfermedad renal crónica terminal.

Este estudio no hará ningún cambio en su tratamiento recetado por su médico.

Es importante recalcar que, si bien su participación es valiosa para este estudio, usted tiene derecho a decidir si desea o no hacerlo sin ningún perjuicio. En caso de que alguna pregunta o actividad le incomode, puede negarse a responder o decidir no continuar participando.

Si tiene cualquier pregunta puede contactarse con la investigadora al 977341610 o al correo electrónico: a20110667@pucp.pe

¿Acepta a participar? (sí) (no)

Firma (opcional)

Fecha



Anexo B



Ficha de Datos

Edad: _____ **Hombre ()** **Mujer ()**

Lugar de procedencia: _____

Tiempo de residencia en Lima: _____mes/meses() año/s ()

Grado de instrucción:

Primaria incompleta		Primaria completa	
Secundaria incompleta		Secundaria completa	
Técnico incompleta		Técnico completa	
Superior incompleta		Superior completa	

Ocupación actual: _____

Rango Ocupacional:

¿Es Usted Militar? Si () No ()

***Si es Militar, por favor, llene la tabla a continuación:**

General		Capitán	
Coronel		Teniente	
Teniente Coronel		Sub-teniente o Alférez	
Mayor		Técnico	
Suboficial		Tropa	

Tiempo de Servicio militar: _____

Familiar		Civil	
----------	--	-------	--

Si indico que no era militar, por favor marque la tabla a continuación:

¿Cual es su parentesco? _____

Estado civil actual:

Soltero (a)		Divorciado (a)	Conviviente	
Casado (a)		Separado (a)	Viudo(a)	

¿Tiene pareja actual?:

Sí ()

No ()

¿Practica alguna religión?:

Si () ¿cuál? _____

No ()

Nivel socioeconómico:

Nivel A Alto (Ingresos familiares brutos mensuales mayores o iguales S/ 10,860.00)		Nivel D Bajo Inferior (Ingresos familiares brutos mensuales mayores o iguales a S/ 2,321.00)	
Nivel B Medio (Ingresos familiares brutos mensuales mayores o iguales a S/ 5,6006.00)		Nivel E Extrema Pobreza (Ingresos familiares brutos mensuales mayores o iguales a S/ 1,584.00)	

Nivel C Bajo Superior (Ingresos familiares brutos mensuales mayores o iguales a S/ 3,446.00)			
--	--	--	--

Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados [Apeim], 2016. Niveles socioeconómicos 2016.

Datos clínicos:

Diagnóstico: _____ **Estadio:** _____

Fecha del diagnóstico: _____

¿Hace cuánto inició el tratamiento en hemodiálisis?: _____

Vía de acceso vascular:

1. Catéter () 2. Fístula ()

Además de la IRCT, ¿presenta usted alguna de las siguientes enfermedades?

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

¿Este diagnóstico fue obtenido antes o después del diagnóstico renal?

- Antes () Después ()



Anexo C

Tabla 8

Variables descriptivas sobre los pacientes con ERCT

<i>Variables Sociodemográficas</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Edad		
18 - 38 años	26	32.50
40 - 52 años	27	33.75
54 - 73 años	27	33.75
Sexo		
Hombre	47	58.75
Mujer	33	41.25
Procedencia		
Lima	32	40.00
Provincia	48	60.00
Ocupación		
Militar en Retiro	14	17.50
Militar en actividad	2	2.50
Jubilado	2	2.50
Otras profesiones	62	77.50
Parentesco		
Personal Civil	63	78.75
Personal Militar	17	21.25
Estado Civil		
Soltero	20	25.00
Divorciado	1	1.25
Conviviente	19	23.75
Casado	38	47.50
Viudo	2	2.50
Pareja		

	No	15	18.75
	Sí	65	81.25
<hr/>			
Religión			
	Católica	58	72.50
	Otras Religiones	22	27.50
<hr/>			
Nivel Socioeconómico			
	Nivel A	2	2.50
	Nivel B	7	8.75
	Nivel C	24	30.00
	Nivel D	28	35.00
	Nivel E	19	23.75
<hr/>			
Tiempo de Diagnostico			
	4 - 36 meses	41	51.25
	48 - 240 meses	39	48.75
<hr/>			
Inicio de Hemodiálisis			
	4 - 24 meses	42	52.50
	36 - 240 meses	38	47.50
<hr/>			
Acceso Vascular			
	Catéter	31	38.75
	Fístula	49	61.25
<hr/>			
Comorbilidad Diagnostica			
	Ninguna	2	2.50
	Una	48	60.00
	Dos	23	28.75
	Tres	4	5.00
	Cuatro	3	3.75
<hr/>			
Hipotensión			
	No	79	98.75

	Sí	1	1.25
Hipertensión	No	18	22.50
	Sí	62	77.50
Diabetes	No	55	68.75
	Sí	25	31.25
Problemas del Corazón	No	76	95.00
	Sí	4	5.00
Anemia	No	71	88.75
	Sí	9	11.25
Hepatitis_C	No	75	93.75
	Sí	5	6.25
Otros Diagnósticos			
	Ninguno	67	83.8
	artrosis	3	3.8
	Poliquistosis	3	3.8
	Lupus	3	3.8
	Glomeropatía	4	5.0

N = 80

