



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y LOCUS DE CONTROL DE LA SALUD EN UN GRUPO DE PACIENTES CON TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica que presenta el bachiller:

PEDRO FERNANDO ALFARO CÁRDENAS

Asesora:

MÓNICA CASSARETTO

LIMA-PERÚ
2011



AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a todas las personas que han hecho posible esta investigación. A los pacientes de los centros de hemodiálisis, quienes colaboraron desprendidamente; por su fuerza y valentía, esta tesis va por ellos. Me gustaría hacer una mención especial a Haydeé Oblitas por la asesoría, el respaldo, los consejos y el buen humor brindado en gran parte del proyecto. A mi asesora, Mónica Cassaretto, por su disposición, el soporte, las sugerencias, la paciencia y su experiencia indispensable para poder pulir y culminar debidamente este trabajo.

A mi familia, por la paciencia, la comprensión y el entusiasmo que han mostrado durante todo el proceso, este trabajo es para ellos también. A Karina, la amiga que me apoyó desde el primer hasta el último día de este proyecto, quien siempre cree en mí y me da fuerzas, ánimos y críticas cuando las requiero. Sin su apoyo este trabajo jamás hubiera visto la luz, por lo que va también dedicado a ella como un pequeño saldo por la infinita gratitud que le tengo.

A Fabiola Miraval, a la licenciada Rosa Aramburú, al doctor Alfredo Mendoza, al doctor Cieza y a su hijo Javier, por la confianza y cooperación con el proyecto. A David, Patty, Nelson, Milagros y Vania, por el compromiso y la responsabilidad que asumieron al colaborar desinteresadamente en la investigación.

A Doris Miranda y Raúl Soto no sólo por el soporte estadístico que me brindaron, sino también por el ánimo ofrecido desinteresadamente. A Mercedes, por el camino entrecruzado que compartimos en una etapa crucial de este proyecto. Por el sacrificio, el aliento, las risas, las madrugadas y la complicidad que acompañaron este trabajo y otros tantos momentos imborrables.

A Úrsula Tantaleán, por la paciencia y la tolerancia que ha tenido conmigo en el trabajo. Sin su comprensión esta empresa no se hubiera completado.

Un agradecimiento muy grande a Nelly, Suellen y Nadia, grandes amigas que me han acompañado y me han dado muchas fuerzas para poder ponerle punto final a este trabajo. Especialmente, quiero agradecerle a Marisut, quien siempre está pendiente de mí, me escucha, me despabila, me alegra y me acompaña. Por el valor inconmensurable de su amistad.



RESUMEN

La presente investigación estudia la relación entre el Locus de Control de la salud (LCS) y la Calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en un grupo de pacientes con IRCT, en tratamiento de hemodiálisis. La muestra estuvo constituida por un grupo de 100 pacientes, entre 20 y 70 años, de cuatro centros de diálisis de la capital. Para medir la CVRS se usó el Cuestionario de Salud SF-36 versión 2, adaptado por el equipo de Alonso (1995) y para medir el LCS se empleó la Escala Multidimensional de Locus de Control (EMLC) en la versión de Rodríguez-Rosero, Carvalho y Dela (2002). Los resultados indican que un mayor locus interno y una menor orientación externa, ya sea de otros poderosos o de casualidad, están asociados a mejores niveles de CVRS en diversas dimensiones. De otro lado, a nivel de las dimensiones de CVRS los puntajes se encuentran en un rango entre 41 y 64.3. Además, se realizaron diferencias de medianas entre las dimensiones del SF-36 y el EMLC con variables sociodemográficas y de enfermedad como: sexo, edad, lugar de procedencia, religión, grado de instrucción, ocupación, estado civil, composición familiar, vía de acceso vascular, comorbilidad con otras enfermedades y tiempo de tratamiento.

Palabras Claves: Locus de Control de la Salud (LCS), Calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), Insuficiencia Renal Crónica

ABSTRACT

This research studies the relationship between Health Locus of Control (HLC) and Health Related Quality of Life (HRQOL) in a group of patients with Chronic Kidney Disease (CKD) in hemodialysis treatment. The sample was compounded by 100 patients, between 20 and 70 years old, from 4 centers of dialysis in Lima. The Health Survey Questionnaire (SF-36) version 2, adapted by Alonso's team (1995), was used to measure HRQOL and the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scale version of Rodríguez-Rosero, Carvalho and Dela (2002) was used to measure the HLC. The outcomes show that an elevated internal health locus of control and a reduced external health locus of control, whether if it is by powerful others or by chance, is related to better results in HRQOL in different dimensions. Moreover, scores from the dimensions of the HRQOL are in a range between 41 and 64.3. Furthermore, comparing medians procedures were realized between dimensions of SF-36 and the MHLC scale. The variables analyzed were: sex, age, precedence, religion, education level, occupation, marital status, family composition, vascular access, comorbidity with other diseases and time of treatment.

Key Words: Health Locus of Control (HLC), Health Related Quality of Life (HRQOL), Chronic Kidney Disease



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	1
MÉTODO	11
Participantes	11
Medición	12
Procedimiento	14
RESULTADOS	17
DISCUSIÓN	25
REFERENCIAS	35
ANEXOS	43



CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y LOCUS DE CONTROL DE LA SALUD EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) es una enfermedad crónica, irreversible y progresiva, en la cual los riñones pierden capacidad de excretar los productos de desecho en la orina y de mantener el balance químico en la sangre (Viviani & Ferreira, 2008). Esta pérdida se genera por la reducción del filtrado glomerular o por la presencia de daño renal de forma persistente por al menos 3 meses (Gómez, Arias & Jiménez, 2006; Soriano, 2004). Es una enfermedad silenciosa en sus inicios, los primeros síntomas no aparecen hasta que se ha perdido aproximadamente el 50% de la función renal (Magaz, 2003).

Conforme la enfermedad va progresando pueden ir apareciendo los siguientes síntomas: orina espumosa, sed intensa, hipertensión arterial, amanecer con los párpados o la cara hinchada y en las tardes con los pies hinchados (por la retención de líquidos), anemia, falta de apetito, pérdida de peso, náuseas y/o agitación al caminar (EsSALUD, 2006). La enfermedad es detectada cuando se hace una exploración y se encuentran niveles elevados de creatinina en la sangre y altas concentraciones de sodio, potasio y urea en la orina (Magaz, 2003). La IRCT es una enfermedad de alta incidencia, dado que entre sus factores de riesgo están la presencia de otros trastornos de alta prevalencia como la hipertensión arterial, la diabetes, la glomerulonefritis, la dislipidemia o las enfermedades cardíacas (Fayat, Escalona & Feraud, 2005; Gómez et al., 2006; Soriano, 2004).

La palabra “terminal” hace referencia a la última etapa de la enfermedad, donde los niveles de filtrado glomerular se encuentran por debajo de 15 ml/min, en otras palabras se tiene un funcionamiento renal inferior al 10%. Se considera que a partir de este momento hay una posibilidad importante de muerte en los próximos años, por lo que el tratamiento ideal para extender la esperanza de vida de las personas resulta ser el trasplante renal. De no ser posible, es necesario iniciar un tratamiento de diálisis que es un tratamiento sustitutivo de la función renal. Puede darse de dos formas: hemodiálisis o diálisis peritoneal (Magaz, 2003).

La hemodiálisis es un procedimiento que limpia y filtra la sangre extrayendo del cuerpo los desechos nocivos y el exceso de sal y líquidos. La sangre circula desde una arteria del paciente hasta la máquina de diálisis, en donde las sustancias tóxicas de la sangre se difunden en el líquido de diálisis; la sangre libre de toxinas vuelve luego al organismo a través de una vena canulada (Páez, Jofré, Azpiroz & De Bortoli, 2009). Dicho procedimiento debe ser realizado por personal especializado, por lo que es necesario que el paciente acuda en todas las oportunidades a un centro. Este proceso dura de tres a cuatro horas por sesión y debe ser

realizado tres veces por semana como mínimo, lo que indica que el paciente llega con un grado de malestar por las horas transcurridas sin que las toxinas hayan sido desechadas; además, el paciente debe realizar los cuidados prescritos para mantener el acceso vascular en óptimas condiciones y controlar de manera rigurosa la ingesta de líquidos (Magaz, 2003). Las complicaciones o síntomas que se presentan por lo general con el tratamiento de hemodiálisis son cefalea, hipoalbuminemia, hipotensión, calambres musculares, hipoxemia, arritmias, hemorragias, anemia, sensación de sed, dolor de huesos y/o articulaciones (Álvarez-Ude et al., 2001; Tovbin, et al., 2003).

Además de las molestias físicas, los pacientes son propensos a padecer trastornos emocionales como la presencia de ansiedad, depresión o alteraciones en su imagen corporal (Álvarez-Ude et al., 2001; Fernández et al., 2005; Moreno et al., 2004). Cabe señalar que el mismo tratamiento que prolonga la vida de los pacientes por un lado, deteriora su calidad de vida por el otro (Alarcón, Farías & Barrios, 2009; Pérez, Dois, Díaz & Villavicencio, 2009).

La calidad de vida es un tema estudiado en enfermedades crónicas como la IRCT ya que se sabe que esta enfermedad y sus tratamientos tienen efectos muy perjudiciales para las personas (Fayat et al., 2005).

La calidad de vida se define como el juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad o satisfacción en la vida; esta evaluación es también objetiva en tanto mide aspectos más externos como vivienda, alimentación, trabajo, vestido, seguridad social, entre otros; sin embargo, resulta fundamental para el concepto la valoración personal que hacen las personas de su bienestar. Otro aspecto fundamental del concepto es que éste es multidimensional ya que abarca la evaluación sobre el área física, mental y social (Gómez-Vela & Sabeh, 2002; Robles, 2004; Rodríguez, 1995).

De otro lado, la valoración se encuentra ponderada por factores personales y ambientales. En los factores personales pueden encontrarse: valores, aspiraciones, expectativas, necesidades, elecciones, control individual (Gómez-Vela & Sabeh, 2002; Schalock & Verdugo, 2003). En los factores ambientales se encuentran: las relaciones de intimidad, vida familiar, amistad, trabajo, vecindario, vivienda, educación, salud, nivel de vida y hasta el estado de la nación (Schalock & Verdugo, 2003).

La medicina ha progresado y ha aumentado la esperanza de vida de las personas con enfermedades crónicas, pero esto no necesariamente ha implicado un aumento en el bienestar físico, psicológico y social. De esta manera, las mediciones médicas-objetivas como la morbilidad, mortalidad y expectativas de vida resultan insuficientes para medir el grado de bienestar de las personas. Por ello, se empiezan a tomar en cuenta las evaluaciones subjetivas

para determinar el grado de satisfacción vital con el que cuentan los pacientes (Eckermann, 2000; Kimmel et al., 1995; Rodríguez, 1995; Schwartzmann, 2003; Urzúa, 2010).

De esta manera surge el concepto de “Calidad de Vida Relacionada con la Salud” (CVRS), que en este ámbito está relacionada a la integración de la enfermedad en la vida del individuo (Schalock & Verdugo, 2003). La CVRS se refiere al impacto en la percepción de bienestar de un paciente, ocasionado por cambios en el estado de salud (Schalock & Verdugo, 2003; Schawrtzman, 2003). Se entiende como la evaluación que realiza la persona sobre su estado de salud, tanto físico, funcional, psicológico y social, pese a los efectos de alguna enfermedad o tratamiento determinado sobre diversos ámbitos de la vida (Alvarez-Ude, 2001; Contreras, Esguerra, Espinosa & Gómez, 2007; Gómez-Vela & Sabeth, 2002; Urzúa, 2010). El resultado de la CVRS depende de la adaptación que tenga la persona a su enfermedad y tratamiento (Rodríguez, 1995). Responde en gran medida a sus propios valores, expectativas, ideologías, creencias, y a su contexto cultural e historia personal (Schawrtzman, 2003).

Estas definiciones parecen tener más relación con el concepto integral de salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la define no sólo como ausencia de enfermedad sino como un estado completo de bienestar físico, psíquico y social (OMS, 1997). Abarca mucho más del esquema biomédico, tomando en cuenta la esfera subjetiva del comportamiento humano. Se refiere a un concepto positivo que implica funcionamiento adaptativo y distintos grados de vitalidad (Labiano, 2004).

Existe consenso general al considerar la CVRS como un constructo subjetivo y multidimensional (García & Calvanese, 2008; Schalock & Verdugo, 2003; Schawrtzman, 2003). Por lo general, las dimensiones que lo constituyen y se evalúan son: síntomas y quejas subjetivas; diagnósticos; funcionamiento psicológico, fisiológico, físico y social; y por último, la percepción general del estado de salud (Robles, 2004).

El paciente en hemodiálisis es un caso representativo de lo difícil que resulta hacerle frente a las enfermedades crónicas. Se ve obligado a adaptarse a una serie de cambios y estresores, inherentes a la enfermedad, que afectan su CVRS como son: la amenaza constante de muerte; la dependencia a máquinas y personal sanitario; complicaciones en el acceso vascular; restricciones dietéticas; alteraciones en el funcionamiento físico; cambios en las relaciones sociales, familiares y laborales; problemas económicos; limitaciones en el tiempo; disfunciones sexuales; entre otros. (Alvarez-Ude et al., 2001; Contreras et al., 2006; González & Lobo, 2001; Kimmel, 2001; Pérez et al., 2009).

Conocer el impacto que generan todos estos cambios en la CVRS puede resultar muy importante para los pacientes, ya que se ha encontrado que personas en hemodiálisis con

menores niveles de CVRS tuvieron mayor riesgo de muerte y hospitalización (Kalantar-Zadeh, Kopple, Block & Humphreys, 2001; Mapes et al., 2003). Esto puede ocasionarse porque, a pesar de que ha evolucionado la tecnología que permite una mayor sobrevivencia de los pacientes, muchos de ellos presenta cuadros de ansiedad y depresión (Cukor, Cohen, Peterson & Kimmel, 2007; Kimmel, 2001; Moreno et al., 2004). Estos cuadros están relacionados al aumento del rango de suicidios en este tipo de pacientes, expresados en la no adherencia a la hemodiálisis, incumplimiento en las restricciones dietéticas e intentos suicidas directos (Páez et al., 2009). De otro lado, Moreno et al. (2004) señalan que una alta incidencia de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes con IRCT está asociada a un descenso generalizado en la actividad física, disminución de actividades sociales y pérdida de energía para mantener sus actividades cotidianas y laborales. De este modo, es posible observar que estos cuadros se asocian a un deterioro en la calidad de vida, una salud más pobre y por tanto, a un aumento en los riesgos de mortalidad (Páez et al., 2009).

Por tal motivo, es fundamental estudiar cuáles son los grupos más vulnerables y que perciben con mayor intensidad el daño del tratamiento en sus vidas. Algunos estudios demuestran que los pacientes en hemodiálisis presentan menor calidad de vida que la población general (Alarcón et al., 2009; Kalantar-Zadeh et al., 2001; Pérez & et al., 2009). En especial, el sexo femenino, la edad avanzada, la presencia de patologías asociadas, el bajo nivel socioeconómico y el pobre nivel educativo se han asociado frecuentemente con peores niveles de CVRS (Ruiz et al., 2003). Para profundizar más en ello, a continuación se presentan hallazgos importantes encontrados en la literatura respecto a la CVRS en los pacientes con IRCT, de acuerdo a su relación con algunas variables sociodemográficas y de enfermedad.

Respecto al sexo, son numerosas las investigaciones que señalan que las mujeres tienen peor CVRS que los hombres en diversas áreas (Arenas et al., 2004; Contreras, Espinosa & Esguerra, 2008; Eckermann, 2000; Fernández et al., 2005; Molina, Sánchez, Rubio & Uribe, 2005). La edad avanzada también está asociada a una peor CVRS sobre todo en el área física y en la disminución de la capacidad funcional (Álvarez-Ude, 2001; Arenas et al., 2004; Lopes et al., 2007; Mingardi et al., 1999); también está relacionada con un aumento en la comorbilidad con otras enfermedades, siendo la diabetes la más importante entre otras, como la anemia o la hepatitis C, que también disminuyen la CVRS en las áreas física y funcional (Fernández et al., 2005; Moreno et al., 1996; Muñoz, Oto, Barrio & Fernández, 2006). Es importante recordar que la IRCT tiene muchas veces otras causas subyacentes a la patología renal que van afectando y deteriorando otros órganos y sistemas, afectando así la CVRS (Zuñiga, 2005 citado en Alarcón, et al., 2009).

Varios estudios han reportado también que un mayor grado de instrucción se relaciona con mejores niveles de CVRS (Alvarez-Ude, 2001; Lopes et al., 2007; Pérez et al., 2009). De otro lado, el trabajo activo es otra característica que se ha asociado a una mejor CVRS y que influye en la rehabilitación (Alvarez-Ude, 2001; Fernández et al., 2005; Pérez et al., 2009). Por último, el estado civil también se ha vinculado a diferencias en la CVRS, los viudos y separados reportan menos CVRS que los casados y solteros (Seguí, Amador & Ramos, 2010). No obstante, más importante que el hecho de pertenecer a una relación parece ser el grado de satisfacción que se tenga con la misma. En general, una percepción más positiva de la enfermedad y menos dificultades emocionales están asociadas a una mayor satisfacción de pareja (Cukor et al., 2007; Kimmel, 2001).

Otras dos variables médicas importantes en la CVRS de los pacientes con hemodiálisis son la vía de acceso vascular y el tiempo de tratamiento. Respecto a la primera se halló que el uso del catéter en lugar de la fístula, está vinculado a mayores complicaciones, comorbilidad, riesgo de mortalidad y hospitalización (Fernández et al., 2005, Lopes et al., 2007). En cuanto a la segunda, se encontró que a mayor tiempo de tratamiento disminuía la CVRS en diversas áreas, probablemente a causa del aumento de la comorbilidad que genera síntomas físicos que afectan la salud percibida (Arenas et al., 2004). Además, las personas con mayor tiempo en hemodiálisis tienen una mayor percepción del estrés, perciben menos comprensión e intimidad y se esfuerzan menos por buscar apoyo (Ruiz de Alegría et al., 2009).

Las percepciones de control sobre la salud son uno de los factores que pueden resultar más influyentes en la calidad de vida de las personas. Desde las décadas de los años 1950 y 1960 se viene estudiando en la psicología el concepto de control con la intención de que las personas mantengan y perciban una sensación de dominio sobre sus vidas. El control se refiere a la medida que un agente provoca de manera intencionada unos resultados deseados y evita resultados no deseados (Báñez, 2002). En tal sentido, en las últimas décadas muchos estudios se han centrado en investigar cómo las personas mantienen, experimentan y varían sus percepciones de control a lo largo del tiempo o de diversas situaciones (Shapiro, Schwartz & Astin, 1996; Skinner, 1996).

Existe una variedad muy grande de constructos y conceptos que abarcan diferentes aspectos del control percibido, el locus de control (LC), creado por Rotter, es uno de ellos y además uno de los más utilizados. El término “locus” proviene del latín, significa “lugar” y fue dividido por Rotter en interno y externo (Wallston, 2001). Una persona con un locus de control interno fue definida como una persona que creía que los resultados o refuerzos deseados ocurrían como una consecuencia directa de acciones personales o como resultado de quién o

qué era uno. Un locus de control interno generalmente es igualado con control percibido. En cambio, un locus de control externo se refiere a la creencia de que los refuerzos o resultados son producto de la conducta de otras personas o tal vez ocurrencias casuales, influenciadas sólo por el destino, la suerte, o la casualidad. Una orientación de este tipo generalmente es entendida como una ausencia de control percibido (Bárez, 2002; Wallston, 2001).

Un cambio importante se produjo cuando se estableció que el constructo de Rotter era multidimensional antes que unidimensional (Bárez, 2002; Wallston, 2001). Levenson (1973 & 1974 citados en Wallston, 2001) encontró que la internalidad y externalidad eran dimensiones distintas en lugar de extremos de un mismo constructo. Además, sugirió que la externalidad también era multidimensional, de manera tal que desarrolló tres dimensiones: la dimensión externa de otros poderosos que consiste en atribuir a otros lo que a uno le sucede, la dimensión externa de casualidad donde se le atribuye a la suerte o al azar lo que a uno le sucede y la dimensión interna que es la percepción de que la situación es contingente con la conducta de uno (Oros, 2005).

El estudio del control percibido dentro de la salud resulta importante ya que se ha encontrado que se relaciona con el curso y la mortalidad de las enfermedades (Shapiro et al., 1996). Respecto a esto, la investigación ha sido más clara respecto a los perjuicios que ocasiona un locus de control externo más elevado, relacionándose directamente con mayor desesperanza y depresión, los cuales aumentan los riesgos hacia la mortalidad (Dalgard & Lund, 1998; Oros, 2005).

Las creencias sobre la salud resultan muy importantes al momento de trabajar con enfermedades crónicas, una de estas creencias es el locus de control de la salud. Consta de las tres dimensiones que propuso Levenson (1973 & 1974 citados en Wallston, 2001), donde un *locus de control de salud interno* se refiere a la creencia de que la salud o enfermedad dependen de uno mismo; un locus de control de salud externo sería la creencia de que la salud no depende de uno mismo o que se puede ejercer poco control sobre ella, se divide en dos dimensiones: *locus de control de salud otros poderosos*, 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; Christensen, Wiebe, Benotsch & Lawton, 1996; Wallston, 2001).

El LCS se refiere sólo a las expectativas de resultados de salud (Christensen et al., 1996), no mide, por ejemplo, la percepción de eficacia personal o la capacidad del individuo para efectuar determinadas conductas (Wallston, 2001).

Respecto a la relación entre los LCS y diversas variables sociodemográficas, se ha encontrado que los hombres tienen una mayor orientación interna que las mujeres (Anarte, Machado, Ruiz de Adana & Caballero, 2010; Morowatisharifabad, Mahmoodabad, Baghianimoghadam & Tonekaboni, 2010). Además, las mujeres tienen un mayor locus de casualidad que los hombres (Morowatisharifabad et al., 2010). De otro lado, el locus de control externo tiende a crecer conforme avanza la edad y un nivel de educación más elevado se asocia a un incremento en el locus de control interno (Morowatisharifabad et al., 2010).

El LCS se encuentra estrechamente relacionado con indicadores de ajuste emocional, como la CVRS. Tradicionalmente, se señala que el locus de control interno tiene un mayor impacto positivo sobre la salud (Arraras et al., 2002). La investigación reporta que aquellos que creen que pueden hacer algo respecto a su enfermedad tienen una adaptación más positiva que aquellos que no (Shapiro et al., 1996); son más proclives a practicar buenos hábitos saludables (Taylor, 2003; Wallston, 1992); pueden aumentar su adherencia al tratamiento (Morowatisharifabad et al., 2010); usan más estrategias de afrontamiento activas y reportan menores niveles de depresión que los de una orientación externa (Comeche, Díaz & Vallejo, 1999).

En un estudio con pacientes con artritis reumatoide y osteoartritis se encontró que un nivel más alto de locus de control interno de la salud estaba asociado a mejor calidad de vida, tanto en el área física como mental (Cross et al., 2006). En forma semejante, en una investigación con mujeres con cáncer de mama, pacientes con un alto locus interno tenían un mejor ajuste psicológico independientemente del área donde vivían, urbana o rural (Bettencourt et al., 2008). Finalmente, en una intervención con pacientes diabéticos, los que consiguieron incrementar el locus de control interno reportaron una mejor calidad de vida, asimismo percibían su salud en mejor estado que un año anterior. De otro lado, los que resultaron menos orientados por el azar reportaron un incremento en su funcionamiento físico (Keers et al., 2004).

No obstante, otras variables como el deseo de control en la persona, la cantidad de control disponible en el ambiente o las competencias conductuales necesarias para ejercer el control, pueden alterar la directa relación que se cree existe entre control percibido y ajuste psicológico (Shapiro et al., 1996). Es posible entonces que las personas pueden tener otras metas de control diferentes a la curación de una enfermedad, que en un caso como la IRCT puede ser imposible de obtener. Los pacientes pueden obtener control sobre el curso de la enfermedad, los síntomas, sus propias reacciones emocionales a ella y la forma como esta puede afectar a sus seres queridos o sus relaciones cercanas (Skinner, 1996). Todo esto es

muy importante en el trabajo con pacientes crónicos, porque los pacientes se sienten mejor cuando establecen metas que son significativas para ellos (Folkman & Greer, 2000).

Pese a todo lo expuesto anteriormente, una orientación interna podría no ser la más adecuada en el caso de algunas enfermedades crónicas (Burish et al., 1984; Carver et al., 2000; Helgeson, 1992). Las personas orientadas con un locus de control interno podrían sentirse frustradas y desesperanzadas al no poder cambiar su estado de salud, en cambio los individuos orientados hacia una posición más externa pueden mantener un estado de salud más positivo, porque no tratan de controlar su ambiente y por ello no experimentan niveles altos de frustración (Wortman & Dunkel-Schetter, 1979 citados en Burish et al., 1984).

El locus de otros poderosos puede resultar adaptativo en casos donde se reciben tratamientos invasivos por parte de los médicos y en enfermedades graves (Helgeson, 1992), pues se mitiga al estrés al no asumir toda la responsabilidad y creer en la habilidad del equipo (Andrykowski & Brady, 1994 citados en Bárez, 2002). La creencia de que otras personas juegan un rol importante en los resultados sobre la salud no necesariamente implica una falta de control percibido (Skinner, 1996; Wallston, 2001). Esto puede darse en el caso en que los otros poderosos sean personas percibidas como muy competentes por los pacientes, actuando a favor del bienestar del individuo y receptivos a las necesidades del self. Así, transferirles control a profesionales competentes es una forma de tomar control sobre la salud e incrementar el poder del self (Antonovsky, 1992; Shapiro et al., 1996; Wallston, 2001). De esta manera, es importante tener en cuenta la distinción entre “estar bajo el control de las cosas” y “que las cosas estén bajo control” la cual implica una situación ordenada y con sentido (Antonovsky, 1979 citado en Skinner, 1996).

En conclusión, el locus de control de la salud interno y el locus de control de la salud externo de otros poderosos son los que, en teoría, favorecen mejor la adaptación a la enfermedad, ya que implican una sensación de control y se asocian a un mejor bienestar psicológico en comparación al locus de control externo de azar o casualidad, que implica una ausencia de control y se vincula con la desesperanza (Bettencourt et al., 2008; Cross et al., 2006; Wallston, 1992). Además, el locus externo de casualidad se asocia con una mala adaptación pues provoca incertidumbre respecto al pronóstico, miedo a los tratamientos, sensación de mayores cambios físicos y aislamiento social (Brennan, 2001).

Considerando todo lo dicho anteriormente, una adaptación psicológica positiva va a depender del tipo de enfermedad que posea el paciente. Si bien frente a una enfermedad grave uno tiende a depositar el control en los médicos, dependiendo de la situación, esta orientación puede resultar adaptativa o no (Bárez, 2002). Una de las pocas investigaciones que se han

hecho con estas variables en pacientes con IRCT es la de Cvengros, Christensen & Lawton (2005), donde se realizó un estudio longitudinal con estos pacientes y se descubrió que conforme la enfermedad iba progresando hacia la etapa en que tenían que entrar a hemodiálisis, el mayor uso de un locus de control de la salud interno se relacionaba con menores niveles de depresión (Cvengros, Christensen & Lawton, 2005).

En el Perú el 95% de los pacientes con IRCT se atiende en el seguro social EsSALUD. La incidencia de pacientes con IRCT ha ido creciendo aproximadamente en un 10% por año, cifra equivalente a 500-600 personas adicionales al año. Alrededor del 80% de pacientes con IRCT siguen un tratamiento de hemodiálisis. Debido a las inadecuadas condiciones de los hospitales del estado, no es posible que se den abasto para atender a la gran demanda de pacientes, por lo que se terceriza el servicio a clínicas privadas (EsSALUD, 2006). Pese a este incremento de casos de IRCT en los últimos años, el estudio de la CVRS de estos pacientes es deficiente. Por ello, resulta fundamental conocer el impacto que está generando la enfermedad sobre sus vidas y conocer los factores que podrían estar influyendo sobre su calidad de vida. Uno de estos factores podría ser la percepción de control sobre la salud, ya que es conocido por las características de la hemodiálisis, que los pacientes pueden percibir que no tienen control sobre la enfermedad y que están a disposición del personal médico y de las máquinas (Paredes, 2005). En ese sentido, el LCS puede ser un constructo de mucha utilidad para conocer si los pacientes, a pesar de las dificultades previamente descritas, aún guardan una sensación de control sobre su salud y primordialmente para saber cuál o cuáles son las dimensiones que resultan ser más provechosas para ellos. Conocer la relación entre los locus de control y la CVRS podría ayudar a mejorar el ajuste de las personas al tratamiento, por lo que podría ser de gran utilidad para el personal a cargo de estos pacientes.

A partir de todo esto, surge la motivación para la siguiente investigación que tiene como objetivo estudiar la relación entre la calidad de vida relacionada a la salud y el locus de control de la salud en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que se encuentran recibiendo tratamiento de hemodiálisis. Además, como objetivos específicos pretendemos:

1. Describir las dimensiones de calidad de vida percibida en un grupo de pacientes con IRCT en tratamiento de hemodiálisis.
2. Determinar si existen diferencias significativas en las dimensiones de calidad de vida y de locus de control de la salud en base a los principales datos sociodemográficos y médicos.



MÉTODO

Participantes

La muestra del estudio estuvo compuesta por cien personas que reciben tratamiento de hemodiálisis de cuatro centros de la capital. Los pacientes compartían características similares al ser todos ellos pertenecientes al seguro social.

El contacto con los pacientes se realizó a través de los directores de los centros de diálisis, a quienes se les entregó una carta de presentación de la universidad avalando el estudio. La aplicación se llevó a cabo mientras los pacientes eran dializados, se contó con la colaboración de un grupo de entrevistadores previamente capacitados en el manejo de los instrumentos. Para empezar, se les preguntó a los pacientes si deseaban participar en forma voluntaria en una investigación, después se les entregó el consentimiento informado (ver Anexo A) que les aseguraba el anonimato y la confidencialidad de la información recabada. Después de esto los participantes llenaron la ficha sociodemográfica (ver Anexo B) y por último los cuestionarios de calidad de vida y de locus de control.

Los criterios de inclusión de la muestra fueron: tener una edad comprendida entre 20 y 70 años, tener un tiempo mínimo de diálisis de 3 meses y haber completado todos los ítems de los instrumentos empleados. Se excluyó de la investigación a todos los pacientes en estados confusionales o demenciales y enfermedades psiquiátricas muy severas.

Se trabajó con una muestra definitiva de 100 personas, de los cuales el 20% tenía entre 20 y 40 años de edad, 48% entre 41 y 60 años y el 32% pertenecía a un rango de edad entre 61 y 70 años. El 54% eran mujeres y 46% hombres. Más de la mitad de ellos eran casados o convivientes (56%), además un gran número de encuestados tuvo la oportunidad de acceder a una educación superior (41%), mientras que casi un tercio de la muestra tenía una escolaridad incompleta (31%). El 32% de personas no tenía trabajo, 22% eran amas de casa, 30% trabajaban de forma independiente y 16% de forma independiente. La gran mayoría de los participantes era de religión católica (76%) y vivía con su familia nuclear (80%). En cuanto a las variables de enfermedad, un 79% usaba una fístula como vía de acceso vascular. El 90% de participantes tenía comorbilidad con otras enfermedades entre las que destacaba la hipertensión y la diabetes con un porcentaje de 75 y 29 respectivamente. Por último, un 38% de pacientes tenía entre 2-3 años de tratamiento en hemodiálisis.

Medición

Calidad de Vida Relacionada a la Salud

Para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud se utilizó el Cuestionario de Salud SF-36. Este instrumento fue desarrollado por Ware & Sherbourne en 1992 para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (MOS). Desde entonces ha formado parte de un proyecto internacional de adaptación del instrumento original a diferentes países e idiomas (International Quality of Life Assessment –IQOLA- Project). Es una escala genérica del estado de salud, psicométricamente sólida, aplicable tanto para pacientes como a la población adulta en general. Informa de estados tanto positivos como negativos de la salud física y emocional de los individuos a través de ocho dimensiones: Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental.

El cuestionario arroja puntajes que van de 0 a 100, donde un puntaje mayor indica mejor calidad de vida. Algunas investigaciones (Laos, 2010; Salas, 2009; Torres, 2011) han utilizado una división por quintiles para los puntajes de la prueba, donde los puntajes del 0-19 fueron considerados como una calidad de vida *Muy baja*, del 20-39 se consideró *Relativamente baja*, de 40 a 59 se consideró *Promedio*, del 60-79 se consideró *Relativamente alta*, y por último el rango de 80 a 100 fue considerado como *Muy alto*.

En cuanto a los aspectos psicométricos del instrumento, la confiabilidad se determinó a través del análisis de consistencia interna. Una forma de hallar la consistencia interna fue a través del coeficiente de Alfa de Cronbach. Este coeficiente superó el valor mínimo recomendado de .70 para todas las dimensiones en la mayoría de investigaciones, salvo en la dimensión de Función Social que en ocasiones reporta puntajes inferiores a esta cifra, las demás dimensiones del cuestionario superan el .70, siendo las más favorecidas las dimensiones de Rol Físico, Función Física y Rol Emocional, llegando a alcanzar valores hasta de .90 (Mendoza, 2007; Vilagut et al., 2005). La consistencia interna de los ítems también fue una forma de evaluar la confiabilidad del instrumento, todas las correlaciones ítem-test fueron superiores a .40, valor aceptado en psicometría para definir que el ítem mide el concepto que pretende medir dentro de la escala (Gandek, Sinclair, Kosinski & Ware, 2004).

De otro lado, la validez de este instrumento se ha explorado en muchos estudios a través de la validez predictiva, validez de constructo, mediante análisis factorial exploratorio y validez discriminante; de igual forma, se ha estudiado la validez convergente y divergente, las relaciones con variables sociodemográficas, clínicas y funcionales (Mendoza, 2007; Vilagut et al., 2005). El análisis factorial de componentes principales, con una población de 9151

personas, cumplió con la hipótesis de la presencia previa de dos factores subyacentes (físico y mental).

Respecto a la validez predictiva, se ha encontrado que el cuestionario funciona como un predictor importante de la mortalidad. En una investigación con 318 pacientes en diálisis se encontró que la dimensión del componente mental del SF-36 predijo, una vez ajustados los puntajes por todos los indicadores clínicos de gravedad, la mortalidad general y más días de hospitalización tras dos años de seguimiento. Si además los pacientes sufrían de diabetes, ambos componentes (físico y mental) resultaban predictores de mortalidad y más días de hospitalización (López, García, De Álvaro & Alonso, 2004).

En nuestro contexto latinoamericano se ha empleado satisfactoriamente el SF-36 en países como Colombia (Contreras et al., 2006; Lugo, García & Gómez, 2006), Venezuela (Mendoza, 2007) y México (Zúñiga et al., 1999) ya sea para realizar una valoración de la calidad de vida o para probar las cualidades psicométricas del instrumento.

En la presente investigación se usará la adaptación española elaborada por el equipo de Alonso, Prieto & Antó (1995), cuya versión se ha usado satisfactoriamente en nuestro medio con anterioridad (Laos, 2010; Salas, 2009; Torres, 2011). Laos (2010) y Torres (2011) desarrollaron su investigación con mujeres con cáncer de mama, ellas midieron la confiabilidad con el coeficiente de alfa de Cronbach y obtuvieron ambas un coeficiente superior a .70 para todas las dimensiones. En nuestro estudio, la confiabilidad también se midió a través de este método siendo la dimensión de Función Social la de menor coeficiente (.58) y la única que no alcanzó el valor esperado de .70, todas las demás dimensiones superaron la cifra. El bajo coeficiente de Función Social no sorprende pues es frecuente que esta dimensión sea la única que no alcance los valores requeridos (Vilagut et al., 2005).

Locus de Control de la Salud

El locus de control de la salud se midió a través de la Escala Multidimensional de Locus de Control desarrollada por Wallston, Wallston & Devellis en 1978. Este instrumento consta de 18 ítems que generan las tres dimensiones del locus de control de la salud: interno, otros poderosos y azar.

En cuanto a la confiabilidad del instrumento original, se obtuvo un alfa de Cronbach de .77 para la dimensión interna, .67 para la de Otros Poderosos y .75 para la de casualidad o azar. Se exploró la validez de constructo del instrumento y se obtuvo que las dimensiones interna y de otros poderosos no correlacionaban entre sí ($r=.12$), la de otros poderosos y del azar sólo estaban correlacionados débilmente ($r=.20$) y las dimensiones interna y de casualidad

correlacionaban negativamente ($r=-.29$) (Wallston, Wallston & Devellis, 1978). Además, siguiendo con la validez de constructo, se mostró que la dimensión interna estaba relacionada positivamente ($r=.40$) y la dimensión del azar negativamente ($r=-.28$) con un pequeño autoreporte sobre el estado de salud (Wallston, 2005).

La forma A de la prueba ha sido usada en los últimos 25 años aproximadamente en unos 1000 estudios en Estados Unidos y otros países (Moshki, Ghofranipour, Hajizadeh & Azadfallah, 2007). Respecto a la confiabilidad, en la mayoría de investigaciones se ha encontrado que el alfa de Cronbach para las tres dimensiones fluctúan en un rango entre .60 y .75 y los coeficientes de estabilidad test-rest varían entre .60 y .70 (Wallston, 2005). La validez se ha probado en una muestra iraní a través de un análisis factorial exploratorio donde se encontraron las tres dimensiones esperadas con un 58.9% de varianza total explicada, además los ítems se agruparon casi fielmente a las dimensiones esperadas (Moshki et al., 2007).

Para la presente investigación se utilizó la adaptación al español hecha por Rodríguez-Rosero, Carvalho & Dela (2002) con una muestra colombiana. La adaptación mostró niveles adecuados de confiabilidad y validez que permiten que la prueba sea utilizada en un contexto colombiano o similar. El alfa de Cronbach fue de .53 para la dimensión interna, .71 para la de otros poderosos y .72 para la dimensión del azar o casualidad. Respecto a la validez, se realizó un análisis de componentes principales donde los 3 factores explicaban un 42.8% de la varianza total.

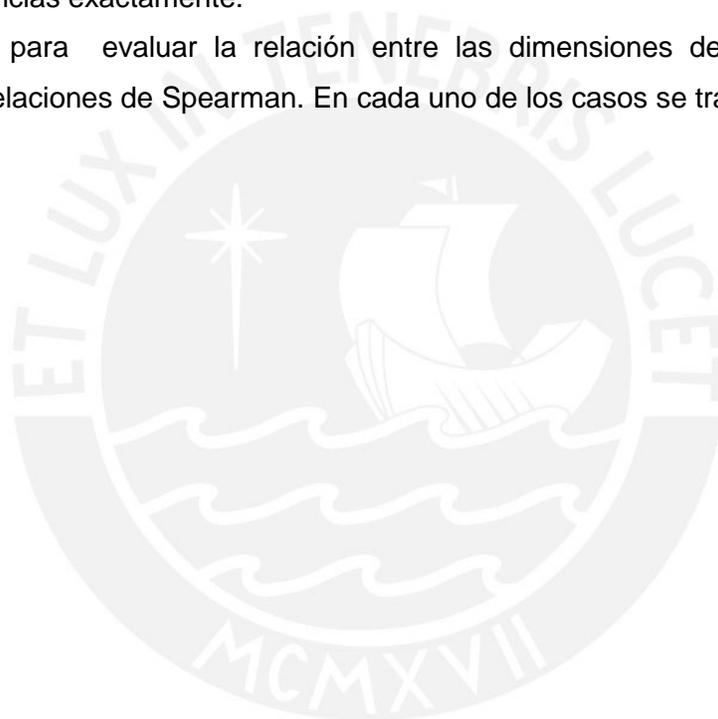
Los puntajes de las tres dimensiones van de 5 a 30 puntos, donde un mayor puntaje refleja una mayor presencia del constructo. No se arroja un puntaje global, sino un puntaje para cada dimensión. Para nuestra investigación, se evaluó la confiabilidad del instrumento en nuestro estudio. En la dimensión interna, de otros poderosos y de casualidad o azar se obtuvieron puntajes alfa de cronbach de .65, .70 y .76, respectivamente.

Procedimiento

El presente estudio intenta conocer el tipo de relación que existe entre la calidad de vida relacionada a la salud y el locus de control de la salud en un grupo de pacientes en hemodiálisis. Para ello, se aplicaron los cuestionarios ya mencionados, en una sola ocasión, a un grupo de pacientes voluntarios de cuatro centros de hemodiálisis. Además, en forma secundaria se busca conocer a profundidad las dimensiones de calidad de vida y hallar posibles diferencias en la CVRS y el LCS en base a los principales datos sociodemográficos o de enfermedad.

Cabe resaltar que ninguno de los instrumentos empleados cuenta con baremos en el medio, por lo que se trabajó únicamente con los puntajes brutos. En primer lugar se utilizó el test de normalidad Kolmogorov-Smirnov para identificar si las variables eran paramétricas o no. El resultado fue dividido pues varias dimensiones eran paramétricas y varias no lo eran. Por ello, al momento de hacer los análisis estadísticos se decidió trabajar todas las variables como si fueran no paramétricas, debido a que estos estadísticos son más precisos y confiables. Al hacer la comparación de medianas se utilizaron entonces la U-Mann Whitney y Kruskal Wallis. Cada vez que se hallaban diferencias en el Kruskal Wallis se hicieron luego comparaciones de medianas entre parejas de grupos usando el U-Mann Whitney para encontrar donde se ubicaban las diferencias exactamente.

Finalmente, para evaluar la relación entre las dimensiones de CVRS y LCS se emplearon las correlaciones de Spearman. En cada uno de los casos se trabajó con un nivel de significación <0.05 .





RESULTADOS

A continuación se procederá a presentar los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos planteados para la siguiente investigación. En primer lugar, se describirá la CVRS en base a sus ocho dimensiones. Luego, se mostrarán los resultados de las comparaciones de medianas significativas para las dimensiones de calidad de vida y de locus de control en base a los datos sociodemográficos y de enfermedad más importantes. Por último, respondiendo al objetivo principal de la investigación se presentan las correlaciones de Spearman entre las dimensiones de locus de control y de calidad de vida.

Calidad de vida relacionada a la salud en un grupo de pacientes en hemodiálisis

En la tabla 1 se muestra el promedio y la desviación estándar de las ocho dimensiones de calidad de vida. Se puede observar que la puntuación más alta es la de Salud Mental (M=64.3; DS=23.3) y la más baja es la de Rol Físico (M=41.0; DS=41.8). Los demás puntajes se encuentran en el rango entre 50 y 60, lo cual revela un detrimento en la calidad de vida de los pacientes.

Tabla 1.

Tabla de distribución de medias de las dimensiones del SF-36

	Media	Mediana	DS	Min	Max
Función Física	58.3	60.0	26.4	0	100
Rol físico	41	25.0	41.8	0	100
Dolor corporal	56.2	61.0	30.3	0	100
Salud general	50	52.0	22.9	5	97
Vitalidad	56.8	60.0	23.5	5	100
Funcionamiento social	59.9	63.0	30.0	0	100
Rol emocional	59.3	83.5	44.6	0	100
Salud mental	64.3	68.0	23.3	4	100

N=100

En la Tabla 2 se puede observar la distribución por quintiles. Se puede apreciar que las dimensiones de Función Física, Dolor Corporal, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental tienen una incidencia más elevada de puntajes relativamente altos o muy altos. La dimensión de Rol Físico, al ser la más deteriorada, revela una gran cantidad de casos que reportan puntajes *muy bajos*.

Tabla 2
Distribución de frecuencias de acuerdo a quintiles (SF-36)

Dimensiones de la calidad de vida	Categorías				
	Muy baja f%	Relativamente baja f%	Promedio f%	Relativamente alta f%	Muy Alta f%
Función Física	9	13	25	23	30
Rol Físico	45	6	11	16	22
Dolor Corporal	14	13	22	28	23
Salud General	8	26	30	24	12
Vitalidad	5	17	26	28	24
Función Social	11	19	11	29	30
Rol Emocional	30	12	0	8	50
Salud Mental	2	15	23	28	32

N= 100

Se hallaron diferencias de medianas significativas con varias variables sociodemográficas y de enfermedad. En primer lugar, respecto al sexo encontramos que las mujeres tienen menor CVRS que los hombres en las siguientes dimensiones: Función Física, Dolor Corporal, Rol Emocional y Salud Mental. De otro lado, se encontró que las personas que provienen de Lima tienen mejor CVRS que las que provienen de provincia en cinco dimensiones: Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General y Función Social. Respecto a las creencias religiosas, en la dimensión de Vitalidad se halló que las personas de “otras religiones” tenían más vitalidad que los católicos, se excluyó a una persona del análisis que manifestó no practicar ninguna creencia religiosa (Tabla 3).

De acuerdo a la edad (ver Tabla 4), los participantes que tenían entre 61-70 años percibían menor CVRS que los pacientes más jóvenes en las dimensiones de Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Vitalidad, Función Social y Salud Mental. Estas diferencias se observan tanto al compararse con el grupo de 20-40 años y de 41-60 años. Entre estos dos grupos se encuentran diferencias en las dimensiones de Función Física y Vitalidad, siendo los pacientes más jóvenes los que reportan mayor puntaje. De otro lado, se encontró que los participantes sin escolaridad completa tenían, en general, menores puntajes de calidad de vida en las dimensiones de Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Vitalidad, Rol Emocional y Salud Mental (Tabla 4). Al hacer la comparación con el grupo que cursó estudios superiores, se encontró que estas diferencias se reproducían en las seis dimensiones previamente descritas. No resulta así, en cambio, al comparar el grupo sin escolaridad completa con el grupo de escolaridad completa donde las diferencias solamente se dan en las dimensiones de Función Física, Vitalidad y Salud Mental, siendo siempre el grupo de menor grado de instrucción el

menos favorecido. No se hallaron diferencias al comparar los grupos de escolaridad completa y de estudios superiores. Se excluyó a una persona del análisis que manifestó no haber recibido ningún tipo de escolaridad.

Tabla 3

Diferencia de medianas de las dimensiones de Calidad de Vida según las variables de sexo, lugar de procedencia y creencias religiosas.

Dimensiones de la calidad de vida	Hombre n= 46	Mujer n= 54	U-Mann Whitney	
	Me	Me	U	p
Función Física	70.0	50.0	811.5	.00**
Dolor Corporal	61.5	51.0	890.0	.01*
Rol Emocional	100.0	33.0	943.0	.02*
Salud Mental	76.0	64.0	908.0	.02*
	Lima n= 43	Provincias n= 57	U-Mann Whitney	
	Me	Me	U	p
Función Física	70.0	55.0	916.0	.03*
Rol Físico	50.0	0	900.0	.01*
Dolor Corporal	62.0	42.0	929.0	.03*
Salud General	55.0	45.0	924.0	.03*
Función Social	75.0	50.0	886.0	.01*
	Católicos n= 76	Otras religiones n= 23	U-Mann Whitney	
	Me	Me	U	p
Vitalidad	75.0	55.0	634.5	.04*

N=100 *p<0.05, ** p<0.01

Por último, como se puede observar también en la tabla 4, respecto a la ocupación se han hallado diferencias significativas en las dimensiones de Función Física, Vitalidad, Funcionamiento Social y Salud Mental. Al hacer la comparación entre los pares, se halló que las personas que tenían un trabajo dependiente tenía mayor puntaje en las dimensiones de Función Física, Vitalidad y Salud Mental que las ama de casa y las personas sin ocupación, además tenían mejor Función Social que estos últimos. Las personas de trabajo independiente tenían mejor CVRS en las dimensiones de Función Física y Salud Mental que las amas de casa, también tenían mejor CVRS que las personas sin ocupación en las dimensiones de Función Física y Función Social. No se hallaron diferencias significativas entre los grupos de trabajadores independientes y dependientes, y entre las amas de casa y las personas sin ocupación.

Tabla 4
Diferencia de medianas de las dimensiones de Calidad de Vida según las variables de edad, grado de instrucción y ocupación.

Dimensiones de la calidad de vida	20 - 40 años n=20	41 - 60 años n=48	61-70 años n=32	Kruskal Wallis		
	Me	Me	Me	H	p	
Función Física	82.5	60.0	45.0	20.2	.00***	
Rol Físico	75.0	50.0	0	7.6	.02*	
Dolor Corporal	62.0	61.0	41.0	6.1	.04*	
Vitalidad	75.0	60.0	37.5	19.9	.00***	
Función Social	75.0	63.0	44.0	6.9	.03*	
Salud Mental	72.0	66.0	50.0	7.5	.02*	
	Escolaridad Incompleta n=31	Escolaridad completa n=27	Estudios superiores n=41	Kruskal Wallis		
	Me	Me	Me	H	p	
Función Física	45.0	70.0	70.0	8.5	.01*	
Dolor Corporal	32.0	61.0	62.0	12.4	.00**	
Salud General	35.0	45.0	57.0	6.7	.03*	
Vitalidad	50.0	65.0	65.0	7.0	.02*	
Rol Emocional	33.0	67.0	100.0	8.0	.01*	
Salud Mental	48.0	68.0	76.0	12.4	.00**	
	Dependiente n=30	Independiente n=16	Ama de casa n=22	No trabaja n=32	Kruskal Wallis	
	Me	Me	Me	Me	H	P
Función Física	72.5	80.0	55.0	45.0	21.0	.00***
Vitalidad	65.0	67.5	52.5	45.0	10.8	.01*
Función Social	63.0	75.0	63.0	38.0	12.5	.00**
Salud Mental	76.0	72.0	52.0	64.0	10.9	.01*

N=100 *p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

Como se puede observar en la tabla 5, en relación a las variables de enfermedad, se encontraron diferencias significativas para los pacientes que tenían diabetes, estos reportaban menor CVRS que los pacientes sin diabetes en las dimensiones de Función Física, Vitalidad y Función Social. Para los pacientes con anemia como enfermedad comórbida se encontró menor CVRS sólo en la dimensión de Función Física.

Tabla 5

Diferencia de medianas de las dimensiones de Calidad de vida según la presencia de diabetes y anemia

Dimensiones de la calidad de vida	Con diabetes	Sin diabetes	U-Mann Whitney	
	n=29	n=71	U	P
	Me	Me		
Función Física	45.0	70.0	613.0	.00**
Vitalidad	50.0	60.0	752.0	.03*
Función Social	50.0	63.0	738.0	.02*
	Con anemia	Sin anemia	U-Mann Whitney	
	n= 26	n= 74	U	P
	Me	Me		
Función Física	45.0	60.0	634.500	.04*

N=100 *p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

No se encontraron diferencias significativas para las variables de estado civil, presencia de relación de pareja, composición del hogar, la vía de acceso vascular, ni el tiempo de tratamiento en hemodiálisis, ni alguna otra enfermedad comórbida. En base a la teoría, se añadió una pregunta sobre la satisfacción de pareja, pero no se hallaron diferencias significativas respecto a ella.

Locus de control de la salud en un grupo de pacientes en hemodiálisis

En primer lugar, se muestran los promedios encontrados para cada una de las tres orientaciones (Tabla 6). Se puede observar que los pacientes tienen mayormente una orientación interna o de otros poderosos, hay una menor presencia de una orientación al azar o la casualidad.

Tabla 6

Tabla de distribución de medias de las dimensiones de Locus de control de la Salud

	Media	Mediana	DS	Min	Max
Locus de control interno	23.25	24.00	4.8	6	26
Locus de control otros poderosos	23.93	25.00	5.1	6	30
Locus de control de la casualidad	15.23	14.00	6.1	6	30

N=100

En cuanto a las diferencias con variables sociodemográficas y de enfermedad, se puede observar que respecto al sexo las mujeres presentan más locus de control de la casualidad que

los hombres; además las personas que usaban fístula tenían mayor locus interno y también mayor locus de otros poderosos, a comparación de las personas que usaban catéter (Tabla 7).

Tabla 7

Diferencia de medianas de las dimensiones de Locus de control según el sexo y la vía de acceso vascular

Dimensiones de Locus de control	Hombre n= 46	Mujer n= 54	U-Mann Whitney	
	Me	Me	U	p
Casualidad	15.5	12.0	871.000	.01*
	Catéter n= 21	Fístula n= 79	U-Mann Whitney	
	Me	Me	U	P
Interno	21.0	25.0	539.5	.01*
Otros poderosos	23.0	25.0	529.0	.01*

N=100 *p<0.05, ** p<0.01

De otro lado, también se hallaron diferencias significativas en torno al grado de instrucción. Los que tenían una escolaridad incompleta reportaban un mayor locus de control de la salud de otros poderosos y de la casualidad, tanto en comparación con los de escolaridad completa y con los de estudios superiores (Tabla 8). Respecto a la ocupación, se hallaron diferencias significativas sólo en la dimensión de casualidad. Al hacerse las comparaciones por pares se obtuvo que las personas con trabajo independiente eran las que tenían menor locus de casualidad en comparación con las personas que no trabajaban y las amas de casa, por último las personas dependientes tenían menor locus de control de la salud de casualidad que las amas de casa (Tabla 8).

No se hallaron diferencias de medianas significativas respecto al lugar de procedencia, la edad, el estado civil, las creencias religiosas, la composición del hogar, el tiempo en hemodiálisis y la presencia de otras enfermedades comórbidas.

Tabla 8

Diferencia de medianas de las dimensiones de Locus de Control según grado de instrucción y ocupación

Dimensiones de Locus de control	Escolaridad Incompleta n=31	Escolaridad Completa n=27	Estudios superiores n=41	Kruskal Wallis	
	Me	Me	Me	H	p
Otros poderosos	27.0	24.0	24.0	10.6	.00**
Casualidad	20.0	13.0	12.0	20.9	.00***

	Dependiente n=30	Independiente n=16	Ama de casa n=22	No trabaja n=32	Kruskal Wallis	
	Me	Me	Me	Me	H	p
Casualidad	12.0	12.0	19.5	14.5	15.1	.00*

N=100 *p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

Relación entre las dimensiones de Locus de Control y Calidad de Vida

El análisis se presenta en la tabla 9. Se puede apreciar que se dan varias correlaciones significativas entre pequeñas y medianas, según el criterio de Cohen. Para la dimensión de locus de control de la salud interno se hallaron dos correlaciones significativas de grado pequeño: las de Vitalidad ($r=.27$) y Salud general ($r=.26$). Estas correlaciones sugieren que conforme va aumentado el nivel de locus de control interno también aumenta el nivel de estas dos dimensiones previamente señaladas.

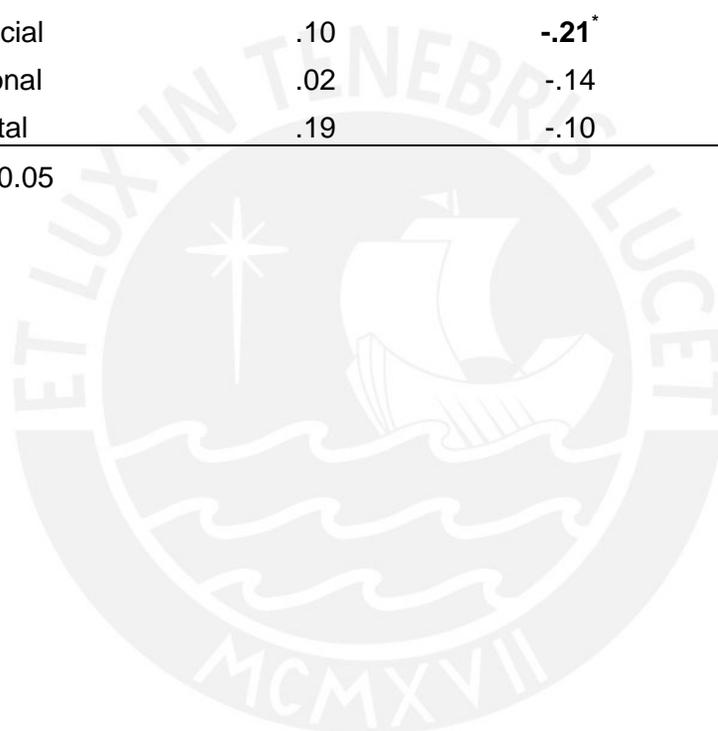
En cuanto al locus de control otros poderosos, se hallaron varias correlaciones significativas, las más fuertes fueron las que se relacionaban con Función física ($r=-.32$) y Rol Físico ($r=-.32$). Todas las correlaciones tenían el mismo sentido inverso, es decir, a un mayor locus de control otros poderosos, una menor calidad de vida.

Por último, las correlaciones entre las dimensiones de calidad de vida y el locus de control de la casualidad o del azar fueron las más fuertes, se halló una correlación significativa con todas las dimensiones de calidad de vida salvo la de salud general. Las más fuertes fueron con Función social ($r=-.42$) y Salud mental ($r=-.37$), el sentido de estas correlaciones fue semejante a la anterior, una mayor presencia de locus de control de la casualidad se relaciona a una peor calidad de vida en la mayoría de las dimensiones.

Tabla 9
Correlaciones entre Dimensiones de Calidad de vida y las dimensiones de Locus de Control

Dimensiones de calidad de vida	Dimensiones de Locus de Control		
	Interno	Otros poderosos	Casualidad
Función Física	.00	-.32**	-.33**
Rol físico	-.06	-.32**	-.29**
Dolor corporal	.12	-.22*	-.28**
Salud general	.26*	-.23*	-.17
Vitalidad	.27**	-.09	-.24*
Función social	.10	-.21*	-.42**
Rol emocional	.02	-.14	-.28**
Salud mental	.19	-.10	-.37**

N=100 *p<0.05



DISCUSIÓN

A pesar que los tratamientos sustitutivos de la función renal han avanzado de tal manera que se puede prolongar la vida de los pacientes, esto no necesariamente les ha garantizado una adecuada calidad de vida. Los cambios y limitaciones que tienen que afrontar hacen de la IRCT una de las enfermedades crónicas más difíciles de sobrellevar, pues demandan un nivel muy alto de pasividad y dependencia por parte del paciente (Paredes, 2005). La enfermedad y el tratamiento de la hemodiálisis fuerzan una reestructuración en la vida de las personas por las alteraciones que sufren en diferentes áreas: física, psicológica, familiar, laboral, económica y social (Cukor et al., 2007; Kimmel, 2001). Por ello, el estudio de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en pacientes con IRCT es constante en muchos países de Sudamérica (García & Calvanese, 2008; Lopes et al., 2007; Rodríguez, Castro & Merino, 2005). No obstante, en el Perú la realidad es diferente, la investigación psicológica sobre la calidad de vida en este tipo de pacientes es deficiente, por ello esta investigación pretendió dar luces sobre cómo percibían los pacientes su propia salud, no sólo a nivel físico sino también a nivel emocional. Además, buscamos conocer qué factores pueden estar relacionados a la CVRS, por ello se estudiaron las percepciones de control sobre la salud, a través del locus de control de la salud, para ver si se vinculaban con las dimensiones de CVRS.

En la presente investigación, se obtuvieron niveles de calidad de vida cercanos al puntaje promedio, estos resultados resultaron semejantes a otros en la región (Contreras et al., 2006; Contreras et al., 2007; Rodríguez, et al, 2005). Todas estas investigaciones tenían como dimensión más baja o una de las más bajas a Rol Físico, dimensión que resultó ser también la más deteriorada de nuestro estudio. Esto indica que los participantes perciben que su salud física interfiere en su trabajo y otras actividades diarias, siendo su rendimiento menor al esperado por ellos. Este resultado podría explicarse por las complicaciones físicas derivadas del tratamiento, existen una serie de síntomas y complicaciones como náuseas, vómitos, cefaleas, cansancio, debilidad, calambres y dolor de huesos y articulaciones (Alvarez-Ude et al., 2001; Tovbin et al., 2003) que muy posiblemente interfieren en el trabajo o el quehacer cotidiano de los pacientes y no les permite desenvolverse con normalidad. No obstante, se encuentran puntajes más elevados de la dimensión de Función Física, que mide las habilidades para lidiar con los requerimientos físicos de la vida cotidiana. Esto podría deberse a que los participantes tienen la capacidad para realizar actividades físicas más simples, como son las de

autocuidado, pero presentan complicaciones y dificultades a la hora del trabajo o de otras actividades cotidianas más demandantes o intensas (Laos, 2010; Torres, 2011).

La dimensión más preservada en nuestro estudio fue la de Salud Mental, después de ella siguieron las dimensiones de Funcionamiento Social y Rol Emocional, todas ellas pertenecientes al componente emocional, lo cual indica que en nuestra muestra hay una mayor adecuación psicológica que física. La dimensión de Salud Mental se encuentra ubicada en un nivel relativamente alto, lo cual significa que los participantes tienen frecuentemente sentimientos de tranquilidad y alegría, reportando en menor frecuencia sentimientos de depresión o ansiedad. Las dimensiones de Función Social y Rol Emocional tienen un nivel ligeramente más bajo, lo cual indica que algunas veces se reportan problemas emocionales que interrumpen o interfieren el trabajo o las actividades cotidianas de los pacientes, de igual forma que pueden perturbar sus interacciones sociales con familiares, amigos o vecinos. La mayor preservación del componente emocional nos podría estar sugiriendo que otras variables median el impacto de la enfermedad, estas variables pueden estar relacionadas a la personalidad y estilos de afrontamiento de los pacientes. Muchos de ellos, por ejemplo, pueden encontrarse a la espera de un trasplante, lo cual elevaría su nivel de esperanza y podría mejorar su estado psicológico.

En comparación a otras investigaciones en el medio que usan el SF-36, se reportan puntajes superiores a los pacientes con dolor crónico (Salas, 2009) pero inferiores a pacientes con cáncer de mama (Laos, 2010; Torres, 2011). Esto nos revela que la CVRS de nuestros pacientes puede verse afectada de forma considerable, pero no extrema como los pacientes con dolor crónico. El síntoma del dolor crónico resulta sumamente perjudicial para la CVRS, pero no es este el caso de los pacientes en hemodiálisis. Sin embargo, otras variables que sí se presentan en el caso de nuestros pacientes e incrementan el impacto del tratamiento sobre la CVRS son la alta comorbilidad con otras enfermedades y la mayor discapacidad que origina el tratamiento (Vinnacia et al., 2005).

Las diferencias en las dimensiones de calidad de vida respecto a variables sociodemográficas y de enfermedad también fueron consideradas. El sexo fue una de las variables donde se encontraron diferencias considerables. Los hombres en general perciben una mejor CVRS que las mujeres. Las mujeres tienen mayores dificultades para realizar actividades físicas en la vida cotidiana, además sufren de una mayor percepción del dolor que los hombres. Esto podría deberse a que las mujeres se muestran como más sensibles a las molestias físicas, a restringir sus actividades, acudir a los servicios de salud y tomar más fármacos (Verbrugge, 1983 citado en Eckermann, 2000). De otro lado, también se han

encontrado diferencias significativas considerables en torno a las dimensiones emocionales. Una posible explicación para esto es que las mujeres tienen mayor exposición a problemas emocionales, menos oportunidades de mejorar su calidad de vida y mejor aceptación social al expresar sus quejas de salud que los varones (Lizán Tudela & Reig Ferrer, 1998 citados en Molina et al., 2005).

Es necesario recordar que existe controversia respecto a la comparación directa de los puntajes de CVRS entre hombres y mujeres; ante ello, la investigación de Vázquez et al. (2004) demostró que no existían diferencias en la calidad de vida al estandarizar los puntajes, por lo que se concluyó que las diferencias ya se encontraban en la población general. Esto nos lleva a pensar que los resultados podrían ocasionarse por diferencias psicológicas preexistentes en la población general, como la mayor prevalencia de ansiedad rasgo y de síntomas depresivos en las mujeres (Contreras et al., 2008; Vázquez et al., 2004). Además, es necesario recalcar otros factores sociales importantes que no pueden dejar de ser tomados en cuenta, las mujeres tienen un menor acceso a actividades públicas, tienen un menor status económico, mayores niveles de desempleo y un acceso más restringido a la educación (Eckermann, 2000), factores determinantes de la calidad de vida que analizaremos más adelante.

Se encuentran diferencias importantes respecto a la edad, los pacientes más longevos, el grupo entre 61-70 años, son los que presentan una peor calidad de vida en casi las 8 dimensiones. Esto puede deberse principalmente a que conforme los pacientes van avanzando en edad, reducen su capacidad funcional y aumenta la comorbilidad con otras enfermedades (Fernández et al., 2005). Esto ocasionaría que se involucren en menos actividades físicas y sociales, viéndose afectadas sus interacciones con otras personas (Lopes et al., 2007). Este deterioro en las funciones físicas puede generar consecuencias en su estado emocional, lo que explicaría la mayor presencia de síntomas depresivos y de ansiedad en el grupo de mayor edad. Otras investigaciones con pacientes en hemodiálisis han reportado resultados opuestos a los de este estudio, ya que al estandarizar los puntajes respecto a normas poblacionales, descubrieron que los pacientes mayores de 65 años tenían menos diferencias con los valores poblacionales que los menores a 65 años, quienes eran los que sufrían un mayor impacto por las consecuencias de la enfermedad; incluso en ciertas dimensiones los valores de los pacientes añosos estuvieron muy cercanos a las normas poblacionales. En otras palabras, los pacientes añosos presentan menores pérdidas en su CVRS a causa del tratamiento que los pacientes más jóvenes (Rebollo et al., 2000; Rebollo et al., 2001).

De otro lado, las personas procedentes de provincias mantienen una peor CVRS en varias dimensiones físicas y en la dimensión de Función Social. Todo esto podría deberse a

que muchas de estas personas se trasladaron a Lima a causa de su tratamiento, lo cual implicó para ellos una carga emocional muy fuerte, pues tuvieron que dejar su trabajo, su familia, sus amistades, sus costumbres para vivir en condiciones muy complicadas en la capital. Estos cambios pueden haber producido niveles muy altos de estrés, vulnerando así su sistema inmunológico, haciéndolos más propensos a padecimientos físicos y a una percepción más pesimista respecto a su salud y al futuro. En relación a lo anterior, se encontró que los participantes capitalinos tenían sus relaciones sociales mejor conservadas que los provincianos, esto puede deberse a que estos últimos pueden haber tomado distancia de sus familiares y amigos por el traslado que pudieron haber realizado a causa de la enfermedad, por lo que perdieron las redes de soporte con las que contaban.

Las personas que profesan otras religiones, entre las que se incluye mayoritariamente la evangélica, tenían mayor energía y vitalidad que las católicas. Respecto a ello, Laos (2010) halló en su muestra que las personas de religiones no católicas practican más activamente su credo, acuden con mayor frecuencia al templo y a las actividades organizadas por la iglesia, y consideran que se comportan conforme Dios espera que lo hagan. Esto nos indica que estas personas están constantemente en movimiento y realizan muchas actividades físicas diversas, como por ejemplo la predicación o evangelización lo cual requiere de un nivel de energía y vitalidad considerable.

Los pacientes con una escolaridad incompleta perciben un impacto más negativo en su calidad de vida que los pacientes que completaron su escolaridad o cursaron estudios superiores. En líneas generales un mayor nivel de educación se ha asociado a una mejor adaptación a la enfermedad, esto podría deberse a que los pacientes presentarían más recursos cognitivos y contarían con una mayor capacidad de obtener información relevante sobre su enfermedad y tratamiento (Pérez et al., 2009). Además, poseerían una mayor capacidad para crear y emplear estrategias eficaces ante la enfermedad (Rethelyi, Berghammer & Kopp, 2001 citados en Infante, 2002)

De otro lado, respecto a la ocupación, las personas sin un trabajo perciben un mayor deterioro en su CVRS que las personas que realizan un trabajo remunerado, sobre todo en las dimensiones emocionales. Como se sabe, la desocupación es un tema recurrente en este tipo de pacientes, debido a las limitaciones físicas y de tiempo que genera la enfermedad, lo que hace muy difícil para los pacientes conseguir un trabajo o realizar una actividad productiva. Pese a ello, la actividad laboral en pacientes en edad activa influiría bastante en su rehabilitación (Fernández et al., 2005), las personas que no detienen sus actividades pese a las limitaciones de la enfermedad mejorarían su nivel de adaptación, llegando a ser la ocupación

un factor protector de la CVRS (Torres, 2011). El caso de las amas de casa es peculiar, pues pese a que realizan una labor muy importante dentro del hogar esto no se asocia mejores niveles de CVRS, sino al contrario. Este podría deberse a que las mujeres no sienten que su labor sea recompensada al no recibir un beneficio económico o reconocimiento por ello. Además, podrían influir otras variables respecto al género que ya han sido tratadas previamente, como que no cuentan con espacios sociales donde puedan realizar sus proyectos personales y expresarse libremente. La falta de trabajo predispone a un estado de ánimo depresivo, algunos de los que no laboran dependen de su familia, otros son beneficiarios de una pensión o jubilación por incapacidad cuyo monto es escaso, lo cual provoca en muchos casos problemas económicos y emocionales (Páez et al., 2009).

La comorbilidad con otras enfermedades, es un factor determinante para la CVRS (Arenas et al., 2004; Moreno et al., 1996; Muñoz et al., 2006). La presencia de la diabetes es bastante común en la IRCT, los pacientes con diabetes sufren de un deterioro considerable en su salud física, presentan mayores complicaciones para realizar actividades cotidianas de diverso tipo, disminuyen los niveles de energía y vitalidad, y además presentan una menor esperanza de vida (Contreras et al., 2008), lo cual es muy parecido a lo encontrado en nuestra muestra. Además, posiblemente a causa de las limitaciones físicas no pueden realizar actividades sociales al nivel que lo hicieron cuando no estaban enfermos. La anemia es otra enfermedad bastante común para este tipo de patologías, en nuestra muestra se encontró solo una diferencia significativa, con el nivel de Función Física. La investigación señala que la hemoglobina tiene una relación directa con la calidad de vida, al incrementarse la hemoglobina sube la CVRS (Moreno et al., 1996). Esto podría deberse a que se incrementan los niveles de capacidad funcional, energía y vitalidad (Fernández et al., 2005).

Las relaciones entre el locus de control de la salud y las variables sociodemográficas y de enfermedad también fueron exploradas. Las mujeres presentaban mayor locus de casualidad que los hombres, diferencia similar a la obtenida en una investigación con pacientes diabéticos (Morowatisharifabad et al., 2010). Los participantes sin escolaridad completa tenían una mayor orientación externa de otros poderosos y del azar, que los participantes con estudios superiores. En la adaptación del instrumento efectuada por Rodríguez-Rosero, Carvalho & Dela (2002) también se encontró que las personas con un nivel más bajo de escolaridad tenían puntajes más altos en locus de control externo. Por último, se encontró que las personas que no realizan una labor remunerada tenían un mayor locus de casualidad que los que recibían una remuneración. Como se vio anteriormente: las mujeres, los que tienen escolaridad incompleta y las amas de casa, son grupos vulnerables que perciben, por lo

general, peores niveles de CVRS. Resulta lógico entonces que sean ellos los que posean una mayor orientación hacia el azar o la casualidad, orientación que como se verá más adelante está más ligada a un ajuste inadecuado y a peores niveles de CVRS.

Respecto a las variables de enfermedad se encontraron diferencias respecto a la vía de acceso vascular. Las personas que usaban fístula tenían una mayor orientación interna y externa de otros poderosos que las personas que usaban catéter. Esto puede explicarse porque la fístula es un procedimiento en el cual existe una responsabilidad compartida en sus cuidados tanto por parte del paciente como por parte del personal encargado de la hemodiálisis. El paciente tiene que ocuparse de cuidar el acceso, mantenerlo limpio, hidratar su piel y evitar tener golpes en esa zona. En tanto el personal debe ocuparse de realizar correctamente el procedimiento, detectar a tiempo las complicaciones y aplicar a tiempo el tratamiento. En el catéter en cambio es más frecuente que se presenten complicaciones y su tiempo de duración es menor que el de la fístula siendo el procedimiento mucho más irregular e inestable. Por ello, se indica que las personas con fístula perciben el control de forma compartida tanto por ellos como por parte del personal.

Finalmente, analicemos la relación encontrada entre las dimensiones del locus de control de la salud y de calidad de vida, lo cual constituye el principal objetivo de esta investigación. Aunque las correlaciones son pequeñas, existe una relación positiva entre la orientación interna y las dimensiones de Salud General y Vitalidad. Esto quiere decir que los pacientes que sienten que su salud depende de sí mismos tienden a percibir su salud de forma más positiva, tienen mejores expectativas respecto al futuro y poseen una mayor resistencia a enfermar; además, tienen más beneficios a nivel psicológico como una mayor sensación de vitalidad, energía y fuerzas en su vida cotidiana. Estos resultados son congruentes con la visión clásica de los beneficios del locus de control interno sobre el estado psicológico de las personas (Bettencourt et al., 2008; Cross et al., 2006; Keers et al., 2004; Shapiro, et al., 1996; Skinner, 1996; Wallston, 1992). Estos estudios señalan que aquellos que creen que pueden hacer algo respecto a su enfermedad mantienen una adaptación más positiva que aquellos que no. De acuerdo a Cvenegros et al. (2005), parece ser que los seres humanos siempre buscamos mantener control en nuestras vidas, a pesar de padecer enfermedades incontrolables o impredecibles, para así conseguir un ajuste adecuado.

Si bien nunca es posible obtener control total sobre las enfermedades crónicas, hay aspectos de ella que sí se pueden controlar por lo cual el control percibido puede resultar útil (Helgeson, 1992; Skinner, 1996). Algunos individuos, en pleno curso de la enfermedad, pueden descubrir un nuevo sentido de control personal a través de la reevaluación de su identidad, por

ello, colaboran más cercanamente con los doctores, se informan de mejor manera sobre su enfermedad y participan más activamente en su tratamiento (Brennan, 2001). Para el caso de nuestros pacientes, si bien no pueden dejar de asistir a la diálisis porque de lo contrario morirían, pueden controlar otros aspectos de la enfermedad; por ejemplo, la dieta que consumen, la ingesta de líquidos y el control de sus medicamentos. Establecer metas significativas para ellos puede resultar muy provechoso para su bienestar, tal como lo hemos visto anteriormente (Folkman & Greer, 2000).

Lo contrario ocurre en la muestra con el locus de control otros poderosos, contrariamente a lo que algunos estudios señalan, un menor nivel de locus de control otros poderosos fue asociado a mejores niveles de calidad de vida, aunque las correlaciones fueron entre medianas y pequeñas. Esto significa que las personas que tienden a percibir que salud es controlada por otras personas como médicos, familiares o enfermeras son más proclives a presentar dificultades para lidiar con los requerimientos físicos de la vida cotidiana, como caminar, levantar objetos y subir escaleras; son más propensos a percibir interferencias físicas que dificultan su trabajo o sus actividades; a sentir dolor; ver su estado de salud de forma más negativa; y a percibir más deterioradas sus relaciones sociales a causa de la enfermedad. Estos resultados son parecidos a los de una investigación de Bettencourt et al. (2008) donde se encontró que mujeres con cáncer de mama, que tenían alto locus externo de otros poderosos, tenían mayores niveles de depresión y menor satisfacción con la vida.

Una posible explicación para los resultados obtenidos es que este tipo de pacientes percibiría que no ejerce el control sobre su salud, que no tiene la capacidad de decidir, entonces es probable que los pacientes se comprometan menos con su tratamiento, sean menos cumplidos con las indicaciones, dado que piensan que quién está al mando no son ellos, sino los médicos u otras personas, por lo que sufren de molestias físicas que empeoran su estado de salud. Algunas investigaciones previas (Burish et al., 1984; Shapiro et al., 1996; Skinner, 1996; Wallston, 2001) habían señalado la posibilidad de que una orientación de este tipo hubiera podido ser más beneficiosa, dadas las condiciones de las enfermedades crónicas donde se requiere que el individuo se adapte a condiciones que van a ser irreversibles. En ese sentido, también se había mencionado en relación al locus de otros poderosos, 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. Los resultados obtenidos en esta investigación son contradictorios con tales hipótesis, una posible explicación para esto podría ser el posible bajo nivel de confianza o de satisfacción que sienten los pacientes con el

personal a su cuidado, por lo que podrían sentir que su salud no se encuentra bien cuidada o protegida.

Por último, respecto al locus de casualidad, es posible decir que para los participantes de esta investigación la creencia de que la salud depende de la suerte es perjudicial, pues implica la sensación de pérdida de control sobre la situación, lo que se vincula a un detrimento en la calidad de vida ya sea en el terreno físico o en el emocional. La relación es clara ya que se obtuvieron correlaciones significativas con 7 de las 8 dimensiones del cuestionario de calidad de vida, las más fuertes, que son de una intensidad mediana, indican que las personas que sienten que su salud depende del azar tienden a ver más afectadas sus relaciones sociales y tienen más síntomas de depresión y ansiedad. Estos resultados son congruentes con los de otras investigaciones (Bettencourt et al., 2008; Cross et al., 2006; Keers et al., 2004). De acuerdo a la literatura, los pacientes con este tipo de orientación tienden a hacer un mayor uso de estrategias de afrontamiento pasivas e inadecuadas como son la evitación, escape y distanciamiento (Folkman & Greer, 2000).

Todo lo mencionado anteriormente hace referencia a un concepto que ya habíamos tocado previamente, relacionado precisamente con este tipo de locus: la desesperanza aprendida. La desesperanza aprendida es el estado psicológico que se produce cuando los síntomas son percibidos como incontrolables y que resulta imposible cambiarlos (Yescas et al., 2008). Produce un rápido deterioro e impide responder de forma adaptativa a una situación que ha sido traumática o iniciar acciones voluntarias para ejecutar control sobre los acontecimientos, además hace más complicado que las personas tomen crédito por las conductas eficaces que han hecho y tienen más problemas emocionales (Ruiz, Garde, Ascunce, & del Moral, 1998; Yescas et al., 2008). Cuando sucede esto el individuo aprende que no puede afectar los resultados en su vida, por lo tanto deja de intentarlo (Seligman 1975 citado en Naidoo & Pretorius, 2006), ocasionando esto pobres resultados en su tratamiento (Comeche et al., 1999). Como ya había apuntado Brennan (2001), el paciente puede sentirse muy abatido al sentir que no puede hacer nada para cambiar su destino y ansioso además, ya que siente incertidumbre respecto al pronóstico de su enfermedad; además, ve el futuro de forma dudosa y siente que no cuenta con las herramientas para hacerle frente. Este es un problema que podría presentarse con cierta frecuencia en los pacientes con IRCT dado que es una enfermedad muy demandante, frustrante, con muchas reacciones adversas y complicaciones físicas, por lo que el paciente puede sentir que pese al esfuerzo que invierte en su tratamiento al final es muy poco lo que puede hacer por su salud. Está muy relacionada además con la aparición de trastornos depresivos (Oros, 2005; Ruiz et al., 1998).

Por último, damos algunas recomendaciones en base a los resultados obtenidos por la presente investigación. En primer lugar, se recomienda validar el cuestionario del SF-36 en el medio y crear los baremos respectivos para alcanzar un análisis más profundo y sesudo de los resultados, ya que nos permitiría conocer realmente si las diferencias que se originan se deben al impacto de la enfermedad o si sólo se replican las diferencias previas entre los pacientes.

Además, sugerimos realizar intervenciones que busquen incrementar el locus de control interno en estos pacientes y bajar el locus de la casualidad. Un incremento en una orientación interna se ha asociado a menores niveles de depresión en este tipo de pacientes (Cvengros et al., 2005). Se sabe además, que una baja orientación interna se asocia a estrategias de afrontamiento desadaptativas y problemas en el estado de ánimo en personas con enfermedades crónicas (Arraras et al., 2002). El personal a cargo debe buscar comprometer al paciente con su rehabilitación, empoderarlo, que genere conciencia de que sus conductas tienen consecuencias sobre su salud. Una forma podría ser ayudarlos a determinar metas significativas para ellos y alentarlos en el cumplimiento de las mismas (Folkman & Greer, 2000).

Otra recomendación para el personal a cargo de estos pacientes sería trabajar en mejorar las percepciones y creencias que guardan los pacientes sobre el centro de hemodiálisis. El centro se convierte en el lugar en que estos pacientes pasan, contra su voluntad, mucho tiempo de su vida, por lo que puede ser percibido para muchos como un lugar donde van a cumplir una especie de condena. Resultaría muy recomendable entonces procurar hacer más agradable la estancia de estos pacientes en el centro y procurar además incrementar la confianza del paciente hacia el personal a su cuidado. Los pacientes podrían encontrar en el centro un espacio donde ampliar sus relaciones, obtener soporte social, compartir experiencias y buscar ayuda.

Sería recomendable para los pacientes seguir terapias ocupacionales que les permitan sentirse útiles y activos, lo cual ayudaría mucho a su bienestar y mejoraría los niveles de calidad de vida no sólo a nivel físico sino también a nivel psicológico.

Finalmente, es importante resaltar nuevamente la importancia del estudio de estas variables, dado que la tasa de la enfermedad viene aumentando en nuestro país y cada vez son más los centros privados que atienden a pacientes en hemodiálisis. Hay que afianzar tanto la labor preventiva como la búsqueda del bienestar de estos pacientes, dado que se ha demostrado la relación tanto de la calidad de vida (Kalantar-Zadeh et al., 2001; Páez et al., 2009), como del locus de control (Dalgard & Lund, 1998; Shapiro, et al., 1996) con otros

indicadores médicos importantes como son el desarrollo de la enfermedad y la tasa de mortalidad.



REFERENCIAS

- Alarcón, I., Farías, D., & Barrios, S. (2009). Factores que influyen en la percepción de calidad de vida de personas adultas bajo terapias de sustitución renal. *Horizonte de Enfermería*, 20(1), 67-80.
- Alonso, J., Prieto, L. & Antó, J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104(20), 771-776.
- Álvarez-Ude, F. (2001). Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 4(2), 64-68.
- Álvarez-Ude, F., Fernández-Reyes, M., Vázquez, A., Mon, C., Sánchez, R. & Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódica. *Nefrología*, 21(2), 191-199.
- Anarte, M., Machado, A., Ruiz de Adana, M. & Caballero, F. (2010). Ansiedad, depresión y otras variables en pacientes con diabetes mellitus tipo 1. *Ansiedad y estrés*, 16(1), 13-31.
- Antonovsky, A. (1992). Janforum: locus of control theory. *Journal of Advanced Nursing*, 17(8), 1014-1015. doi: 10.1111/1365-2648.ep8531134
- Arenas, M., Moreno, E., Reig, A., Millán, I., Egea, J., Amoedo, M., Gil, M. & Sirvent, A. (2004). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante mediante las láminas Coop-Wonca en una población de hemodiálisis. *Nefrología*, 24(5), 470-479.
- Arraras, J., Wright, S., Jusue, G., Tejedor, M. & Calvo, J. (2002). Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviours in cancer and other diseases. *Psychology, Health & Medicine*, 7(2), 181-187. doi: 10.1080/13548500120116139
- 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.
- Bettencourt, B., Talley, A., Molix, L., Schlegel, R. & Westgate, S. (2008). Rural and urban breast cancer patients: health locus of control and psychological adjustment. *Psycho-Oncology*, 17(9), 932-939. doi: 10.1002/pon.1315
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer—coping or personal transition? *Psycho-oncology*, 10(1), 1-18. doi: 10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<1::AID-PON484>3.0.CO;2-T

- Burish, T., Carey, M., Wallston, K., Stein, M., Jamison, R. & Naramore, J. (1984). Health locus of control and chronic disease: an external orientation may be advantageous. *Journal of Social and Clinical psychology*, 2(4), 326-332.
- Carver, C., Harris, S., Lehman, J., Durel, L., Antoni, M., Spencer, S. & Pozo-Kaderman, C. (2000). How Important Is the Perception of Personal Control? Studies of Early Stage Breast Cancer Patients. *Personality and Social Psychology*, 26(2), 139-149. doi: 10.1177/0146167200264001
- Christensen, A., Wiebe, J., Benotsch, E. & Lawton, W. (1996). Perceived health competence, health locus of control, and patient adherence in renal dialysis. *Cognitive therapy and research*, 20(4), 411-421. doi: 10.1007/BF02228042
- Comeche, M., Díaz, M. & Vallejo, M. (1999). Cognitive factors in chronic pain. *Psychology in Spain*, 3(1), pp 75-87.
- 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. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 169-179.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J., Gutiérrez, C. & Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas psychologica*, 5(3), 487-500.
- Contreras, F., Espinosa, J. & Esguerra, G. (2008). Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y salud*, 18(2), 165-179.
- Cross, M., March, L., Lapsley, H., Byrne, E. & Brooks, P. (2006). Patient self-efficacy and health locus of control: relationships with health status and arthritis-related expenditure. *Rheumatology*, 45(1), 92-96. doi: 10.1093/rheumatology/kei114
- Cukor, D., Cohen, S., Peterson, R. & Kimmel, P. (2007). Psychosocial aspects of chronic kidney disease: ERSD as a paradigmatic illness. *Journal American Society of Nephrology*, 18(12), 3042-3055. doi: 10.1681/ASN.2007030345
- Cvengros, J., Christensen, A. & Lawton, W. (2005). Heath Locus of Control and Depression in Chronic Kidney Disease: A dynamic perspective. *Journal of Health Psychology*, 10(5), 677-686. doi: 10.1177/1359105305055320
- Dalgard, O. & Lund, L. (1998). Psychosocial risk factors and mortality: a prospective study with special focus on social support, social participation, and locus of control in Norway.

- Journal of Epidemiology & Community Health*, 52(8), 476-481. doi: 10.1136/jech.52.8.476
- Eckermann, L. (2000). Gendering indicators of health and well being: is quality of life gender neutral? *Social Indicators Research*, 52(1), 29 -54.
- Fayat, S., Escalona, R. & Feraud, G. (2005). El Ejercicio Físico en el tratamiento del enfermo con Insuficiencia Renal Crónica (IRC). *Cuadernos del Psicología del Deporte*. 5(1-2), 1-16.
- Fernández, S., Martín, A., Barbas, M., González, M., Alonso, M. & Ortega, M. (2005). Accesos vasculares y calidad de vida en la enfermedad crónica renal terminal. *Angiología*, 57(2), 185-198.
- 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.
- Gandek, B., Sinclair, S., Kosinski, M. & Ware, J. (2004). Psychometric evaluation of the SF-36® Health Survey in Medicare managed care. *Health Care Financing Review*, 25(4), 5-25.
- García, H. & Calvanese, N. (2008). Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Psicología y Salud*, 18(1), 5-15.
- Gómez, A., Arias, E. & Jiménez, C. (2006). Insuficiencia Renal Crónica. En: Sociedad Española Geriatria y Gerontología (SEGG). (2006). *Tratado de Geriatria para residentes* (pp. 637-646). Pamplona
- Gómez-Vela, M. & Sabeth, E. (2002). Calidad de la vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. *Integra*, 9(3), 5-13.
- González, V. & Lobo, N. (2001). Calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis. Aproximación a un proyecto integral de apoyo. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 4(2), 6-12.
- Helgeson, V. (1992). Moderators of the Relation Between Perceived Control and Adjustment to Chronic Illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(4), 656-666.
http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- Infante, P. (2002). *Estudio de variables psicológicas en pacientes con dolor crónico*. Tesis para optar por el título de doctora en Psicología de la Salud de la Universidad Autónoma de Barcelona.
- Kalantar-Zadeh, K., Kopple, J., Block, G. & Humphreys, M. (2001). Association among SF36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis. *Journal of the American Society of Nephrology*, 12(12), 2797-2806.

- Keers, J., Blaauwwickel, E., Hania, M., Bouma, J., Scholten-Jaegers, S., Sanderman, R. & Links, T. (2004). Diabetes rehabilitation: development and first results of a Multidisciplinary Intensive Education Program for patients with prolonged self-management difficulties. *Patient education and counseling*, 52(2), 151-57. doi: 10.1016/S0738-3991(03)00019-3
- Kimmel, P. (2001). Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney International*, 59, 1599-1613. doi:10.1046/j.1523-1755.2001.0590041599.x
- Kimmel, P., Peterson, R., Weihs, K., Simmens, S., Boyle, D., Cruz, I., Umana, W., Alleyne, S. & Vels, J. (1995). Aspects of quality of life in hemodialysis patients. *Journal of the American Society of Nephrology*, 6, 1418 – 1426.
- Labiano, M. (2004). Introducción a la psicología de la salud. En L. Oblitas (Coor.). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Mexico: Thomson.
- Laos, K. (2010). *Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para optar por el título de licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Lopes, A., Bragg, J., Goodkin, D., Fukuhara, S., Mapes, D., Young, E., Gillespie, B., Akizawa, T., Greenwood, R., Andreucci, V., Akiba, T., Held, P., & Port, F. (2007). Factors associated with health-related quality of life among hemodialysis patients in the DOPPS. *Quality of life research*, 16(4), 545-557. doi:10.1007/s11136-006-9143-7
- López, K., García, F., De Álvaro, F. & Alonso, J. (2004). Perceived mental health at the start of dialysis as a predictor of morbidity and mortality in patients with end-stage renal disease (CALVIDIA Study). *Nephrology Dialysis Transplantation*, 19(9), 2347-2353. doi: 10.1093/ndt/gfh392
- Lugo, L., García, H. & Gomez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 37-50.
- Magaz, A. (2003). *Efectos psicológicos de la insuficiencia renal crónica: diferencias en función de los tratamientos médicos*. Tesis para optar por el título de doctora en Salud y Familia de la Universidad de la Universidad de Deusto.
- Mapes, D., Lopes, A., Satayathum, S., McCullough, K., Goodkin, D., Locatelli, F., Fukuhara, S., Young, E., Kurokawa, K., Saito, A., Bommer, J., Wolfe, R., Held, P. & Port, F. (2003). Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: The Dialysis

- Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Kidney International*, 64(1), 339-349. doi:10.1046/j.1523-1755.2003.00072.x
- Mendoza, N. (2007). *Efectos de un programa social sobre del desarrollo social, los estilos de vida y la calidad de vida relacionada con la salud en población rural venezolana. Validación transcultural de la medida de salud SF-36 en población rural de Venezuela.* Tesis para optar por el título de doctora en Psicología de la Universidad de Alicante.
- Mingardi, G., Cornalba, L., Cortinovis, E., Ruggiata, R., Mosconi, P. & Apolone, G. (1999). Health-related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 Health Survey. DIA-QOL Group. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 14(6), 1503-1510.
- Molina, J., Sánchez, M., Rubio, R. & Uribe, A. (2005). Diferencias en la calidad de vida y estado anímico de pacientes mayores hospitalizados según el género. *Pensamiento Psicológico*, 1(4), 17-26.
- Moreno, E., Arenas, M.A., Porta, E., Escalant, L., Cantó, M.J., Castell, G., Serrano, F., Samper, J., Millán, D. & Cases, J. (2004). Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 7(4), 225-233.
- Moreno, F., López, J., Sanz-Guajardo, D., Jofre, R. & Valderrábano, F. (1996). Quality of life in dialysis patients. A spanish multicentre study. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 11(2), 125-129. doi: 10.1093/ndt/11.sup2.125
- Morowatisharifabad, M., Mahmoodabad, S., Baghianimoghadam, M. & Tonekaboni, N. (2010). Relationships between locus of control and adherence to diabetes regimen in a sample of Iranians. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 30(1), 27-32, doi: 10.4103/0973-3930.60009
- 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. doi: 10.1186/1471-2458-7-295
- Muñoz, R., Oto, A., Barrio, R., & Fernández, M. (2006). Evolución de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis: Estudio prospectivo a un año. *Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 9(1), 55-58. doi: 10.4321/S1139-13752006000100005
- Naidoo, P. & Pretorius, T. (2006). The moderating role of helplessness in rheumatoid arthritis, a chronic disease. *Social Behavior and Personality*, 34(2), 103-112. doi: 10.2224/sbp.2006.34.2.103

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1997). *Measuring quality of life: The World Health organization quality of life instruments*. Ginebra, Suiza, Autor. Extraído de: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- Oros, L. (2005). Locus de Control: Evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de Psicología*, 14(1), 89-97.
- Páez, A., Jofré, M., Azpiroz, C. & De Bortoli, M.A. (2009). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Universitas Psychologica*, 8(1), 117-124.
- Paredes, R. (2005). *Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal*. Tesis para optar al título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica en la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Pérez, C., Dois, A., Díaz, L. & Villavicencio, P. (2009). Efecto de la Hemodiálisis en la calidad de vida de los usuarios. *Horizonte de Enfermería*, 20(1), 57-65.
- Rebollo, P., González, M., Bobes., J., Saiz, P. & Ortega., F. (2000). Interpretación de los resultados de la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes en terapia sustitutiva de la insuficiencia renal terminal. *Nefrología*, 20(5), 431-439.
- Rebollo, P., Ortega, F., Baltar, J., Álvarez-Ude, F., Alvarez, R. & Álvarez-Grande, J. (2001). Is the loss of health related quality of life during renal replacement therapy lower in elderly patients than in younger patients? *Nephrology Dialysis Transplantation*, 16(8), 1675-1680. doi: 10.1093/ndt/16.8.1675
- Robles, R. (2004). Manejo de enfermedades crónicas y terminales. En L. Oblitas (Coor.). *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp 249-275). Mexico: Thomson.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez, M., Castro, M. & Merino, J. (2005). Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. *Ciencia y Enfermería*, 11(2), 47-57. doi: 10.4067/S0717-95532005000200007
- 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.
- Ruiz de Alegría, B., Basabe, N., Fernández, E., Baños, C., Nogales, M., Echebarri, M., San Vicente, J. & Bejarano, A. (2009). Cambios en las estrategias de afrontamiento en los pacientes de diálisis a lo largo del tiempo. *Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 12(1), 11-17.

- Ruiz, M., Garde, S., Ascunce, N. & Del Moral, A. (1998). Intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 21(3), 119-124.
- Ruiz, M., Román, M., Martín, G., Alférez, M., & Prieto, D. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud en las diferentes terapias sustitutivas de la insuficiencia renal crónica. *Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 6(4), 6-16.
- Salas, G. (2009). *Calidad de vida y estilos de personalidad en pacientes con dolor crónico*. Tesis de licenciatura para optar al título de licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica por la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Schalock, R. & Verdugo M. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 9-21. doi: 10.4067/S0717-95532003000200002
- Seguí, A. Amador, P. & Ramos, A. (2010). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 13(3), 155-160.
- Seguro Social de Salud del Perú (ESSALUD) (2006). Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Terminal. *Boletín Tecnológico: Evaluación de Tecnologías en Salud*, 20, 2006.
- Shapiro, D., Schwartz, C. & Astin, J. (1996). Controlling ourselves, controlling our world. *American Psychologist*, 51(12), 1213-1230.
- Skinner, E. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 549-570.
- Soriano, S. (2004) Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 24(6), 27-34.
- Taylor, S. (2003). *Health Psychology*. Boston: McGraw-Hill.
- Torres, J. (2011). *Relación entre calidad de vida relacionada con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para optar por el título de licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Tovbin, D., Gidron, Y., Jean, T., Granovsky, R. & Schnieder, A. (2003). Relative importance and interrelations between psychosocial factors and individualized quality of life of hemodialysis patients. *Quality of life research*, 12(6), 709-717. doi: 10.1023/A:1025101601822
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138(3), 358-365. doi: 10.4067/S0034-98872010000300017

- Vázquez, I., Valderrábano, F., Fort, J., Jofré, R., López-Gómez, J., Moreno, F. & Sanz-Guajardo, D. (2004). Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres en tratamiento en hemodiálisis. *Nefrología*, 24(2), 167-178.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J., Santed, R., Valderas, J., Ribera, A., Domingo-Salvany, A. & Alonso, J. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S., Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y salud*, 15 (2), 207-220.
- Viviani, K. & Ferreira, J. (2008). El día a día de personas con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(4).
- Wallston, K. (1992). Hocus-Pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive therapy and research*, 16(2), 183-199.
- Wallston, K. (2001). Conceptualization and operationalization of perceived control. En A. Baum, T. Revenson, & J.E. Singer (Eds.), *The Handbook of Health Psychology* (pp. 49-58). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wallston, K. (2005). The validity of the Multidimensional Health Locus of Control Scales. *Journal of Health Psychology*, 10, 623-631.
- Wallston, K., Wallston, B. & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 160-170.
- Ware, J. & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Yescas, E., Ascencio, L., Vargas, S., Barbosa, R. & Lugo, G. (2008). Depresión, ansiedad y desesperanza aprendida en pacientes con artritis reumatoide. *Psicología y Salud*, 18(1), 81-89.
- Zuñiga, M., Carrillo, G., Fos, P., Gandek, B. & Medina, M. (1999). Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública de México*, 41(2), 110-118.



ANEXOS

ANEXO A CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por Pedro Alfaro Cárdenas, estudiante de psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, para el curso de “Seminario de Tesis”. La meta de este estudio es describir las dimensiones de calidad de vida y las creencias de control sobre la salud en una muestra de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis.

La investigación está dividida en tres cuestionarios:

- Ficha sociodemográfica. Con la finalidad de recabar datos generales, familiares y médicos acerca del paciente en hemodiálisis.
- SF-36.- Para medir las percepciones sobre calidad de vida en el paciente en hemodiálisis.
- MHLC.- Con la finalidad de estudiar lo que las personas piensan o hacen en asuntos de salud o enfermedad.

Responder a estos cuestionamientos le tomará un tiempo aproximado de 20 o 30 minutos.

Se señala además que los datos recabados serán usados salvaguardando la confidencialidad pertinente y manteniendo el anonimato de los participantes. De otro lado, se indica que no se brindará ninguna devolución individual de los resultados obtenidos.

Habiendo leído toda la información sobre el caso, ¿Decide participar en la investigación?

_____ Sí

_____ No

ANEXO B FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

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

Datos generales

F1. Edad: _____

F2. Sexo: M F

F3. Lugar de procedencia: _____

F4. Estado Civil: _____

F5. Grado de instrucción: _____

F6. Religión: _____

F7. Señale usted a que se dedica:

1. dependiente ()
2. independiente ()
3. ama de casa ()
4. desempleado/a ()

Composición familiar

F8. ¿Se encuentra usted actualmente dentro de una relación de pareja?:

1. Sí () 2. No ()

F9. Si respondió que sí a la pregunta anterior, mencione en una escala del 1 al 5 que tan satisfecho/a se encuentra con su relación de pareja (pase a la siguiente página):

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

F10. En su hogar, usted vive con:

1. Solo ()
2. Con mi familia nuclear ()
3. Con otros familiares ()

Datos médicos

F11. ¿Hace cuánto inicio el tratamiento en hemodiálisis?: _____

F12. Vía de acceso vascular: 1. Catéter () 2. Fístula ()

F13. ¿Tiene usted alguna otra enfermedad aparte de la IRCT? Sí () No ()

F14. Además de la IRC, ¿presenta usted alguna de las siguientes enfermedades?:

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

